HAL
open science

# Mise en place d'un programme de prévention et de dépistage bucco-dentaire auprès de personnes précaires sur Bordeaux Métropole

Johanna Fen-Chong

## To cite this version:

Johanna Fen-Chong. Mise en place d'un programme de prévention et de dépistage bucco-dentaire auprès de personnes précaires sur Bordeaux Métropole. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03554086

**HAL Id: dumas-03554086**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03554086**

Submitted on 3 Feb 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

université de BORDEAUX

# U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2022 Thèse n°4

THESE POUR L'OBTENTION DU

## DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par FEN-CHONG Johanna
Née le 04/01/1993 à Sainte Clotilde (La Réunion)
Le 19/01/2022

# Mise en place d'un programme de prévention et de dépistage bucco-dentaire auprès de personnes précaires sur Bordeaux Métropole

Sous la direction de Docteur Cécile BADET

Membres du Jury

| | | |
|---|---|---|
| Président | Madame V. DUPUIS | Professeur des Universités |
| Directeur | Madame C. BADET | Maître des conférences des Universités |
| Rapporteur | Madame N. THEBAUD | Maître des conférences des Universités |
| Assesseur | Madame L. DONNET | Assistant Hospitalier des Universités |

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

**MAJ**
**01/09/2021**

| | |
|---|---|
| ***Président*** | M. TUNON DE LARA Manuel |
| ***Directeur de Collège des Sciences de la Santé*** | M. PELLEGRIN Jean-Luc |

## *COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE*
## UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

| | | |
|---|---|---|
| ***Directrice*** | Mme BERTRAND Caroline | 58-01 |
| ***Directeur Adjoint à la Pédagogie*** | Mr DELBOS Yves | 56-01 |
| ***Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche*** | M. CATROS Sylvain | 57-01 |
| ***Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales*** | M.SEDARAT Cyril | 57-01 |

## ENSEIGNANTS DE L'UFR

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mme | Caroline | BERTRAND | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Marie-José | BOILEAU | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M | Sylvain | CATROS | Chirugie orale | 57-01 |
| M | Raphaël | DEVILLARD | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| Mme | Véronique | DUPUIS | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M. | Bruno | ELLA NGUEMA | Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux | 58-01 |
| M. | Jean-Christophe | FRICAIN | Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique | 57-01 |

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mme | Elise | ARRIVÉ | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| Mme | Audrey | AUSSEL | Sciences anatomiques et physiologiques | 58-01 |
| Mme | Cécile | BADET | Biologie Orale | 57-01 |
| M. | Etienne | BARDINET | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M. | Michel | BARTALA | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M. | Cédric | BAZERT | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M. | Christophe | BOU | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| Mme | Sylvie | BRUNET | Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique | 57-01 |
| M. | Jacques | COLAT PARROS | Sciences anatomiques et physiologiques | 58-01 |
| M, | Jean-Christophe | COUTANT | Sciences anatomiques et physiologiques | 58-01 |
| M. | François | DARQUE | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M. | François | DE BRONDEAU | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M. | Yves | DELBOS | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| M, | Emmanuel | D'INCAU | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Mathilde | FENELON | Chirurgie Orale | 57-01 |
| Mme | Elsa | GAROT | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| M. | Dominique | GILLET | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| Mme | Olivia | KEROUREDAN | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| M. | Jean-François | LASSERRE | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M. | Yves | LAUVERJAT | Parodontologie | 57-01 |
| Mme | Javotte | NANCY | Odontologie pédiatrique | 56-01 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| M. | Adrien | NAVEAU | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M. | Philippe | POISSON | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| M. | Patrick | ROUAS | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| M. | Johan | SAMOT | Biologie Orale | 57-01 |
| Mme | Maud | SAMPEUR | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M. | Cyril | SEDARAT | Parodontologie | 57-01 |
| Mme | Noélie | THEBAUD | Biologie Orale | 57-01 |
| M. | Eric | VACHEY | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |

**AUTRES ENSEIGNANTS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| M. | Cédric | FALLA | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| M. | François | ROUZÉ L'ALZIT | Prothèse dentaire | 58-01 |

**ASSISTANTS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| M. | Bastien | BERCAULT | Chirurgie Orale | 57-01 |
| M. | Baptiste | BERGES | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Mathilde | BOUDEAU | Odontologie conservatrice – Endodontie | 58-01 |
| Mme | Virginie | CHUY | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| M | Pierre-Hadrien | DECAUP | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Laura | DONNET | Biologie Orale | 57-01 |
| Mme | Julia | ESTIVALS | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| Mme | Laurie | FUCHS | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| Mr | Pierre-André | GUILLAUD | Parodontologie | 57-01 |
| Mme | Jane | GOURGUES | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| Mr | Louis | HUAULT | Sciences anatomiques et physiologiques | 58-01 |
| Mme | Mathilde | JACQUEMONT | Parodontologie | 57-01 |
| Mme | Clémence | JAECK | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mr | Aymeric | JOUBERT DU CELLIER | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| Mr | Jean-Baptiste | IRIBARREN | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| Mme | Claudine | KHOURY | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| Mme | Camille | LACAULE | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| M. | Antoine | LAFITTE | Orthopédie dento-faciale | 56-01 |
| Mme | Léa | MASSE | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Aude | MENARD | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M | Florian | PITEU | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Rawen | SMIRANI | Parodontologie | 57-01 |
| Mme | Florianne | VILLAT | Dentisterie restauratrice et endodontie | 5801 |
| M. | Clément | VACHEY | Odontologie conservatrice – Endodontie | 58-01 |
| M | Paul | VITIELLO | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Sophia | ZIANE | Odontologie conservatrice – Endodontie | 58-01 |

## REMERCIEMENTS

A Notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse dentaire 58-01

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter de présider ce jury,*
*Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de ma gratitude et de mon profond respect pour la qualité de votre enseignement.*

A Notre Directrice de thèse

Madame le Docteur Cécile BADET

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section Biologie Orale 57-01

*Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse,*
*Merci pour vos conseils et votre implication dans l'élaboration de ce travail,*
*Vous avez rendu mes années cliniques à l'hôpital Saint-André agréable par votre bienveillance,*
*Ce fut un honneur de participer à la mise en place de ce projet de prévention à vos côtés.*
*Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.*

A Notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Noélie THEBAUD

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section Biologie Orale 57-01

*Je vous remercie pour l'évaluation de ce travail,*
*Un grand merci pour votre enseignement, vos conseils, votre patience et votre gentillesse durant mes deux années cliniques à l'hôpital Saint-André ; travailler à vos côtés fut un grand plaisir.*
*Veuillez trouver ici l'assurance de de ma plus vive reconnaissance et de mon profond respect.*

A Notre Assesseur

Madame le Docteur Laura DONNET

Assistant - Praticien Hospitalier

Sous-section Biologie Orale 57-01

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse,*
*Merci pour votre encadrement durant ma dernière année de clinique à l'hôpital Saint-André,*
*Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.*

## A mes Parents

*Merci à mes Parents pour votre soutien, d'avoir sacrifié votre confort et de travailler autant pour que vos enfants ne manquent de rien, et fassent de grandes études en dehors de La Réunion.*
*Je me suis épanouie en dehors du domicile familiale mais sans jamais votre soutien sans faille.*
*Je vous serais toujours redevable pour votre Amour et votre soutien, qu'importe mes choix de vie.*
*Je ne vous le dis jamais, même si nous le savons : je vous aime très fort.*

## A ma sœur et mon frère

*Merci à ma sœur Elizabeth pour mes premières années sur Bordeaux quand nous cohabitions ensemble. Tu as rendu mon déménagement de la Réunion vers la Métropole d'une grande simplicité. M'aidant pour mes papiers « de grande personne », de m'avoir laissé te déranger lorsque je faisais des soirées à la maison mais aussi en me préparant de bons repas lors de mes périodes d'examens.*
*Merci La Sœur.*

*A mon frère Arthur ou juste « Frère » comme je préfère t'appeler. Merci de m'avoir écouté lorsque je n'arrêtais pas de me plaindre de tout et de rien, même si, la plupart du temps, tu m'écoutais d'une demi-oreille tout en jouant à tes jeux-vidéos.*

## A ma Famille

*Merci à ma Famille avec un grand « F » : Gonggong et Popo, Papi et Mamie, mes oncles et mes tantes, mes cousins et cousines. Merci d'être présent dans ma vie. D'avoir grandi à votre contact fait de moi ce que je suis aujourd'hui : une personne bien entourée et aimée.*
*Il me tarde de rentrer à la Réunion pour être auprès de vous et continuer nos réunions de familles animées.*

## A mes amis

*A mes amis de Bordeaux : Marie, Sarah, Constance C, Constance L, Simon, Stan, Joran, Adrien, Hiên, Richina, merci d'avoir rendu mes années d'études aussi courtes. Je n'ai pas vu le temps passé en votre compagnie. Je me suis bien amusée durant ces 7 années, et je penserai toujours à nos soirées étudiantes avec un brin de nostalgie. Place à une autre étape de notre vie, mais je sais, qu'importe où nous nous trouverons, qu'on rigolera toujours autant. Merci pour votre amitié. Je vous attends à La Réunion !*

*Aux « gros kèr » : Annabelle, Léa, Hugo, Adeline, Nora, Sarah, Ouswani, et Daphnée, Mathilde, que puissent durer encore longtemps les conversations à +400*

*messages sur WhatsApp en une journée. Maintenant 16 ans qu'on était ensemble en 6e et notre relation n'a cessé de s'épanouir, comme une bonne bouteille de vin qui s'affine avec l'âge. Merci d'avoir toujours été là, malgré la distance nous séparant sur 3 continents (bientôt 4) et 5 fuseaux horaires différents.*
*PS : désolé Ouswani que ma thèse fasse le même nombre de pages qu'une introduction d'une thèse de droit.*
*PS 2 : je me suis sentie obligé de faire un paragraphe de remerciement UNIQUEMENT pour vous, sinon vous connaissant, ça m'aurait poursuivi à vie. Gros kèr un jour, gros kèr toujours.*

*A mes amis de La Réunion : Marion, Bryan, Aurélie, Chloé, Anne-Laure, Matthieu, Sylvia, Anaïs, et bien d'autres. Merci pour votre amitié et votre soutien durant ces années en dehors de notre île, loin de la famille. Merci particulièrement à Marion et Bryan, pour ces 7 années ensemble sur Bordeaux, on se sera bien amusé.*

## Aux praticiens rencontrés lors de mes différents stages et de mes remplacements

*Merci aux différents praticiens ou j'ai effectué mes stages pour votre confiance, j'aurais beaucoup appris pendant ces années d'études.*

*Au Dr Charlassier de m'avoir donné la chance de débuter mon tout 1er remplacement dans votre cabinet. Moi, la petite nouvelle sans expérience de la « vie en dehors de l'hôpital ».*
*Aux Dr Charlassier, Dr Lavaud, Dr Wemaere, Dr Tomasetig et Dr Pautrizel ainsi qu'aux assistantes du cabinet, pour la gentillesse, la patience et la bonne ambiance lors de mes divers remplacements dans votre cabinet. Vous avez mis la barre haute, il sera difficile de trouver un autre cabinet avec autant de bienveillance.*

## Aux intervenantes des ateliers de prévention « hors les murs »

*Merci à Léa, Amina, Marion et le Dr Badet pour votre participation et votre engouement à ce fabuleux projet tout au long de l'année. Ce fut une belle expérience et un magnifique projet effectué en votre compagnie.*

# TABLE DES MATIERES

**INTRODUCTION** **12**

**I. PARTIE 1** **14**

**A. Généralités** **14**
1. Précarité 14
2. Pauvreté 15
3. Origines de la précarité 18
4. Exclusion sociale 22
5. Données épidémiologiques 22

**B. Dispositifs de lutte contre l'exclusion en santé** **24**
1. Dispositifs de protection maladie 24
   1.1. PUMA 24
   1.2. Complémentaire santé solidaire 24
   1.3. AME 25
2. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé 25

**C. Précarité et état de santé bucco-dentaire** **25**
1. Lien entre précarité et état dentaire 26
2. Facteurs de renoncement aux soins bucco-dentaire 29
3. Percevoir la maladie 30

**II. PARTIE 2: LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE AUPRÈS DU PUBLIC EN SITUATION DE PRÉCARITÉ** **31**

**A. Prévention et santé bucco-dentaire** **31**
1. Définition de la prévention 31
   1.1. Prévention primaire 31
   1.2. Prévention secondaire 32
   1.3. Prévention tertiaire 32
   1.4. Promotion de la santé 32
2. Dispositifs de prévention bucco-dentaire en France 33
   1.1. M'T dents 33
   1.2. UFSBD 34

**B. Mise en place du projet de prévention hors les murs** **35**
1. Contexte 35
2. Objectifs 35
3. Acteurs 36
4. Organisation des ateliers 37

**C. Étude observationnelle suite aux ateliers hors les murs** **41**
1. Conception de l'étude 41
2. Matériels et méthodes 42
3. Résultats 43
   1.1. Caractéristiques socio-démographiques 43
   1.2. État dentaire 44
   1.3. État parodontal 46

1.4. Besoins en soins orthodontiques ou de prothèses 46

**III. DISCUSSION 47**

**CONCLUSION 50**

# LISTES DES TABLEAUX, FIGURES ET PHOTOGRAPHIES

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Les 11 questions du scores EPICES (9) ..... 15
Tableau 2 : Les 27 indicateurs de difficultés en condition de vie. ..... 17
Tableau 3 : Taux de pauvreté selon le seuil de pauvreté de 2013 à 2018 (en %) ..... 23
Tableau 4 : Taux de pauvreté des ménages recueillis au sein du Secours Catholique de 2016 à 2018 (en %) ..... 24
Tableau 5 : État de santé chez les sans domiciles comparé à ceux de la population générale (en %) ..... 26
Tableau 6 : Habitudes de vie des enfants selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %) ..... 28
Tableau 7 : Prévalence des caries et comportements préventifs selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %) ..... 29
Tableau 8 : Répartition de la population en fonction des caractéristiques ..... 43
socio-démographiques ..... 43
Tableau 9 : Répartition de la population selon le nombre de dents cariées (C), absentes (A) et obturées (O) et l'indice CAOD par atelier ..... 45
..... 45
Tableau 10 : Indice CAOD moyen tout atelier confondu. ..... 45

## Liste des figures

Figure 1: Répartition du taux de pauvreté de 60% selon le type de ménage, en 2018 (en %) ..... 18
Figure 2: Répartition de la population pauvre au seuil de vie médian de 60%, selon le type de territoire en 2012 (en %). ..... 19
Figure 3: Répartition de la population pauvre au seuil de vie médian de 50% selon le type de diplôme en 2015 (en %) ..... 20
Figure 4: Répartition de la population pauvre, au seuil de vie médian de 50% selon la catégorie sociale en 2015 (en %) ..... 21
Figure 5: Répartition de la population pauvre, au seuil de vie médian de 60%, selon l'origine en 2015 (en %). ..... 22
Figure 6 : Seuil de pauvreté mensuel à 60% de 2012 à 2018 (en euros) ..... 23
Figure 7: Etat de santé bucco-dentaire des sans domiciles selon la date de la dernière visite chez le dentiste. ..... 27
Figure 8 : Prévalence de dents cariées selon le groupe social des parents (en %) .. 27

## Liste des photographies

Photographie 1 : Présentation Power point ..... 37
Photographie 2 : Atelier nutritionnel ..... 38
Photographie 3 : Placement des cartes selon leur effets potentiellement cariogènes. ..... 38
Photographie 4 : Atelier « Brossage des dents » avec la maquette géante. ..... 40
Photographie 5 : Atelier de dépistage. ..... 41

## LISTES DES ACRONYMES

AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry
ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AME : Aide Médicale de l'État
C2S : Complémentaire Santé Solidaire
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAO ou CAOD : Indice du nombre de dents cariées absentes ou obturées (caries absentes obturées dents)
CES : Centre d'Examens de Santé
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisses Primaires d'Assurance Maladie
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBD : Examen bucco-dentaire
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PUMA : Protection Universelle Maladie
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SDF : Sans Domicile Fixe
UE : Union Européenne
UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

## Introduction

La santé est «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» telle est la définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946. (1)
Or, tout problème dentaire peut entraîner une douleur, une gêne ou bien un handicap social. Les maladies bucco-dentaires peuvent avoir des effets variables sur les individus, affectant leurs fonctions masticatoires, de langage, et leur sourire, qui ont un impact sur leur bien-être, la perception de l'estime de soi, et leur place dans la société. De plus, une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des conséquences sur l'état de santé général, autant physique que psychologique : maladies cardio-vasculaire, pulmonaire, obésité, accouchement prématuré… (2). Par exemple, la parodontite augmente de 27% le risque de mortalité par cancer sur l'ensemble de la population (3).
La santé bucco-dentaire fait donc partie intégrante de la santé générale et du bien-être.

Agir avant que la maladie n'apparaisse devient un objectif de santé publique, faisant de l'adage « mieux vaut prévenir que guérir » une mission collective. Il est plus aisé d'empêcher un problème douloureux que de le résoudre. Un détartrage une fois par an, diminue de 25% le risque d'accident cardio-vasculaire (4).
Ainsi, la prévention devient un axe majeur de la protection et du maintien de cette bonne santé. Elle correspond à « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (OMS, 1948).
Seulement, les inégalités sociales influencent l'état de santé bucco-dentaire. On retrouve un état dentaire davantage médiocre chez les personnes précaires que la population générale. Cette santé bucco-dentaire inférieure au reste de la population, pourrait s'expliquer par le comportement de vie adopté (alimentation plus riche en sucres, présence d'addictions, qualité du brossage…). (5)
Les personnes en situations de vulnérabilité sont peu réceptives aux messages de prévention, potentiellement dû à une absence de compréhension de telles méthodes pour leur santé ou ont des soucis plus importants que leur santé bucco-dentaire, résultant la plupart du temps, en une première consultation pour cause d'urgence dentaire. Ce motif de consultation reste encore bien trop présent pour nombre d'entre d'eux. (6)
A cela s'ajoute la peur de l'institution, la peur de l'inconnu, la honte, ou des difficultés de l'accès aux soins, diminuant les chances des personnes précaires à consulter un dentiste avant l'apparition de la maladie. (7)

La réduction des inégalités dentaires ne doit pas se limiter seulement à un meilleur accès financier, mais dépend également d'une politique active de la promotion de la santé et de l'accès aux soins. L'information des personnes en situation précaire fait cruellement défaut. Dès lors, la prévention et la promotion de la santé pourraient diminuer le risque d'un état dentaire déplorable.

Cette thèse se décompose en deux grandes parties.
Dans la première, nous détaillerons certains termes afin de poser les bases de ce sujet, tel que la précarité et l'exclusion sociale, et donnerons quelques chiffres clés. Nous développerons rapidement les outils de lutte contre l'exclusion en santé existant afin de rendre l'accès à la santé pour tous. Puis, nous chercherons les liens et causes entre la précarité et l'état dentaire déficient.
La deuxième partie sera consacrée aux dispositifs de prévention existant en France puis, à la mise en place du projet de prévention hors les murs sur Bordeaux Métropole et son étude.

# I. Partie 1

## A. Généralités

### 1. Précarité

La définition de la précarité communément admise en France, est donnée par Wresinski: «la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». (8)
La précarité n'est pas uniquement un manque de revenu, mais cumule plusieurs conditions de vie instables (logement non stable, travail sans contrat, absence d'une protection sociale), qui peut conclure par un sentiment d'isolement, une rupture sociale familiale, professionnelle ou amicale.
Il ne faut pas confondre pauvreté et précarité. La précarité est un état encore réversible et transitoire. Lorsqu'elle persiste ou qu'elle s'aggrave, elle se transforme en grande pauvreté ou exclusion sociale.

La définition de la précarité repose essentiellement sur la situation de l'emploi, or la précarité est liée à de nombreux facteurs. C'est pourquoi le score EPICES, créé par le CES, le Cetaf et l'école de santé publique de Nancy, est établi.
Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé), est un score individuel qui évalue et mesure la situation de précarité sociale et économique, le mode de vie, l'accès aux soins et de santé.
Ce score permet de différencier les personnes en termes d'inégalité de santé, de risque de santé accrues et d'un moindre accès aux soins
Le questionnaire comprend 11 questions binaires (réponse par oui/non), permettant de détecter les personnes en situation de précarité. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). Le seuil de précarité est admis au seuil de 30. (Tableau 1) (9)
Le score EPICES est admis dans l'ensemble des CES depuis 2002.

| Tableau 1. Les 11 questions du score EPICES | |
|---|---|
| **Questions** | **Coefficients** |
| Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? | 10,06 |
| Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? | -11,83 |
| Vivez-vous en couple ? | -8,28 |
| Etes-vous propriétaire de votre logement ? | -8,28 |
| Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ? | 14,80 |
| Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | -6,51 |
| Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? | -7,10 |
| Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? | -7,10 |
| Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants | -9,47 |
| En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? | -9,47 |
| En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? | -7,10 |
| **Constante** | 75,14 |

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est « oui ».

Tableau 1 : Les 11 questions du scores EPICES (9)

## 2. Pauvreté

La pauvreté a un caractère multidimensionnel qu'il est difficile de définir. Cependant, l'aspect monétaire reste un indicateur constant de la définition de la pauvreté. Selon l'INSEE, « un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian. » Ce dernier correspond à toutes les ressources financières perçues par un ménage : salaires, prestations sociales, autres revenus, etc… (10)

En France, trois indicateurs permettent la mesure de la pauvreté : la pauvreté monétaire, où l'on retiendra le seuil de 60% de la médiane des revenus, la pauvreté de conditions de vie, désignant une situation de difficulté économique durable ayant pour conséquence l'incapacité à couvrir au moins 8 dépenses sur 27 parmi la liste de l'INSEE (retard des paiements du logement, restrictions de consommations…), et la pauvreté administrative, correspondant au nombre de bénéficiaires des minima sociaux. (11,12)

L'ONPES, quant à elle, propose une approche plus globale de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ces indicateurs rendent compte de la pauvreté monétaire et de la pauvreté en conditions de vie, mais aussi des indicateurs d'exclusion sociale

considérés comme un non-accès à des droits fondamentaux (emploi, logement, santé, éducation.

L'ONPES mesure les inégalités à travers 11 indicateurs centraux : (Tableau 2) (13)

- Quatre sont lié à la pauvreté (taux de pauvreté monétaire, intensité de la pauvreté, taux de pauvreté de la population en emploi, pauvreté en condition de vie),
- Deux aux minima sociaux (nombre d'allocataires des minima sociaux, taux de persistance au RMI),
- Quatre à l'exclusion sociale (taux de renoncement aux soins pour raisons financières, taux de sortants à faible niveau d'études, taux de demandeurs d'emploi non indemnisés, part des demandes de logement social)
- Une aux inégalités de revenus (rapport interdécile des revenus).

| | |
|---|---|
| **Contrainte budgétaire** | - Part du remboursement sur le revenu supérieure à un tiers<br>- Utilisation fréquente de découverts bancaires<br>- Couverture des dépenses par le revenu difficile<br>- Aucune épargne à disposition<br>- Recours aux économies<br>- Opinion sur le niveau de vie : « c'est difficile, il faut s'endetter pour y arriver » |
| **Retards de paiement :** *en raison de problèmes d'argent, impossibilité de payer à temps à plusieurs reprises, au cours des 12 derniers mois* | - Factures (électricité, gaz, téléphone, etc.)<br>- Loyer et charges<br>- Versements d'impôts |
| **Restrictions de consommation :** *les moyens financiers ne permettent pas de* | - Maintenir le logement à bonne température<br>- Payer une semaine de vacances une fois par an<br>- Remplacer des meubles<br>- Acheter des vêtements neufs<br>- Manger de la viande tous les deux jours<br>- Recevoir<br>- Offrir des cadeaux<br>- Posséder deux paires de chaussures<br>- Absence de repas complet pendant au moins une journée au cours des deux dernières semaines |
| **Difficultés de logement** | - Surpeuplement important ou modéré<br>- Absence de salle de bain à l'intérieure du logement<br>- Absence de toilettes à l'intérieur du logement<br>- Absence d'eau chaude<br>- Absence de système de chauffage<br>- Logement trop petit<br>- Logement difficile à chauffer<br>- Logement humide<br>- Logement bruyant |

Tableau 2 : Les 27 indicateurs de difficultés en condition de vie.
*Sources : ONPES*

## 3. Origines de la précarité

Les origines de la précarité sont multiples et certains facteurs influencent cet état :

- Le type de ménage : les familles monoparentales cumulent les vulnérabilités : repli sur soi face à la séparation du conjoint, difficultés à trouver un emploi à temps plein, frais de garde des enfants… (Figure 1) (14, 15)

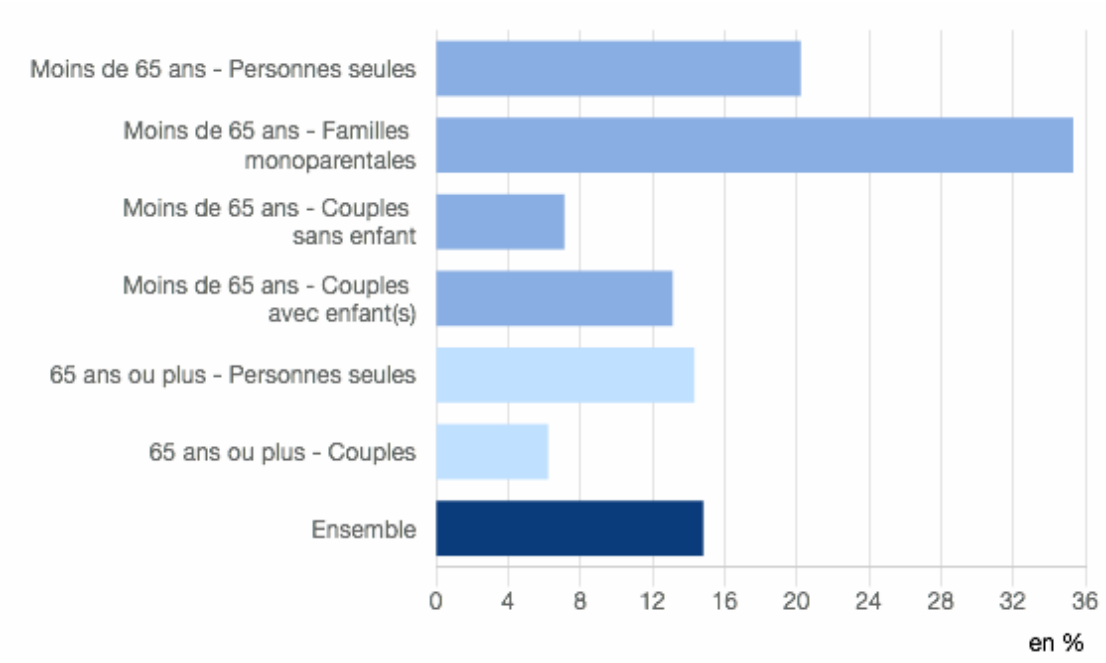



Figure 1 : Répartition du taux de pauvreté de 60% selon le type de ménage, en 2018 (en %)

*Sources : INSEE Tableau de bord de l'économie française (15)*

- Le type de territoire : le lieu de vie est aussi un facteur. Elle est majoritairement urbaine. Deux tiers des pauvres vivent dans les grands pôles urbains. En effet, les villes concentrent la population, les emplois et les services. (Figure 2) (16)

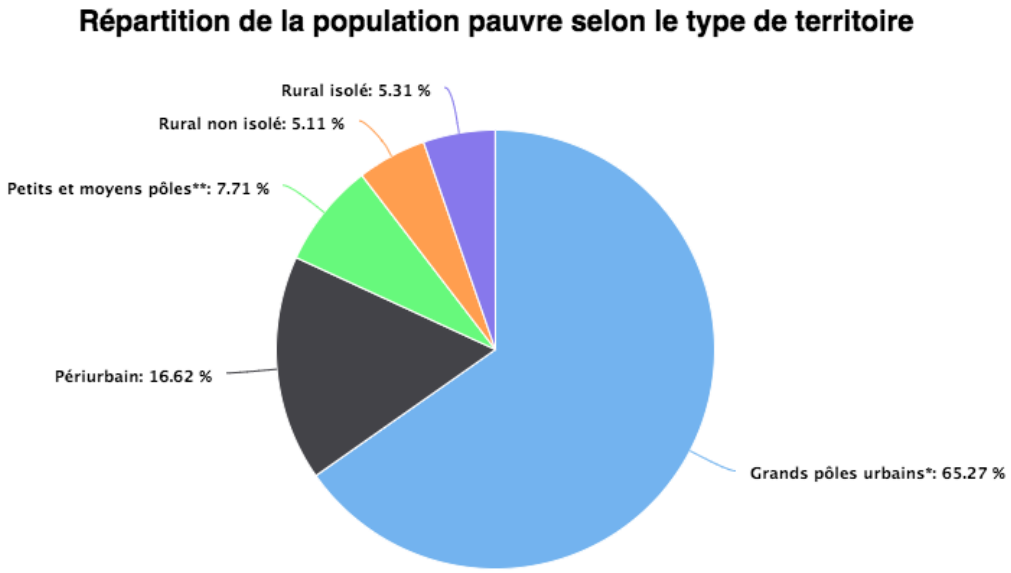



Figure 2 : Répartition de la population pauvre au seuil de vie médian de 60%, selon le type de territoire en 2012 (en %).
*Sources : Observatoire des inégalités (16)*

- Le type de diplôme : l'absence de diplôme et le milieu social jouent un rôle crucial dans la précarisation. L'absence de diplôme, entraîne une difficulté dans l'insertion professionnelle. Deux tiers des pauvres n'ont pas le baccalauréat contre 6% avec un bac+2. (Figure 3) (16)

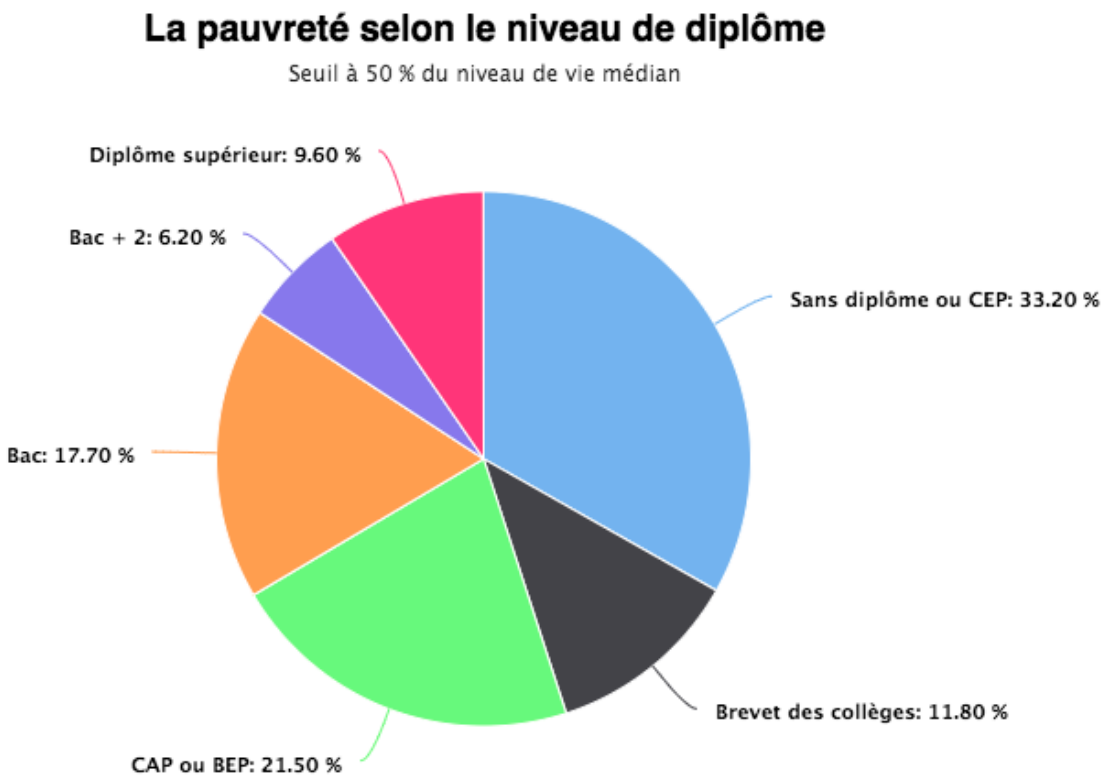



Figure 3 : Répartition de la population pauvre au seuil de vie médian de 50% selon le type de diplôme en 2015 (en %).
*Sources : Observatoire des inégalités (16)*

- la catégorie sociale: le plus souvent, un faible niveau de diplôme va de pair avec une position sociale minime. Les ouvriers (48%) et les employés (31%) représentent la catégorie sociale la plus pauvre. (Figure 4) (16)

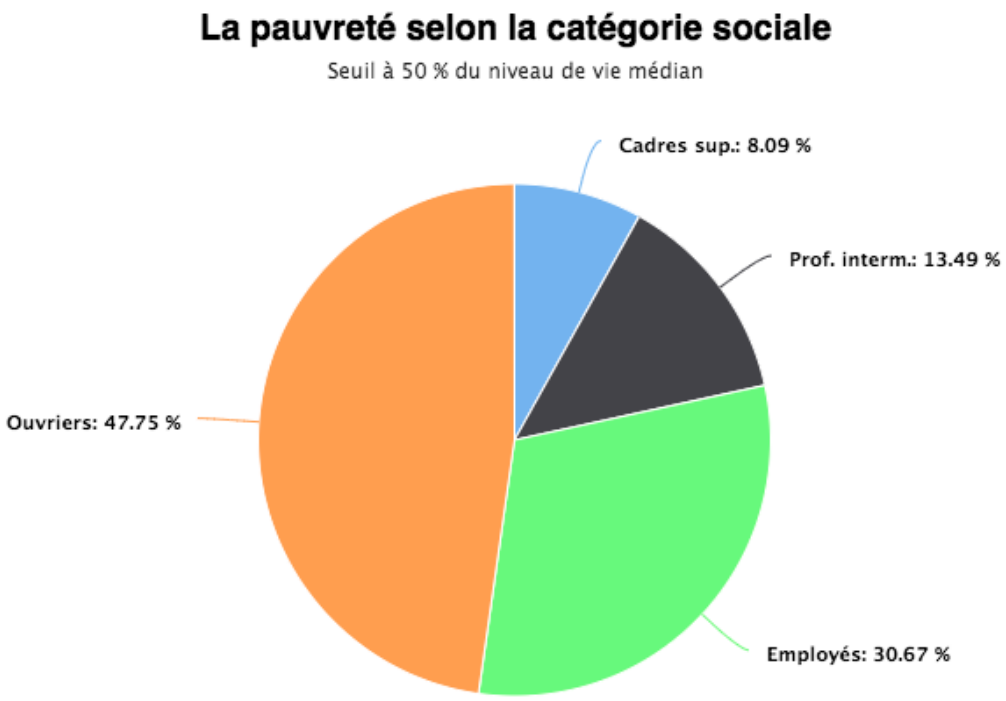



Figure 4 : Répartition de la population pauvre, au seuil de vie médian de 50% selon la catégorie sociale en 2015 (en %).
*Sources : Observatoire des inégalités (16)*

- L'origine ethnique : un individu issu de l'immigration aura davantage de chance de faire partie de la population précaire. 38% des personnes vivant au sein d'un ménage immigré sont considérées comme pauvres contre 14% pour l'ensemble de la population. (Figure 5) (16)

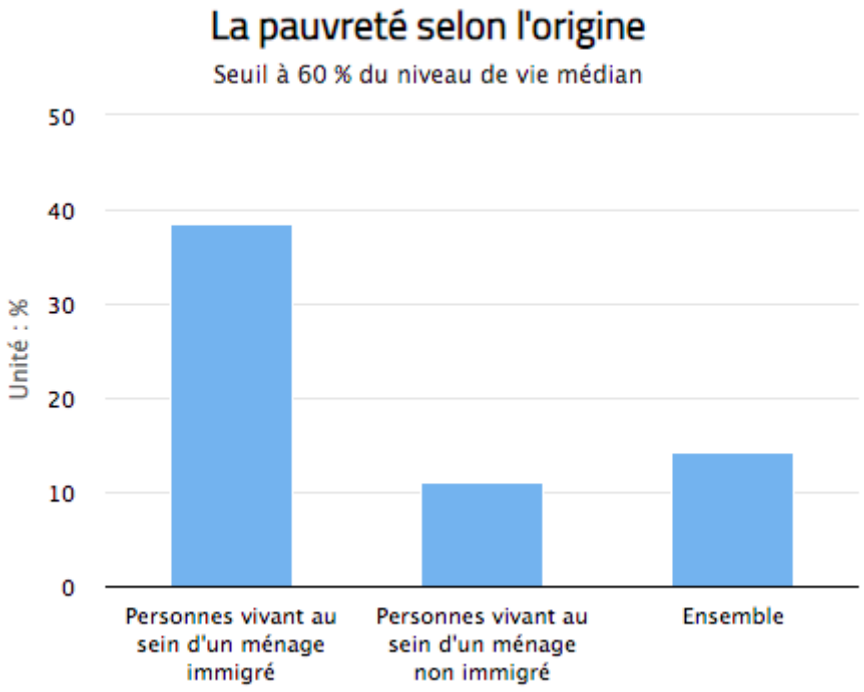



Figure 5 : Répartition de la population pauvre, au seuil de vie médian de 60%, selon l'origine en 2015 (en %).
*Sources : Observatoire des inégalités (16)*

## 4. Exclusion sociale

L'exclusion sociale correspond à la « non-réalisation des droits sociaux de base garantie par la loi ». Ces droits sociaux fondamentaux peuvent concerner l'accès et le droit à l'emploi, au logement, à la santé, l'éducation… (17)
L'exclusion sociale est une conséquence directe de la précarité et de la pauvreté. Elle est généralement due à une perte d'emploi, un surendettement, un problème de santé… et se traduit par une pauvreté dont il est difficile de sortir, créant une rupture sociale et un sentiment d'isolement.
L'individu ne jouit pas ou n'use pas de ses droits civiques, sociaux et politiques, créant une marginalisation par rapport au reste de la population.

## 5. Données épidémiologiques

En 2018, 9,3 millions de personnes sont pauvres, et vivent sous le seuil de pauvreté monétaire qui est de 1063 euros par mois. Le taux de pauvreté (proportion de personnes ou de ménages ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté) est de 14,8% au seuil de 60%, et de 3,4% selon le seuil de 40% (seuil d'extrême pauvreté). (Figure 6) (Tableau 3) (15,18)

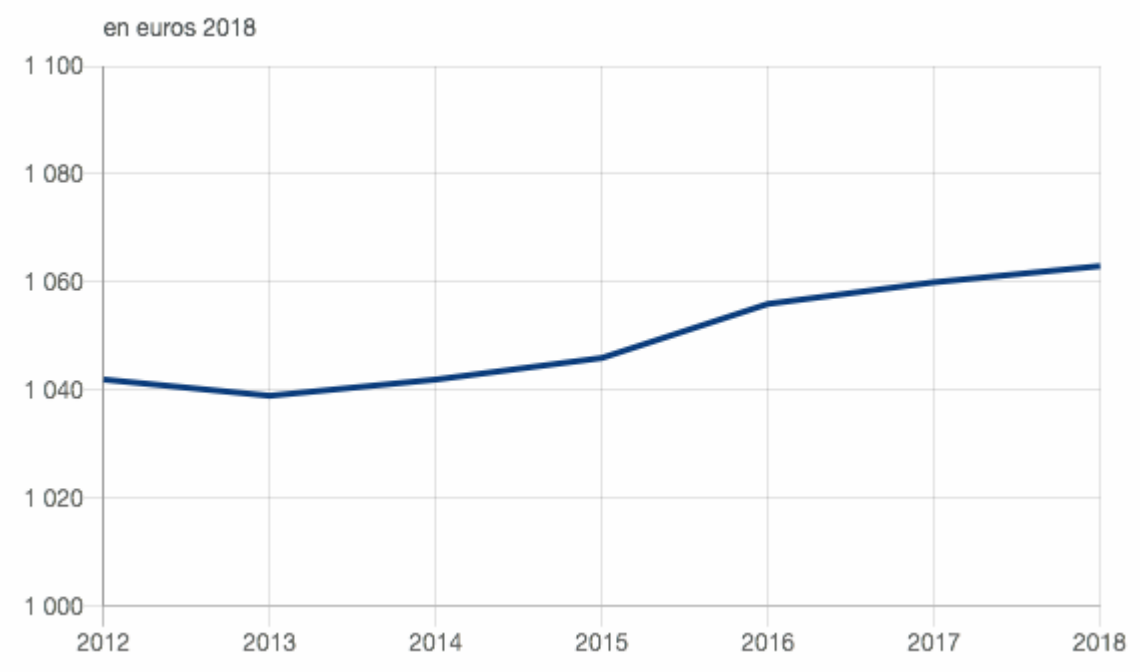



Figure 6 : Seuil de pauvreté mensuel à 60% de 2012 à 2018 (en euros)
*Sources* : INSEE (15)

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Seuil à 40 % | 3,5 | 3,7 | 3,4 | 3,5 | 3,5 | 3,4 |
| Seuil à 50 % | 7,9 | 8,0 | 8,0 | 8,0 | 8,0 | 8,3 |
| **Seuil à 60 %** | **13,8** | **14,0** | **14,2** | **14,0** | **14,1** | **14,8** |
| Seuil à 70 % | 21,7 | 21,9 | 22,3 | 22,1 | 22,1 | 22,6 |

Tableau 3 : Taux de pauvreté selon le seuil de pauvreté de 2013 à 2018 (en %)
*Sources* : INSEE (18)

La même année, au sein des ménages recueillis par le Secours Catholique, 92,4% des ménages ont un niveau de vie inférieur au seuil de 60% et 65% sont sous le seuil d'extrême pauvreté. Les étrangers sans statut légal stable, les étrangers de l'UE et les étrangers hors UE représentent dans l'ordre : 98,3%, 81,5%, et 76,8% selon le seuil de 40% contre 51,9% des ménages français. (Tableau 4) (19)

| | Seuil à 60 % | | | Seuil à 50 % | | | Seuil à 40 % | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2016 | 2017 | 2018[26] | 2016 | 2017 | 2018[26] | 2016 | 2017 | 2018[26] |
| Seuil en euros courants | 1 026 € | 1 041 € | 1 060 € | 855 € | 867 € | 883 € | 684 € | 691 € | 704 € |
| **Taux de pauvreté** | | | | | | | | | |
| Population générale | 14,0 % | 14,1 % | - | 8,0 % | 8,0 % | - | 3,5 % | 3,5 % | - |
| Au Secours Catholique : | 92,3 % | 92,2 % | 92,4 % | 83,9 % | 83,5 % | 83,7 % | 64,5 % | 64,8 % | 66,0 % |
| *- Étrangers sans statut légal stable* | *99,7 %* | *99,7 %* | *99,6 %* | *99,3 %* | *99,4 %* | *99,2 %* | *98,3 %* | *98,2 %* | *98,3 %* |
| *- Étrangers de l'UE* | *96,9 %* | *95,7 %* | *96,6 %* | *93,4 %* | *91,5 %* | *90,8 %* | *85,3 %* | *82,4 %* | *81,5 %* |
| *- Étrangers hors UE, situation stable et régulière* | *96,3 %* | *95,6 %* | *95,8 %* | *91,0 %* | *89,7 %* | *90,5 %* | *75,5 %* | *73,3 %* | *76,8 %* |
| *- Français* | *89,5 %* | *89,1 %* | *89,0 %* | *78,3 %* | *77,3 %* | *76,4 %* | *53,4 %* | *52,8 %* | *51,9 %* |

**Sources :** Secours Catholique ; Insee, population générale.
**Champ :** Pour le Secours Catholique, ensemble des situations rencontrées par les équipes d'accueil.
**Lecture :** En 2016, 14 % de la population générale vivait sous le seuil de pauvreté à 60 %. Au Secours Catholique, cette même année, 92,3 % des ménages accueillis avaient un niveau de vie inférieur à ce seuil.

Tableau 4 : Taux de pauvreté des ménages recueillis au sein du Secours Catholique de 2016 à 2018 (en %)
*Sources : Secours Catholique (19)*

## B. Dispositifs de lutte contre l'exclusion en santé

### 1. Dispositifs de protection maladie

#### 1.1. PUMA

La Protection Universelle Maladie (PUMA) remplace depuis le 1er janvier 2016 la CMU de base. Toute personne exerçant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable et régulière a droit à une prise en charge partielle de ses dépenses de santé. Elle permet le remboursement de la part obligatoire des frais de santé, appelé aussi « part sécurité sociale ».
Il existe deux conditions d'accès :

- Résider en France de manière régulière : avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour.
- Résider en France de manière stable : résider en France métropolitaine ou d'un département d'Outre-mer français de façon ininterrompue depuis plus de trois mois.

#### 1.2. Complémentaire santé solidaire

Depuis le 1er novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (C2S) a remplacé la CMU-C et l'ACS. Elle correspond à une aide financière annuelle, elle prend en charge la part complémentaire des dépenses de santé en dispensant l'avance des frais. Il existe un panier de soins spécifique.
Pour en bénéficier, il faut avoir des ressources inférieures à un certain plafond, dépendant du lieu de résidence et de la composition du foyer.
Elle dure un an et doit être renouvelée chaque année.
Dans la sphère bucco-dentaire, la C2S prend en charge la part mutuelle des soins conservateurs, mais aussi certaines prothèses dentaire et traitements orthodontiques.

### 1.3. AME

L'Aide Médicale de l'État (AME) permet aux étrangers en situation irrégulière de recevoir des soins sur le territoire français.
Pour en bénéficier il faut résider en France de manière irrégulière sans titre de séjour ou de récépissé de demande, résider en France de manière stable depuis plus de trois mois et avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond selon le lieu de résidence et la composition du foyer.
L'AME est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.
Dans la sphère bucco-dentaire, l'AME prend en charge jusqu'à 100% des soins, se limitant au tarif de base de la Sécurité Sociale. Les frais dépassant ce tarif sont à la charge du bénéficiaire de l'AME.

## 2. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Le dispositif PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) a été créé par la loi en 1998 contre l'exclusion et la pauvreté. Ce dispositif de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale a pour mission d'accueillir les personnes en situation de précarité au sein de l'établissement de santé, de leur permettre un accès aux soins, de leur fournir des informations préventives spécifiques et de les aider dans leurs reconnaissances de leurs droits en matière de santé. (20)

L'article L6111-1-1 mentionne que « les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé… adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. » (21)

Aujourd'hui on compte environ 400 PASS établis sur le territoire français, implantées au sein des hôpitaux.
La PASS accueille les patients en situation de précarité. Il s'agit principalement de personnes sans couverture médicale ou avec couverture partielle (ex AME), français ou étrangers. (22, 23)

# C. Précarité et état de santé bucco-dentaire

Selon les textes du PRAPS, « les plus démunis » sont : les personnes sans chez soi, les jeunes en errances, les migrants âgés en foyers de travailleurs ou résidence social, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les personnes en situation de prostitution, les détenus et sortants de prisons, les gens du voyage, les saisonniers et les personnes âgées ou les familles monoparentales à faible revenus. (24)

## 1. Lien entre précarité et état dentaire

Les affections bucco-dentaires touchent toutes les couches de la population, cependant on note une plus mauvaise santé bucco-dentaire chez les personnes précaires.
La précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, d'une accumulation de facteurs de risques et entraine des pathologies plus avancées que les autres. (25, 26)
Ainsi il n'est pas rare qu'elle se reflète aussi au niveau bucco-dentaire. Pour ces personnes, les soins sont souvent considérés comme inaccessibles.

Plusieurs études montrent le lien entre précarité et état dentaire médiocre. En effet, la précarité est un facteur de risque d'état dentaire déficient. Pour ces personnes, les soins sont souvent considérés comme chers et laissent donc leurs états se dégrader. On retrouve plus d'atteintes carieuses, de dents absentes non remplacées, une hygiène orale moins bonne, ainsi qu'une absence de soin réalisé chez ces populations que la population générale. (27, 28, 29)

Les problèmes dentaires, sont fortement corrélés à la précarité. Ceci est notamment dû aux conditions difficiles de vie et à une méconnaissance par ces personnes de de leur état de santé.
Une étude de la DREES (Direction de la Recherche et des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en 2015 auprès des sans domiciles montre ce lien entre précarité et inégalité de santé.
Un quart d'entre eux déclare avoir toutes leurs dents intactes, 43% ont des dents traitées ou remplacées, 24% ont perdu une partie de leurs dents et 7% ont perdu toutes leurs dents. La part de sans domicile ayant perdu au moins une dent est de 31% contre 26% de la population générale. On note que la proportion des sans domiciles qui déclarent avoir des dents intactes est plus élevée par rapport à la population générale (26% versus 16%). (Tableau 5)
Ce chiffre pourrait s'expliquer qu'un sur cinq d'entre eux n'a jamais consulté de dentiste et un tiers n'est pas allé chez le dentiste dans les deux années ayant suivi l'enquête. Une grande proportion d'entre eux n'a jamais consulté un dentiste, montrant une méconnaissance de leur état de santé bucco-dentaire. (Figure 7) (30)

En %

| État de santé bucco-dentaire | 18-24 ans | | 25-34 ans | | 35-59 ans | | 60-75 ans | | 18-75 ans | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sans-domicile | Population générale | Sans-domicile | Population générale | Sans-domicile | Population générale | Sans-domicile | Population générale | Sans-domicile | Population générale |
| A toutes ses dents intactes | 53 | 47 | 32 | 26 | 18 | 10 | 4 | 4 | 26 | 16 |
| A toutes ses dents intactes mais certaines ont été traitées/remplacées | 38 | 48 | 47 | 65 | 42 | 63 | 36 | 43 | 43 | 58 |
| A perdu une partie de ses dents | 9 | 5 | 20 | 9 | 31 | 22 | 37 | 31 | 24 | 19 |
| A perdu toutes ses dents ou presque | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 | 5 | 23 | 22 | 7 | 7 |

Tableau 5 : État de santé déclaré chez les sans domiciles comparé à ceux de la population générale (en %)
*Sources : DREES (30)*

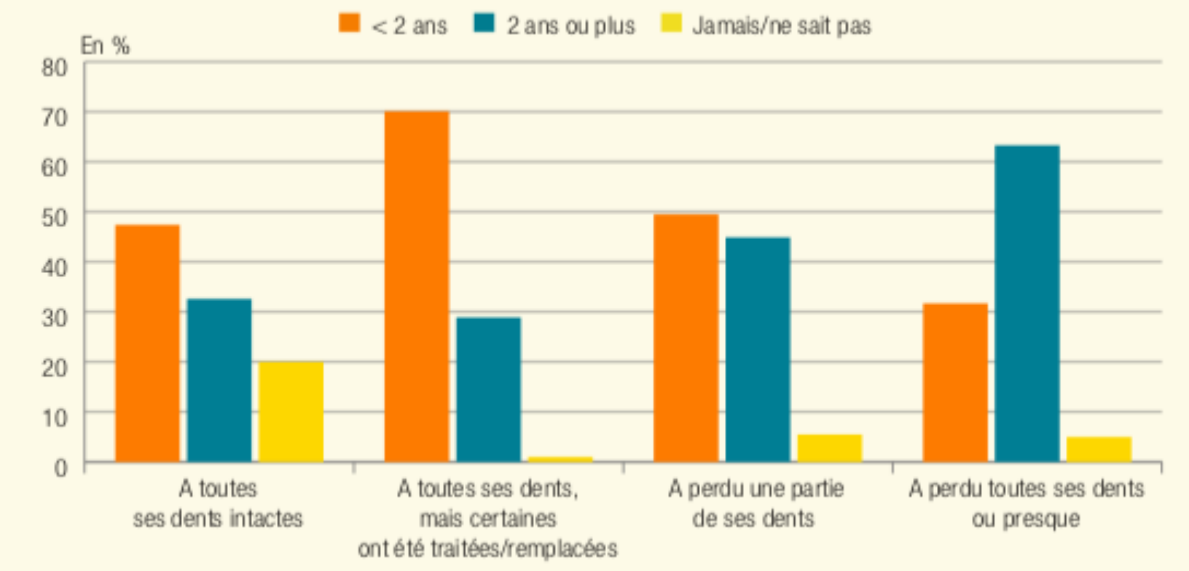



Figure 7 : État de santé bucco-dentaire des sans domiciles selon la date de la dernière visite chez le dentiste.
*Sources : DREES (30)*

De plus, ces inégalités de santé sont présentes dès le plus jeune âge. Le milieu social jouerait un rôle dans les habitudes de vie et les indicateurs de santé.
De même, la DREES a réalisé une enquête en 2013 dans des écoles maternelles. Au cours de cette enquête, les enfants de cadres avaient de meilleurs indicateurs de santé.
Concernant la maladie carieuse, les enfants d'ouvriers sont 30% à avoir au moins une dent cariée contre 8% chez les enfants de cadres et 24% des enfants d'ouvriers présentent des caries non soignées contre 4% chez les enfants de cadres. (Figure 8)

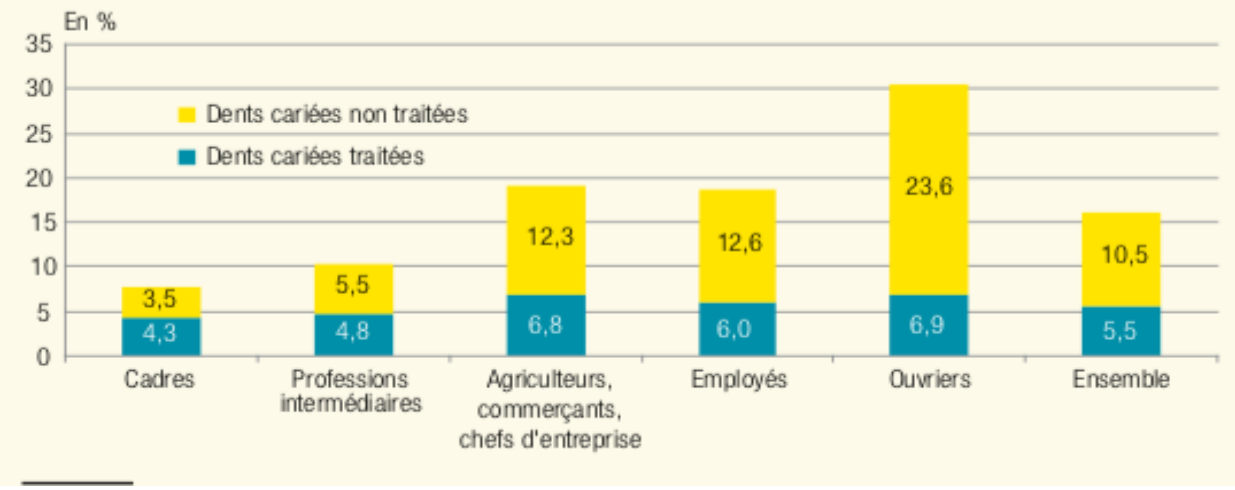



Figure 8 : Prévalence de dents cariées selon le groupe social des parents (en %)
*Sources* : DREES (31)

L'enquête de la DREES se poursuit par un entretien avec les parents sur les habitudes de vie des enfants. Il en résulte que les habitudes de vie expliquent ces disparités de santé. Les cadres ont un comportement offrant plus de place à la prévention et aux recours aux soins. 60% des enfants de cadres se brossent les dents plusieurs fois par jour contre 47% parmi les enfants d'ouvriers. Par ailleurs, ces derniers sont 60% à n'avoir jamais consulté un dentiste, ils sont de 44% chez les enfants de cadres. Quant aux habitudes alimentaires, les enfants d'ouvriers sont 31% à consommer quotidiennement des boissons sucrées contre 8% des enfants de cadres. (Tableau 6 et 7) (31)

| | Pourcentage d'enfants qui… | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | … ont un écran dans leur chambre | … passent devant un écran… | | … prennent un petit-déjeuner quotidien | … consomment tous les jours des boissons sucrées |
| | | … plus d'une heure, les jours de classe | … plus d'une heure, les jours sans classe | | |
| Cadres | 9,0 | 25,4 | 76,0 | 97,4 | 8,0 |
| Professions intermédiaires | 17,3 | 37,7 | 84,2 | 95,0 | 13,0 |
| Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise | 25,0 | 44,9 | 83,8 | 91,2 | 20,1 |
| Employés | 31,3 | 51,8 | 86,8 | 90,7 | 23,1 |
| Ouvriers | 33,7 | 59,0 | 85,9 | 85,4 | 31,4 |
| **Ensemble** | **22,7** | **42,9** | **83,4** | **92,5** | **18,2** |

Tableau 6 : Habitudes de vie des enfants selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %)

*Sources : DREES (31)*

| Pourcentage d'enfants qui… | Pourcentage d'enfants qui… | | |
|---|---|---|---|
| | … ont des dents indemnes de caries | … n'ont jamais consulté un dentiste* | … se brossent les dents plusieurs fois par jour |
| Cadres | 92,2 | 44,4 | 59,8 |
| Professions intermédiaires | 89,7 | 50,4 | 59,6 |
| Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise | 80,8 | 52,7 | 49,8 |
| Employés | 81,4 | 58,5 | 53,1 |
| Ouvriers | 69,5 | 60,2 | 46,9 |
| **Ensemble** | **84,0** | **53,2** | **55,1** |

Tableau 7 : Prévalence des caries et comportements préventifs selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %)
*Sources : DREES (31)*

Ainsi, la précarité affecte l'état de santé bucco-dentaire. En plus d'un souci financier, les personnes précaires, ont des habitudes de vie moins favorables à une bonne santé bucco-dentaire: par le fait d'avoir une habitude alimentaire plus riche en sucres et de moins consulter.
Cela montre un déficit majeur dans les soins précoces chez les personnes plus modestes : des visites plus régulières chez le dentiste pour des contrôles, l'amélioration des messages de prévention afin d'agir au plus tôt pourrait permettre une amélioration des habitudes de soins. (32)

## 2. Facteurs de renoncement aux soins bucco-dentaire

Le renoncement aux soins correspond au non-recours à des soins lorsque son état de santé le nécessite. L'individu fait face à des contraintes qui ne lui permettent pas d'accéder aux soins nécessaires pour traiter des lésions qu'il a lui-même identifiées ou qu'un professionnel de santé a diagnostiqué.
Il est un indicateur de l'accès au système de soins et permet de prendre en compte la notion de besoins non satisfaits. (7)

Ces contraintes ou « barrières » varient d'une personne à une autre. Elles peuvent être :

- Financière: le motif de renoncement le plus fréquent.

En France, en 2016, 7 % des 20 % les plus pauvres contre 1 % des 20 % les plus riches déclarent renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières. (33)

- Peur et appréhension : second motif de renoncement le plus fréquent. En France, la peur du dentiste reste largement populaire dans la conscience collective.

Une étude de l'Assurance Maladie sur les habitudes bucco-dentaire des Français en avril 2020 stipule qu'un français sur 3 consultes un dentiste moins d'une fois par an. 41% des Français affirment avoir été gênés dans leurs relations sociales à cause d'un problème dentaire mais 34% d'entre eux consultent moins d'une fois par an le dentiste. Pour 83% des Français, le saignement de la gencive est bien le signe d'un problème, cependant, seul 39% d'entre eux iraient consulter un dentiste à la suite de ce signal (34).
De plus, à cela s'est ajoutée la pandémie de Covid-19 en début d'année 2021. La peur d'être contaminé par la Covid-19 en allant chez le dentiste (35).

- Priorité: Dans un contexte de conditions de vie difficile (instabilité financière, d'emploi, ou de logement, voir le cumul de ces diverses dimensions), le recours aux soins paraît dérisoire face à des problèmes plus urgents. La santé bucco-dentaire n'étant pas le sujet le plus préoccupant parmi leurs listes de besoins.
- Matérielle : ne dispose pas de moyen de transport pour s'y rendre
- Spatio-temporelle: éloignement géographique, difficulté de se rendre aux horaires proposé;
- Délai d'attente ;
- Barrière d'ordre culturel, de la langue ;
- Complexité des démarches administratives;
- Méconnaissance du système de santé, des droits et des structures.
- Altération de l'estime de soi et sentiment de stigmatisation : incapacité à aller vers autrui. (20, 36, 37)

Le « renoncement barrière » est à distinguer du « renoncement refus » qui est un renoncement aux soins par choix (par exemple refus simple de se soigner, défiance face à la médecine conventionnelle…), même si elles peuvent être intriquées. Un individu aura une logique différente au cours de sa vie selon le type de soin dont il a besoin. Le motif financier peut se combiner à d'autres barrières rendant la démarcation difficile entre les deux types de renoncement. (38)

### 3. Percevoir la maladie

La manière de percevoir la maladie ou un symptôme dépend de la représentation de la « bonne santé », des habitudes de vie de l'individu. Elles sont inhérentes à chacun. (39)

Chez les plus démunis, on assiste à un renoncement des soins ou bien un recours tardif. Ce dernier s'explique par cette perception de la maladie qui diffère des classes plus aisées qui ont un rapport aux corps plus conscient, plus médicalisé. (20)
Elle s'explique également par un moindre recours à la prévention et au dépistage. L'absence de compréhension des méthodes de prévention et de leur impact sur la santé concourt à cette méconnaissance de leurs états de santé. Le recours aux soins n'est donc pas recherché d'emblée. (20, 40)

# II. Partie 2: La prévention bucco-dentaire auprès du public en situation de précarité

## A. Prévention et santé bucco-dentaire

### 1. Définition de la prévention

La prévention est un processus ou une ligne d'action empêchant l'apparition ou l'aggravation de la maladie, en supprimant les facteurs de risques. L'OMS distingue trois types de prévention selon le stade de la maladie : primaire, secondaire et tertiaire. (41)
La prévention bucco-dentaire a pour but de réduire autant que possible la nécessité d'un acte curatif, d'une affection bucco-dentaire. Les caries et les parodontopathies sont les pathologies buccales les plus fréquentes.
Elles ont pour origine une dysbiose intervenant au niveau du biofilm dentaire.
En ce qui concerne la maladie carieuse, les bactéries impliquées fabriquent, par fermentation des glucides ingérés, des acides qui déminéralisent les structures dentaires de l'émail.
Les maladies parodontales, outre la sécrétion par les bactéries concernées de substances destructrices des tissus, présentent également une composante inflammatoire délétère.

#### 1.1. Prévention primaire

La prévention primaire a pour but d'empêcher l'apparition de la maladie et de lutter contre les facteurs de risques.
Il faut pour cela déterminer :

- Les facteurs favorisant l'apparition de la maladie, afin de les éliminer,
- Les facteurs ayant un rôle protecteur vis-à-vis de la maladie, afin de les promouvoir (41).

La prévention primaire de la maladie carieuse et des parodontopathies consiste en des actions mécaniques tels que le brossage de dents bi-journalier avec un dentifrice fluoré selon l'âge de l'individu, ainsi que des recommandations alimentaires visant une alimentation la moins cariogène possible.
Il existe des soins de prévention tels que le scellement des sillons, à base de résine composite, des premières et deuxièmes molaires permanentes réalisables chez l'enfant comme chez l'adulte. Il est surtout recommandé chez les enfants présentant un risque carieux élevé. Il est totalement remboursable par l'assurance maladie jusqu'à l'âge de 14 ans (43, 44).
Pour les maladies parodontales, le détartrage reste le soin de prophylaxie le plus utilisé. Le but étant d'empêcher ou limiter la perte d'attache.

### 1.2. Prévention secondaire

La maladie est déjà présente, au stade initial et asymptomatique. La prévention secondaire correspond à tous les moyens mis en œuvre pour dépister et prendre en charge la maladie au stade précoce afin d'en éviter l'aggravation. Elle vise à diminuer la prévalence d'une maladie, à stopper ou retarder l'évolution de la maladie et ses effets par un dépistage précoce, un traitement approprié ou un moyen de réadaptation efficace (41).

La prévention secondaire bucco-dentaire nécessite le dépistage de la maladie carieuse et parodontale, à l'aide de l'interrogatoire et d'un examen clinique.
Lors du dépistage, l'identification des caries au stade de déminéralisation (stade initial) de l'émail doit être détecter et traiter, à l'aide de techniques de reminéralisation (dentifrice fluoré adapté, vernis fluoré…) et/ou de soins précoces. (43).
De plus, l'examen endobuccal peut être complété par des radiographies rétro-coronaires afin de déceler des caries présentes sur les faces proximales des dents.
La prévention secondaire des maladies parodontales consiste à diagnostiquer les gingivites et les parodontites à leurs stade le plus précoce afin d'appliquer un traitement efficace.

### 1.3. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire correspond à tous les moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, les complications et les séquelles d'une maladie. Il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Elle vise de plus la réinsertion du malade ; que ce soit à l'échelle médicale, sociale ou psychologique.

Dans le cadre bucco-dentaire, elle correspond aux traitements des caries. Il s'agit d'éviter les complications liées à la perte de substance ainsi que les risques de caries secondaires. Au niveau du parodonte, elle a pour but de limiter l'évolution de la maladie parodontale par surfaçage radiculaire, chirurgie parodontale…
La prévention tertiaire comprend aussi la réhabilitation prothétique afin de remplacer la perte de dent et retrouver une fonction masticatoire, esthétique et fonctionnelle.

### 1.4. Promotion de la santé

D'après la charte d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus social et politique global visant à renforcer les aptitudes et capacités des individus, de leurs permettre de mieux maîtriser les déterminants de la santé, afin d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé se base sur une stratégie en trois points fondamentaux :
- Sensibiliser la population à la santé
- Donner les outils et les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé
- Servir de médiateur dans la société

Ainsi, la Charte d'Ottawa propose 5 critères d'intervention (41) :

- L'élaboration d'une politique publique saine
- La création d'un milieu favorable
- Le renforcement de l'action communautaire à la santé
- L'acquisition d'aptitudes individuelles
- La réorientation des services de santé

Dans le domaine bucco-dentaire, la promotion de la santé trouve son expression dans l'adoption de la loi du 9 août 2004.
Mise en place par l'État français et son ministère des solidarités et de la santé, la loi 806-2004 du 9 août 2004 établit des objectifs de santé publique axés sur l'importance de la prévention dans le système de santé Français. La santé bucco-dentaire s'inscrit dans une politique de santé générale (45).

## 2. Dispositifs de prévention bucco-dentaire en France

La déclaration d'Alma Ata de 1978 stipule que «tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet […]» (46).

En France, l'État français ainsi que des associations promeuvent la bonne santé bucco-dentaire, celle-ci faisant partie intégrante d'une bonne santé générale par le biais d'actions tels que le projet M'T dent de l'Assurance maladie ou bien les ateliers de prévention collectif en milieu scolaire par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD).

### 1.1. M'T dents

"M'T dents" est un dispositif national de prévention bucco-dentaire mis en place par l'Assurance maladie en janvier 2007, afin de bénéficier d'un rendez- vous 100% pris en charge par la sécurité sociale et sans avance de frais chez un dentiste conventionné.
Il est disponible tous les 3 ans pour les enfants de 3, 6, 9 et 12 ans et les jeunes de 15, 18, 21 et 24 ans.

L'objectif du programme M'T dent est que dès le plus jeune âge, les enfants apprennent les bons réflexes en matière de santé bucco-dentaire, prennent l'habitude de consulter un dentiste régulièrement, de soigner les caries dès leurs apparitions, de dépister les besoins en orthodontie, et d'intercepter les problèmes parodontaux.

L'examen bucco-dentaire (EBD), et éventuellement les soins consécutifs, sont pris en charge totalement par l'assurance maladie, hormis les soins d'orthodontie et de prothèse.

Pour en bénéficier, un formulaire "MT dents" est envoyé par courrier, adressées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), ou peut être retrouvé sur le compte ameli un mois avant la date d'anniversaire. Il est valable un an à partir de l'anniversaire. (47) (Annexe 1)
Ce dispositif a été étendu aux femmes enceintes.
Il a permis, de 2007 à 2010, lors d'une enquête menée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), une diminution de l'indice CAO (nombre de dents cariées, absentes et obturées) chez les enfants de 9 à 18 ans (48).

### 1.2. UFSBD

L'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) est une association de chirurgiens-dentistes fondée en 1966. Son objectif est d'améliorer la santé bucco-dentaire des Français par la promotion et l'éducation à la santé bucco-dentaire.
Elle a participé à l'introduction du sel fluoré sur le marché, s'est vue confier des enquêtes épidémiologiques nationales à la demande du ministère de la santé, est devenue en 1988 un centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé et promeut, et accompagne, le programme M'T dents depuis 2007.
Elle compte 15 000 chirurgiens-dentistes dans 21 régions et 101 UFSBD départementales.

Les chirurgiens-dentistes de l'UFSBD proposent aux enfants, en milieu scolaire, des séances d'éducation collective à l'hygiène bucco-dentaire ainsi qu'un dépistage non obligatoire.
Cette intervention permet de sensibiliser les jeunes à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire, de l'impact de l'alimentation, de la nécessité d'un contrôle régulier chez un dentiste, et d'augmenter la participation des familles à l'examen bucco-dentaire proposé par l'assurance maladie
En 2017-2018, 20 095 classes de CP ont pu être sensibilisées et 10 810 classes de CP ont été dépistées.
L'association participe aussi à des actions de prévention materno-infantile, en collaboration avec MGC Prévention. Le public cible étant la mère et le très jeune enfant de moins de 3 ans. L'objectif est d'agir le plus précocement possible afin d'éviter ou reculer l'apparition de la maladie carieuse, d'évaluer le risque carieux potentiel de l'enfant lors de l'examen avec les parents et particulièrement de la mère. Cet examen vérifie les comportements, habitudes d'hygiène, d'alimentation et de suivi périodique des enfants qui peuvent nuire à la bonne santé bucco-dentaire des enfants à court ou long terme.
L'UFSBD s'intéresse aussi à la bonne santé bucco-dentaire des personnes âgées. Elle s'associe avec l'Agirc et l'Arrco et édite un guide pour la santé bucco-dentaire à

l'usage des établissements pour personnes âgées, autonomes ou non. Elle participe de plus à la formation du personnel soignant en EHPAD (49).

## B. Mise en place du projet de prévention hors les murs

### 1. Contexte

Suite à l'ouverture de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) odontologique de l'hôpital Saint-André à Bordeaux en 2010, une étude rétrospective durant l'année 2015 est mise en place afin d'étudier sa fréquentation.
Celle-ci recense, parmi les personnes majeures ayant bénéficié des soins, 39 nationalités différentes, avec une majorité de patients d'origine bulgare (21%), puis les patients français (16%). La majorité sont des hommes (68%) jeunes (de 26 à 33 ans).
Concernant la maladie carieuse, 87% des patients présentent au moins une carie et 81% des dents absentes. Le motif de consultation de nombreux d'entre eux reste l'urgence dentaire douloureuse. (22)

Entre 2015 et 2018, le nombre de patients ayant consulté le service de la PASS de Saint André n'a cessé d'augmenter. En 2017, 21% des patients soignés étaient des enfants (de 2-15 ans), 25% des mineurs isolés (14-17 ans) et 93% des patients étaient d'origine étrangère. L'urgence dentaire reste encore le principal motif de consultation. Quant aux enfants, le principal motif est la présence de caries précoces de l'enfance (enfants de moins de 6 ans), nécessitant des soins sous anesthésie générale.

Suite à ces chiffres, la mise en place de moyens de prévention adaptés à cette population, dont la santé bucco-dentaire n'est pas une priorité, pourrait permettre de diminuer le recours à des soins prothétiques coûteux et des soins sous anesthésie générale chez les très jeunes enfants.

Un financement octroyé par l'ARS a permis la mise en place d'un programme de prévention hors les murs auprès des populations précaires.

### 2. Objectifs

Ce projet s'inscrit dans la lutte contre les inégalités sociales et de la promotion de la santé.
Ce programme de prévention a pour mission :

- Une prévention primaire : diminution de la prévalence des maladies bucco-dentaires en diminuant les facteurs de risques, par le biais d'apprentissage des techniques d'hygiène bucco-dentaires de base ainsi que des informations sur les facteurs de risque (alimentation cariogène, risques liés au tabac...). L'instauration de ces ateliers devrait diminuer les consultations en urgence.

- Une prévention secondaire : dépister précocement les atteintes bucco-dentaires (caries, maladies parodontales, lésions précancéreuses), en proposant une consultation pour dépister d'éventuelles lésions bucco-dentaires et les réorienter dans les services de santé appropriés.

Les personnes en situation de précarité sont en fragilité sociale et la santé n'est pas leur priorité. Il est donc important d'aller au-devant de ces populations en les sensibilisant à l'importance de la santé bucco-dentaire sur leurs lieux de vie ou un lieu hors cabinet.
Par ce présent projet, ces actions de terrains favorisent la "rencontre", en dehors des cabinets dentaires, entre chirurgiens-dentistes et le public, et une meilleure compréhension des besoins des populations. Les besoins des populations sont ainsi vus de manière globale et environnementale. (50)

De plus, par le biais de ces ateliers de prévention dans des établissements extérieurs à l'hôpital, le troisième objectif est d'identifier et former les professionnels des établissements. Ces personnes relais pourront co-animer les ateliers de préventions, parfaire leurs formations et adapter les messages de préventions adaptés aux populations cibles, créant une continuité des actions de préventions en dehors des temps d'intervention du projet.

### 3. Acteurs

Le projet est permis par la coopération de plusieurs acteurs :

- une diététicienne/nutritionniste: délivre des conseils diététiques et informe des aliments cariogènes dans le but de diminuer le risque carieux. Elle notifie les dangers de certaines habitudes alimentaires.
- des dentistes : délivrent les messages de prévention, répondent aux questions du public, participent aux activités de prévention et effectuent le dépistage bucco-dentaire.
- des interprètes : permettent la délivrance des messages de prévention pour le public ne parlant pas/peu la langue française. (51)
- des partenaires extérieurs se trouvant sur Bordeaux Métropole: identifient et notifient le public cible de l'existence d'ateliers de prévention et de dépistage bucco-dentaire. Ils délivrent les locaux avec un point d'eau (robinet…) pour la mise en place des ateliers. Ces partenaires côtoient les populations cibles, et connaissent leurs besoins et habitudes de vie.
- populations/bénéficiaires : la population cible sont autant les adultes que les enfants en situation de vulnérabilité (personnes en difficultés socio-économiques, SDF, gens du voyage, migrants…) sans distinction d'âge, ni de genre. Un formulaire de consentement pour le dépistage est distribué aux parents des enfants ciblés.

## 4. Organisation des ateliers

Les ateliers se déroulent en dehors de l'hôpital ou des cabinets dentaires, dans des locaux fournis par le partenaire. Cette première approche, en dehors du cabinet dentaire, permet un premier contact en milieu neutre, parfois connu des bénéficiaires, permettant de diminuer la peur et l'appréhension de l'effet "dentiste en blouse blanche".
Les ateliers s'organisent autour de petits groupes (dizaines d'individus maximum) afin d'inclure un échange, une communication animée, entre les acteurs du programme et le public. Dans le cas d'individus ne parlant pas le français, les groupes, en fonction de la langue maternelle parlée, sont regroupés afin de recourir à un seul et unique interprète. La participation est essentielle pour que les efforts accomplis soient inscrits dans la durée, et montre que l'individu a envie d'être acteur de sa propre santé.

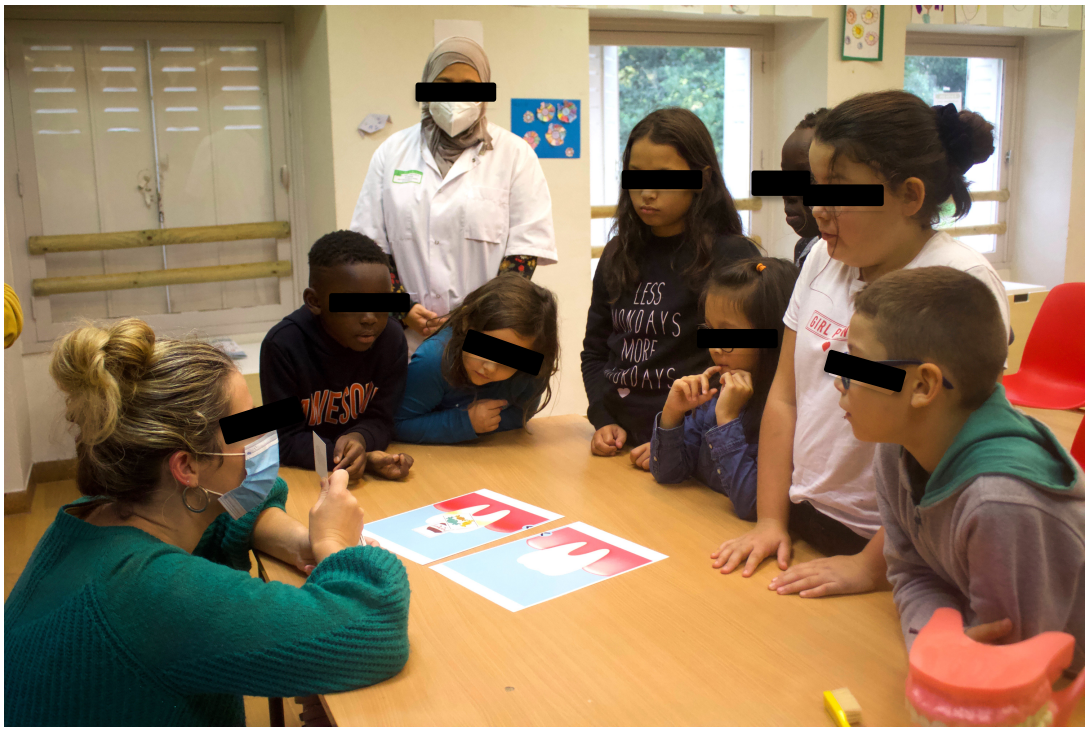
Le projet est décomposable en 3 ateliers distincts sur une durée d'environ 2h :

<u>Atelier 1 - Apprentissage d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire</u>

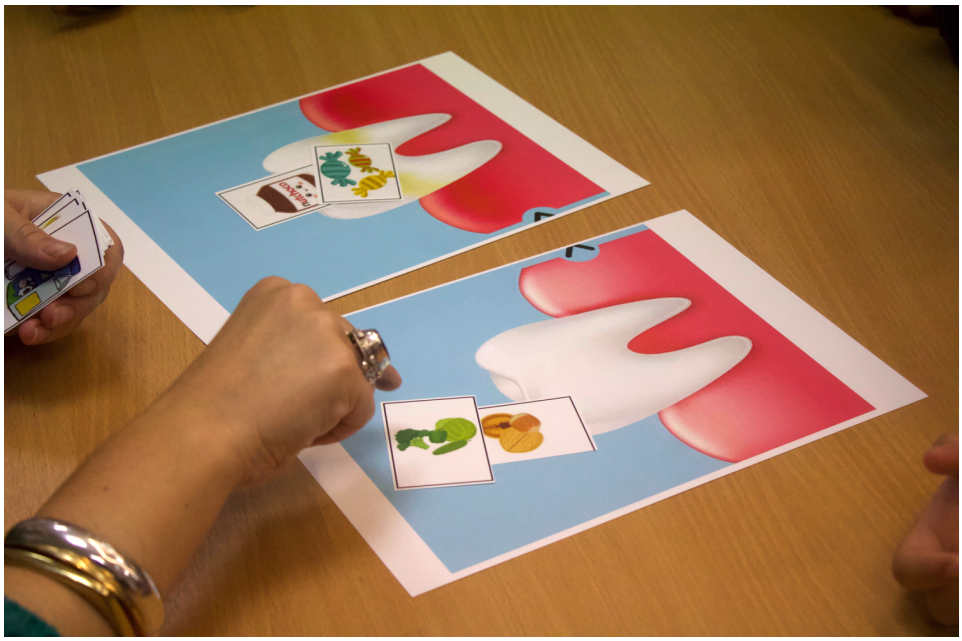
Le premier atelier débute par une présentation PowerPoint d'une vingtaine de minutes adaptée à un public adulte comme jeune. Elle décrit la fonction, le rôle et la structure d'une dent, les facteurs de risques de la maladie carieuse et les solutions pour les réduire. Cette présentation permet d'instruire les principes de base de l'hygiène bucco-dentaire, et de répondre aux questions du public. Elle évalue aussi leurs connaissances préalables ainsi que leur compréhension du message transmis. (Photographie 1)

Photographie 1 : Présentation Power point
(Crédit photo J.Fen-chong)

Un débat sur les aliments est ensuite organisé. A l'aide de vignettes représentant différents types d'aliments simples (bonbons, légumes, boissons sucrées…), les participants sont invités à trier en 2 groupes distincts les cartes : d'un côté les aliments dont ils pensent qu'ils donnent des caries, et de l'autre ceux n'ayant aucun effet sur les dents. (Photographie 2 et 3) (Annexe 2 et 3)



Photographie 2 : Atelier nutritionnel
(*Crédit photo J.Fen-chong*)



Photographie 3 : Placement des cartes selon leur effets potentiellement cariogènes.
(*Crédit photo J.Fen-chong)*

Cet atelier nous permet de percevoir les acquis et les lacunes en matière de régime alimentaire.
C'est aussi l'occasion de discuter de la carie de la petite enfance en présence des mères. L'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) et l'AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) déconseille le biberon de lait, le jus de fruits ou tout autre boisson sucrée au coucher afin de réduire les risques de caries de la petite enfance (CPE). Les dents doivent être nettoyées avant que l'enfant soit mis au lit, et ce, dès l'apparition de la première dent à l'aide d'une compresse ou d'une brosse à dent souple jusqu'à 18 mois environ par les parents eux-mêmes. (44, 52)
De plus, la HAS préconise aux mères de ne pas « tester » la température de la nourriture de l'enfant en la goûtant avec la cuillère, afin de limiter la transmission de bactéries de la mère à l'enfant. La cuillère, comme la brosse à dents, sont à usage individuel, pour restreindre les transmissions de bactéries d'une bouche à l'autre par contact avec un objet. (44)

Ensuite, l'atelier 2 et 3, activités plus "manuelles", se font concomitamment en divisant le groupe en deux, ou l'un à la suite de l'autre selon le nombre de dentistes présents pour animer les ateliers et du nombre de participants.
Les ateliers avec interactivité permettent de placer l'action dans une stratégie individuelle d'adoption des bons comportements.

Atelier 2 - Technique de brossage

L'hygiène bucco-dentaire de base passe par un brossage de 2 à 3 minutes selon une certaine technique (BASS, Stillman…), au moins deux fois par jour. (53)
Cet atelier permet d'instruire ou perfectionner la technique de brossage. Une maquette en forme de mâchoire géante avec sa brosse à dents est utilisée pour schématiser le geste du brossage.
Après démonstration de la technique par un intervenant, c'est aux participants de manier la brosse à dents afin de vérifier que la technique est adaptée. Des brosses à dents et dentifrice sont distribuées à chacun, qu'ils garderont pour un usage personnel. (Photographie 4)

Photographie 4 : Atelier « Brossage des dents » avec la maquette géante.
(*Crédit photo J.Fen-chong*)

Atelier 3 - Dépistage

L'atelier de dépistage permet d'évaluer l'état bucco-dentaire des personnes en situation de précarité et les facteurs de risques associés. Un dépistage individuel endobuccal pour chaque participant est effectué et permet, selon la présence d'une ou plusieurs maladies (carieuse, parodontale…), une orientation vers des centres de soins dentaires à proximité de leurs lieux de vie ou seront dirigés vers la PASS odontologique de Saint-André.

L'examen est effectué par un dentiste qui évalue :

- la présence ou non de plaque et/ou tartre sur la surface des dents à l'œil nu,
- l'indice carieux (indice CAOD) et parodontal (indice CPITN et OHIS) à l'aide d'une sonde et d'un miroir et une lampe frontale.

Ce dépistage individuel permet un échange plus spécifique avec le patient. (Photographie 5)
À la suite de cette auscultation, une fiche de dépistage est remplie en vue d'une étude observationnelle. (Annexe 4 et 5)

Dans le cas d'une orientation vers un centre de soins dentaires, une feuille d'examen est fournie au patient de manière à guider le dentiste et d'encourager le patient à consulter.

Photographie 5 : Atelier de dépistage.
(*Crédit photo J.Fen-chong)*

A la fin des ateliers, les participants repartent avec du dentifrice, une brosse à dents, ainsi qu'un dépliant récapitulant les conseils bucco-dentaire vus précédemment. (Annexe 6)

## C. Étude observationnelle suite aux ateliers hors les murs

### 1. Conception de l'étude

A la suite des ateliers de prévention « hors les murs », une étude observationnelle, longitudinale a été mise en place afin de déterminer les besoins de ces populations précaires.
Cette étude porte sur l'année 2020-2021.

## 2. Matériels et méthodes

La population cible de notre étude est constituée de personnes en situation de précarité sur Bordeaux Métropole. Ces personnes sont suivies par des établissements publics à but social qui ont accepté de participer au projet : la MECS (Maison d'Enfants à Caractère Social) Quancard, le centre social de Bacalan, le CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) COS Quancard de Meriadeck et le Relais de Solidarité. Tout individu en situation de vulnérabilité (personnes en difficultés socio-économiques, SDF, gens du voyage, migrants…) est admis dans l'étude sans distinction de sexe, d'âge ou d'origine.
L'échantillon se compose de 36 individus (7 adultes et 29 mineurs) ayant accepté de se soumettre à l'atelier de dépistage, suite aux ateliers de prévention bucco-dentaire.

Pour chaque individu est relevé :

- l'âge
- le sexe
- le pays d'origine
- le lieu d'hébergement
- l'examen clinique

Pour effectuer cet examen clinique endobuccal, notre matériel se compose d'une sonde, d'un miroir endobuccal, et d'une lampe frontale. Les données relevées portent sur :

- la présence de plaque et/ou de tartre,
- l'état dentaire: la présence de carie, de débris radiculaire, de soins conservateurs, ou l'absence de dent,
- le besoin de prothèses ou de soins orthodontiques.

Les données sont ensuite recueillies sur une fiche de dépistage adulte ou enfant. (Annexe 4 et 5).

L'anamnèse, l'indice CPITN et l'indice OHIS ont été abandonnés afin de simplifier l'examen de dépistage. Seule la présence de plaque ou de tartre a été retenue afin d'évaluer l'état parodontal et le besoin de renforcer ou non l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire.

L'analyse des données est ensuite saisie sur le logiciel Microsoft Excel.

## 3. Résultats

### 1.1. Caractéristiques socio-démographiques

| | Caractéristiques |
|---|---|
| TRANCHE D'ÂGE | |
| 3-11ans | 19 |
| 12-17 ans | 10 |
| 18-29ans | 3 |
| 30 et plus | 4 |
| SEXE | |
| Masculin | 17 |
| Féminin | 19 |
| NATIONALITE | |
| Française | 12 |
| Étrangère | 24 |
| LOGEMENT | |
| Stable | 15 |
| Temporaire | 21 |
| Pas de logement | 0 |

Tableau 8 : Répartition de la population en fonction des caractéristiques socio-démographiques

Sur les 36 individus que compte l'étude, il y a pratiquement autant d'hommes (17) que de femme (19), respectant une équité des genres.
La majorité de la population examinée est mineure avec 19 enfants âgés de 3 à 11ans, et 10 enfants de 12 à 17ans.
Sur les 36 personnes, 24 étaient d'origine étrangère et 12 de nationalité française.
Quinze personnes avaient un logement stable contre 21 ayant un logement temporaire. (Tableau 8)

### 1.2. État dentaire

Dans la population, tout atelier confondu, 72% des individus possèdent au moins une carie ou un débris radiculaire, seuls 28% sont exempts de problèmes carieux. (Figure 9)

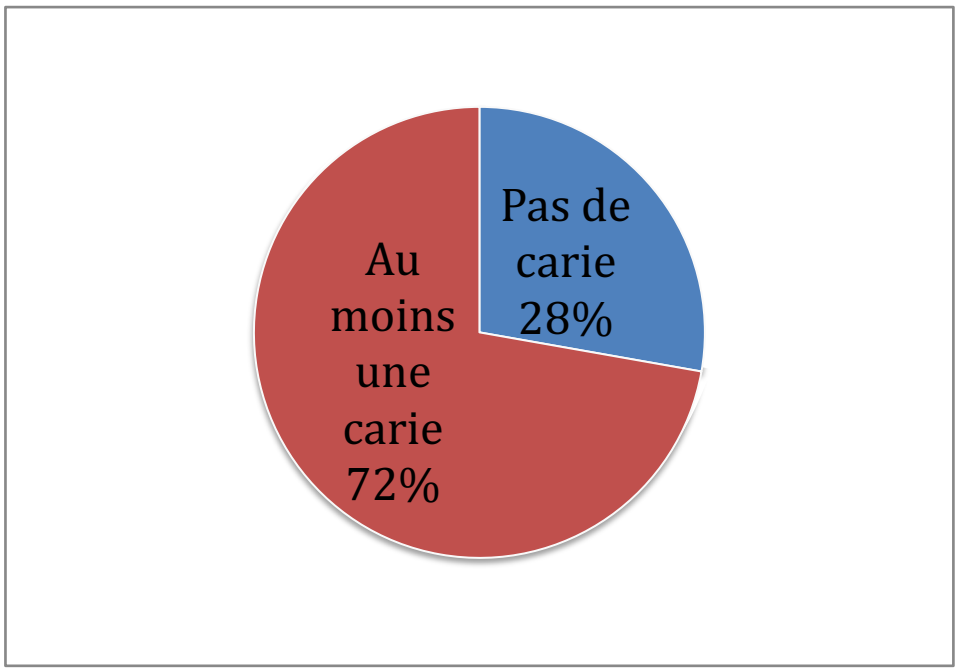



Figure 9 : Répartition de la population ayant au moins une dent cariée et ceux n'ayant aucune dent cariée (en %)

L'indice CAOD représente l'indice carieux d'un individu ou d'un échantillon de population. Il comptabilise le nombre de dents (D) cariées (C), absentes (A) et obturées (O). Un individu présente des dents saines lorsque la somme des indices CAOD est nulle. Le CAOD moyen correspond à la somme des indices C, A et O sur le nombre d'individus (54).

Un tableau résumant les différents ateliers est réalisé pour avoir une vue d'ensemble de l'état dentaires des personnes. (Tableau 9)
L'atelier 1 s'est déroulé au centre social Bacalan. Treize personnes ont été dépistées. Sur ces 13 personnes on a pu relever 11 dents cariées ou à l'état de débris radiculaire et 2 dents obturées, donnant un CAOD égale à 1.
Lors de l'atelier 2, à la MECS Quancard, 8 jeunes ont été dépistés : 19 dents cariées ou à l'état de débris radiculaire et 6 dents absentes ont été relevées, donnant un CAOD de 3,125.
L'atelier 3, au CADA COS Mériadeck, 8 personnes ont été dépistées : 64 dents cariées ou à l'état de débris radiculaire et 4 dents absentes ont été relevées, donnant un CAOD de 8,5.
L'atelier 4, au Relais de Solidarité, 2 personnes ont été dépistées : 4 dents cariées ou à l'état de débris radiculaire et 4 dents absentes ont été relevées, donnant un CAOD de 4.

L'atelier 5 s'est déroulé, une nouvelle fois, au CADA COS Mériadeck. Cinq personnes ont été dépistées. On a pu relever 18 dents cariées ou à l'état de débris radiculaire, 4 dents absentes et 11 dents obturées, donnant un CAOD égale à 6,6.

Au total, tout ateliers confondus, nous avons relevées, 116 dents cariées ou à l'état de débris radiculaire, 18 dents absentes et 13 dents obturées sur les 36 individus dépistés. Le CAOD moyen est de 4. (Tableau 10)

| ATELIERS | NOMBRES DE PERSONNES | DENT CARIE (C) | DENT ABSENTE (A) | DENT OBTUREE (O) | CAO/D |
|---|---|---|---|---|---|
| **1 (CENTRE SOCIAL BACALAN)** | 13 | 11 | 0 | 2 | 1 |
| **2 (MECS)** | 8 | 19 | 6 | 0 | 3,125 |
| **3 (CADA MERIADECK)** | 8 | 64 | 4 | 0 | 8,5 |
| **4 (RELAIS DE SOLIDARITE)** | 2 | 4 | 4 | 0 | 4 |
| **5 (CADA MERIADECK)** | 5 | 18 | 4 | 11 | 6,6 |

Tableau 9 : Répartition de la population selon le nombre de dents cariées (C), absentes (A) et obturées (O) et l'indice CAOD par atelier.

| | |
|---|---|
| **C** | 116 |
| **A** | 18 |
| **O** | 13 |
| **NOMBRE DE PERSONNES TOTAL EXAMINE** | 36 |
| **CAO/D MOYEN** | 4,08333333333333 |

Tableau 10 : Indice CAOD moyen tout atelier confondu.

### 1.3. État parodontal

La présence de plaque ou de tartre a été relevé par atelier : (Tableau 11)
Au cours de l'atelier 1, cinq personnes présentaient de la plaque dentaire et 1 personne du tartre.
Dans l'atelier 2, cinq personnes présentaient du tartre.
Dans l'atelier 3, une seule personne avait du tartre.
Dans l'atelier 4, deux personnes avaient du tartre.
A l'atelier 5, une personne avais de la plaque et trois personnes avaient du tartre.
Sur les 36 personnes, la moitié présentait du tartre ou de la plaque dentaire.

| ATELIER | 1 (CENTRE SOCIAL BACALAN) | 2 (MECS) | 3 (CADA MERIADECK) | 4 (RELAIS DE SOLIDARITE) | 5 (CADA MERIADECK) |
|---|---|---|---|---|---|
| PRESENCE DE PLAQUE | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PRESENCE DE TARTRE | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 |

Tableau 11 : Répartition de la population en fonction de la présence de plaque et de tartre

### 1.4. Besoins en soins orthodontiques ou de prothèses

Tout ateliers confondus, 5 enfants avaient besoin de soins orthodontiques et 12 personnes de soins prothétiques (fixe, amovible ou complète).
Une seule personne possédait des couronnes dentaires antérieur à l'atelier de dépistage.

## III. Discussion

Cette étude permet de légitimer la réalisation d'ateliers de préventions auprès des populations en situations de précarité sur la métropole bordelaise, afin d'informer ces populations sur les gestes d'hygiène bucco-dentaire et de diminuer la prise de rendez-vous en urgence.

Durant l'année 2020-2021, sur la période du 20/08/2020 au 26/10/2021, cinq ateliers de prévention ont pu être réalisés, réunissant 36 personnes qui ont accepté de se faire dépister.
Notre étude a pu réunir autant de femmes que d'hommes, montrant que le sujet de prévention bucco-dentaire intéresse tout le monde, sans distinction de genre. Nous avons vu une majorité d'enfants (83%), ceci pouvant s'expliquer par des ateliers qui ont été axés sur des sites de rencontres avec des mineurs (le centre social Bacalan et la MECS). De plus, nos ateliers ont souvent été établis pendant les vacances scolaires, facilitant la disponibilité des enfants.
On observe que la majorité des participants sont de nationalité étrangère (67%) et possèdent un logement temporaire (58%).
Sur les 5 ateliers, nous avons fait appel trois fois à un interprète pour véhiculer notre message de prévention et pouvoir dialoguer. On peut supposer que le non-recours à un interprète, afin de franchir la barrière linguistique, peut donc être un facteur de non-recours aux soins. (22, 36, 55)

Les fiches de dépistage n'ont pu être remplies comme souhaité. En effet pour une raison de temps, l'anamnèse, les indices CPITN et OHIS n'ont pas pu être relevés. Seule la présence de plaque ou de tartre a été retenue. Il faudrait sans doute revoir ces fiches de dépistages afin qu'elles soient plus simples et lisibles.

Au cours des ateliers, nous avons constaté que 72% des participants avaient au moins une dent cariée. Une personne sur deux avait du tartre et/ou de la plaque dentaire et un tiers avait besoin d'une prothèse (fixe ou amovible). Nous avons constaté de nombreuses dents non soignées et peu de dents obturées ou couronnées. Cela confirme que la demande en soins est prégnante.

L'OMS avait pour objectif de ne pas dépasser un indice CAOD supérieur à 3 à 12 ans. (56)
Hormis lors de l'atelier au centre social de Bacalan (atelier 1), l'indice CAOD moyen que nous avons relevé est supérieur à l'objectif fixé par l'OMS. Les deux ateliers s'étant déroulés au CADA de Mériadeck montrent les indices CAOD les plus élevés (8,5 et 6,6 respectivement).
Le CADA Mériadeck accueillant des réfugiés, cela suppose que cette population a besoin d'un renfort plus important en termes d'apprentissage d'hygiène bucco-dentaire, par comparaison avec les enfants du centre social de Bacalan (atelier 1, avec un indice CAOD de 1).
En effet, ces derniers avaient montré, lors de la présentation power point des connaissances acquises à l'école. Cela renforce cette idée que l'éducation à la santé

est la clé permettant aux individus de développer des connaissances et d'assurer le contrôle de leur propre santé. (57)

De plus, nous avons relevé que les jeunes de l'atelier 1 (centre social Bacalan) et 2 (MECS) étaient généralement suivi par la PASS dentaire ou praticiens libéraux, permettant un contrôle plus ou moins régulier de leurs état bucco-dentaire. Deux jeunes enfants de l'atelier 3 et 5 étaient suivis dans le service d'Odontologie Pédiatrique de l'hôpital Saint-André pour des caries de la petite enfance, au contraire de leurs familles. Peu après les ateliers, certains membres des deux familles ont été pris en charge par la PASS dentaire de Saint André.
Grâce à ces ateliers, nous pouvons espérer que notre intervention aura permis l'acquisition des messages de préventions et d'hygiène bucco-dentaire et en particulier l'importance d'une visite régulière chez un chirurgien-dentiste pour des contrôles afin de dépister précocement les maladies carieuses et/ou parodontales.
Cependant sans étude rétrospective sur le long terme, il est difficile de mesurer l'efficacité de ces ateliers. Seuls l'attention et les échanges de la population pendant et après l'intervention nous fournissent une réponse à court terme et nous aiguille sur l'importance de ce projet. (58)

Les ateliers de prévention ont pu être réalisés auprès de 36 personnes.
Ces faibles chiffres peuvent s'expliquer par un événement inattendu survenu en début d'année 2020 : la pandémie de covid-19 et les confinements en France.
La prise de contact avec les partenaires extérieurs a été limité, ces derniers ayant déjà des problèmes d'organisation, dûs à la covid-19, au sein même de leurs établissements. De plus, cette pandémie a eu des répercussions économiques sur la population, augmentant la demande des personnes en situation de précarité vis-à-vis des partenaires.
Afin de respecter les gestes barrières et les recommandations sanitaires, de nombreuses restrictions nous ont été imposés, comme l'impossibilité de pouvoir partir sur le terrain, d'organiser des ateliers avec des groupes plus important afin de ne pas dépasser la jauge limite, compliquant ainsi la mise en place d'ateliers de façon régulière.
De plus, nous sommes très dépendants des partenaires extérieurs. Certains partenaires n'ont jamais pu être contactés, d'autres, intéressés par la mission, n'ont plus été joignable après le confinement de mars à mai, tandis que certains correspondants avec qui nous avions un échange ont quitté leurs postes, et de ce fait sans nouvel interlocuteur avec qui échanger.
A cela s'ajoute une réelle difficulté à capter l'attention des populations les plus précaires, ces derniers ayant des problèmes plus importants que la santé et ne venant pas ou oubliant de venir aux ateliers.
Ces facteurs ont rendu la mise en place des ateliers de façon régulière compliquée.
Cependant, les partenaires avec qui nous avons pu collaborer ont été enthousiastes du message relayé et on constater l'attention du public.

A la fin des dépistages, après les conseils personnalisés du dentiste, les participants ont pu dialoguer et se rendre compte de leurs besoins en soins dentaires. Des patients ont pu être pris en charge par la PASS.
Nous pouvons espérer que la mise en place de ces ateliers intéresse de plus en plus les populations précaires et que le bouche à oreilles fasse effet. De plus la mise en place d'ateliers de façon régulière permettrait de construire une base solide comme point d'ancrage pour ces populations en recherche d'aide. (55)

## Conclusion

La déclaration d'Alma Ata décrit que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ». (59)
La mise en place de ce projet de prévention vise un objectif de réduction des inégalités de santé et permet de s'investir dans une approche de santé globale et non pas uniquement à l'approche curative. Le rôle de la prévention est d'informer, pour éviter la prise de risque et pour responsabiliser l'individu.

Ce programme est récent mais lors de ces différents ateliers, une réelle demande en soins a pu être observée dans certaines populations, notamment chez les réfugiés. Dès lors, l'objectif de ces ateliers est de diminuer la fréquence d'apparition de la maladie carieuse afin de favoriser une meilleure santé bucco-dentaire.
Adopter le plus tôt possible les bons comportements à la santé réduit les facteurs de risques qui induisent des coûts plus élevés. La pratique de recourir à un chirurgien-dentiste donne lieu à une habitude en matière de suivi médical : consulter régulièrement créera une norme de vie qui se transmettra aux générations futures.
L'éducation à la santé bucco-dentaire débute dès le plus jeune âge, par une prise en charge précoce. Elle est bénéfique non seulement pour le patient mais devient aussi moins onéreuse pour la collectivité.

Enfin nous conclurons par le quatrième axe de la charte d'Ottawa : « la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement d'aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux individus davantage de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux »

## ANNEXE

1. Fiche M'T dent

# Examen
# de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

*partie à adresser à l'organisme d'affiliation*

date limite de réalisation de l'examen : . . / . . / . . . .

| Assuré(e) - bénéficiaire | Organisme d'affiliation |
|---|---|
| assuré(e) :<br>NIR<br>bénéficiaire :<br>date de naissance | |

| Identification du praticien | et | Identification de la structure<br>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...) |
|---|---|---|
| Praticien remplaçant<br>identifiant<br>nom et prénom : | | n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) |

**Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)**

date de réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée ☐

1 ou 2 radiographies réalisées ☐ 3 ou 4 radiographies réalisées ☐

montant des honoraires : euros

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

document télétransmis : oui ☐ non ☐

*renseignements à conserver par le praticien*

Renseignements médicaux à compléter et à conserver impérativement dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

**schéma dentaire à compléter**
*(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)*

C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie O : dent obturée S : scellements de sillons réalisés

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| | | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

**état parodontal**
- parodontopathie : oui ☐ non ☐

**besoins de soins dans le cadre du dispositif** : oui ☐ non ☐
*si oui :*
- détartrage ☐
- scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :
- dent(s) à soigner ☐

**besoins de soins hors du cadre du dispositif** : oui ☐ non ☐
*si oui :*
- ODF ☐ - prothèse(s) ☐

**acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention** : oui ☐ non ☐

date de réalisation de l'examen

| Assuré(e) - bénéficiaire | Organisme d'affiliation |
|---|---|
| assuré(e) :<br>NIR<br>bénéficiaire :<br>date de naissance | |

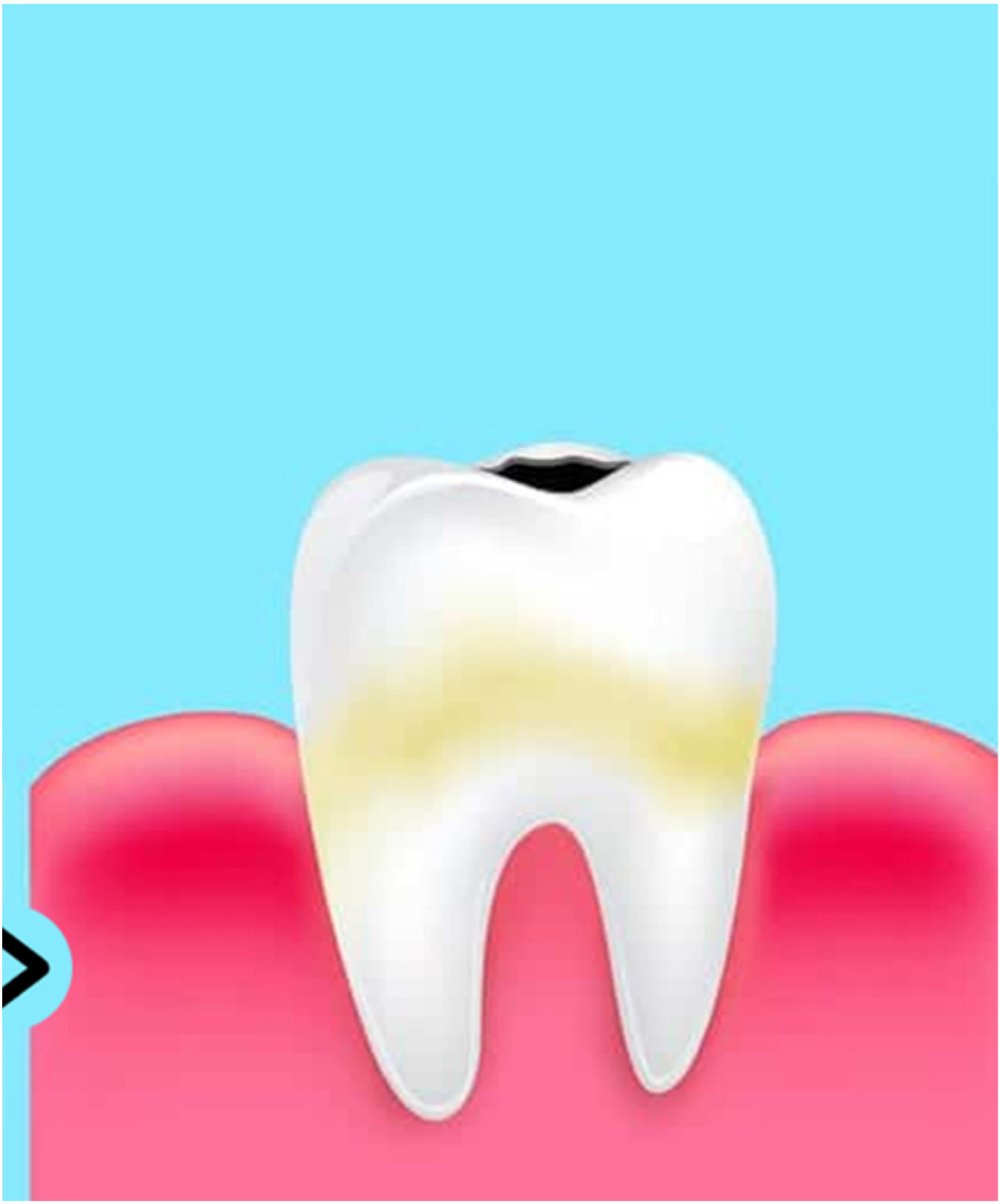
*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.*

705 ERD CNAM - XII 2017

SPECIMEN

2. Jeu de carte

3. Plateau de jeu de carte



4. Fiche de dépistage adulte

# FICHE DE DEPISTAGE

## ADULTE

### IDENTITE:

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: ...../...../...../

SEXE: HOMME ☐ FEMME ☐

PAYS D'ORIGINE: .....

LIEU D'HEBERGEMENT: .....
.....
.....

### ANAMNESE:

ANTECEDANTS MEDICAUX: .....
.....

MEDICAMENT(S): .....
.....

ALLERGIE(S): .....

CIGARETTES: OUI ☐ NON ☐
Paquet-annee : .....

HABITUDES ALIMENTAIRES: .....
.....

HYGIENE DENTAIRE (BROSSAGE, BROSSETTE INTERDENTAIRE, FIL DENTAIRE, DENTIFRICE, AUTRE): .....
.....
.....

## EXAMEN CLINIQUE:

• **ETAT DENTAIRE**:

| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

**COTATION:**
**C** = Dent cariée
**A** = Dent absente pour cause de carie
**O** = Dent Obturée
**M** = Mobilité

• **ETAT PARODONTAL (INDICE CPITN)**:

| | | |
|---|---|---|
| **Maxillaire** | Droit ( M/V, 16/17) | |
| | Antérieur (V,11) | |
| | Gauche (M/V 26/27) | |
| **Mandibule** | Droit (M/L, 46/47) | |
| | Antérieur (L, 31) | |
| | Gauche (M/L, 36/37) | |

**0** : Tissus sains, pas de signe de maladie
**1** : Saignement observé pendant ou après le sondage parodontal
**2** : Présence de tartre ou de restaurations dentaires défectueuses ; Saignement au sondage (Toute la bande noire de la sonde est visible et détection de tarte au sondage)
**3** : Poche parodontale de 4 à 5 mm (la limite gingivale est située sur la bande noire de la sonde)
**4** : Poche parodontale de plus de 6 mm (La bande noire de la sonde n'est pas visible)
**X** : Dent absente (lorsque moins de 2 dents fonctionnelles dans le sextant)

• **INDICE OHIS**:

| Situation | Plaque | Tartre | Non applicable |
|---|---|---|---|
| Face vestibulaire de la 16 ou dent adjacente | | | |
| Face vestibulaire de la 11 ou dent adjacente | | | |
| Face vestibulaire de la 26 ou dent adjacente | | | |
| Face linguale de la 46 ou dent adjacente | | | |
| Face vestibulaire de la 31 ou dent adjacente | | | |
| Face linguale de la 36 ou dent adjacente | | | |

**0** - Pas de Plaque / Tartre
**1** - 1/3 de la face recouvert de Plaque/Tartre
**2** - 2/3 de la face recouvert de Plaque/Tartre
**3** - Toute la face recouverte de Plaque/Tartre

• **BESOIN PROTHÉTIQUE**:

PF: ☐ PAP: ☐ PAC: ☐

• **OBSERVATION(S)**:

.....
.....
.....

5. Fiche de dépistage enfant

# FICHE DE DEPISTAGE

## ENFANT

### IDENTITE:

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: ...../...../...../

SEXE: HOMME ☐ FEMME ☐

PAYS D'ORIGINE: .....

LIEU D'HEBERGEMENT: .....
.....
.....

### ANAMNESE:

ANTECEDANTS MEDICAUX: .....
.....

MEDICAMENT(S): .....
.....

ALLERGIE(S): .....

HABITUDES ALIMENTAIRES: .....
.....
.....

HYGIENE DENTAIRE (BROSSAGE, BROSSETTE INTERDENTAIRE, FIL DENTAIRE):
.....
.....

## EXAMEN CLINIQUE:

• **ETAT DENTAIRE**:

| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

**COTATION:**
**C** = Dent cariée
**A** = Dent absente pour cause de carie
**O** = Dent Obturée
**S** = Scellement de sillons
**M** = Mobilité

• **ETAT PARODONTAL**:

PLAQUE DENTAIRE: OUI ☐ NON ☐

TARTRE: OUI ☐ NON ☐

• **AUTRES**:

MIH: ☐

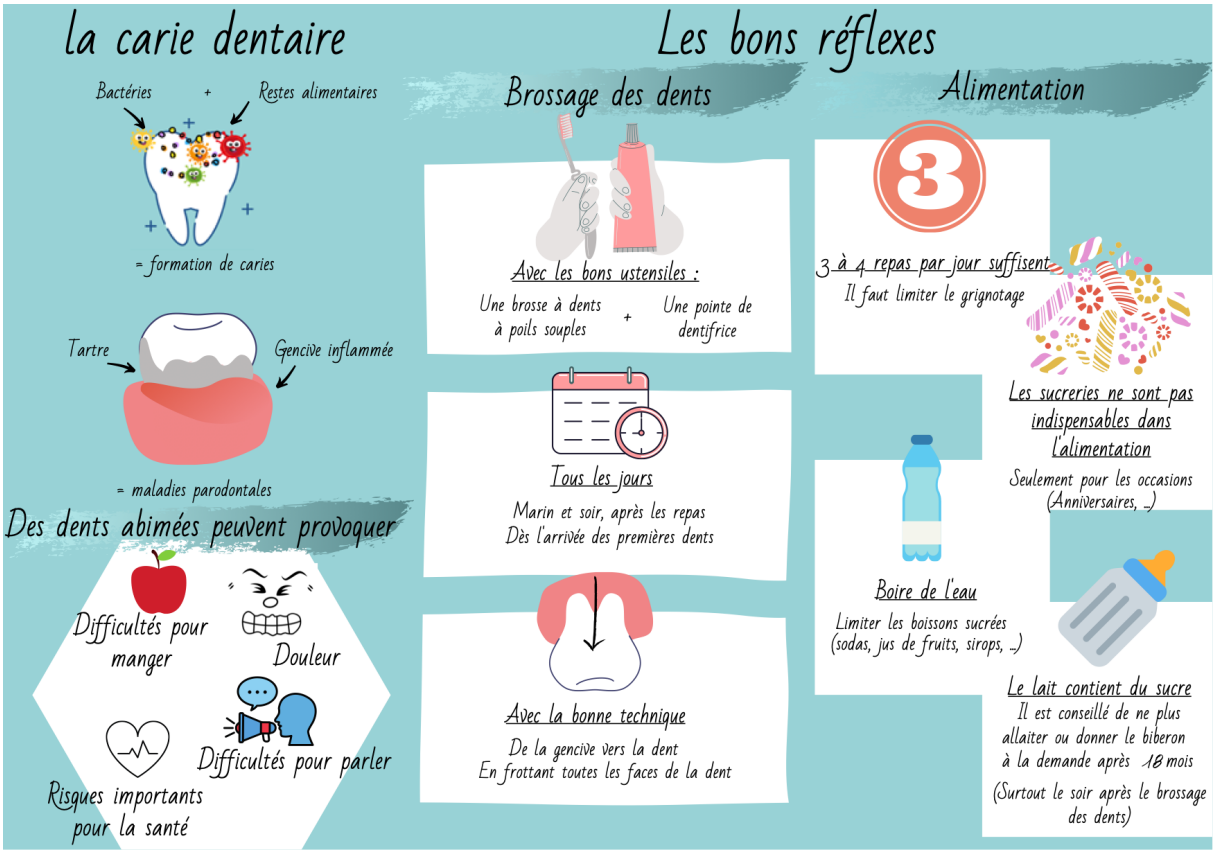
CPE: ☐

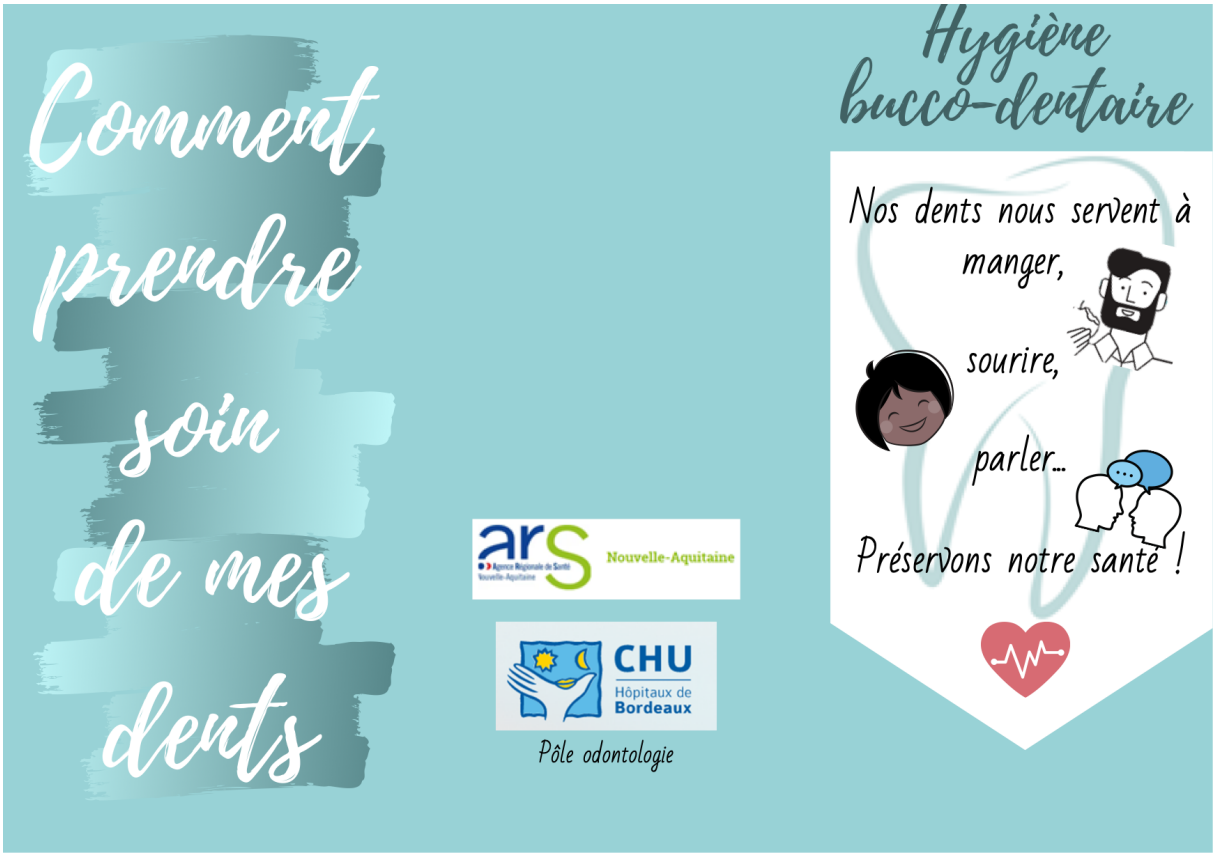
FLUOROSE: ☐

ORTHODONTIE: ☐

AUTRES: .....
.....
.....

6. Dépliant « Comment prendre soin de mes dents »



# BIBLIOGRAPHIE


1. World Health Organization. (page consultée le 15/09/21). Constitution, [en ligne]. https://www.who.int/fr/about/governance/constitution
2. Radoï L, Veille-Finet A, Dupuis V, Folliguet M. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. Rev Geriatr. 2016 ; 41 (1) : 5-1
3. Heikkilä P, But A, Sorsa T, Haukka J. Periodontitis and cancer mortality: Register-based cohort study of 68,273 adults in 10-year follow-up. IJC. 2018 ; 142 (11) : 2253-2244
4. Chen Z, Chiang C, Huang C, Chung C et all. The Association of Tooth Scaling and Decreased Cardiovascular Disease: A Nationwide Population-based Study. Clinical Research Study. 2012 ; 125 (6) : 575-568
5. Debarre J, Bouffard B, Giraud J, Robin S. État de santé bucco-dentaire des patients des chirurgiens-dentistes de l'ex Poitou-Charentes. ORS. 2017 ; 190
6. Catteau C, Blaizot A, Duhamel A, Delzenne A et all. Santé dentaire et facteurs associés dans un service de santé au travail du Nord (France). Santé publique. 2013 ; 25 (6) : 755-747
7. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. INSEE Economie et statistique. 2014 ; 460-470 : 197-169
8. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social ; 1987 février.
9. Labbé E, Moulin J, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. I.R.E.S « La revue de l'Ires ». 2007; 53 : 49-3
10. INSEE. (page consultée le 29/03/2021). Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté, [en ligne]. https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653#:~:text=Un%20individu%20(ou%20un%20m%C3%A9nage,inf%C3%A9rieur%20au%20seuil%20de%20pauvret%C3%A9.&text=Dans%20l'approche%20en%20termes,l'ensemble%20de%20la%20population.)
11. Bayardin V, Herviant J, Jabot D, Martinez C. Insee Île-de-France. Un ménage francilien sur quatre concernés par une forme de pauvreté. INSEE Analyse, 2017; 73
12. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Qui sont les pauvres ? Et selon quels critères? Les cahiers de l'ONPES, 2018 Oct ; 2
13. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Mesures de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Le rapport 2007-2008. 2008 ; 30-22
14. Neyrand G. Dans les quartiers populaires, monoparentalité rime avec précarité. Les Cahiers du Développement Social Urbain, 2019; 70 (2) : 42-40
15. INSEE. (page consultée le 03/05/21), Tableau de bord de l'économie française [en ligne]. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/30_RPC/33_PAU
16. Observatoire des inégalités. (page consultée le 03/05/21). Qui sont les pauvres [en ligne]. https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France

17. CNLE. (page consultée le 03/05/21), Exclusion sociale, [en ligne]. https://www.cnle.gouv.fr/exclusion-sociale.html
18. INSEE. (page consultée le 03/05/21), Taux de pauvreté selon le seuil de pauvreté [en ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2408282#tableau-figure1
19. Secours Catholique. État de la pauvreté en France. Sources Statistiques et Analyses. 2019 ; 39-31.
20. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. 2014; 59 (790) : 18-14
21. Légifrance. (page consultée le 19/05/2021). Code de la santé publique, [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171442/2016-01-28/#LEGISCTA000006171442
22. Herisson L. Etude rétrospective d'une population accédant à la permanence d'accès aux soins de santé du pôle de santé du CHU de bordeaux. Thèse de doctorat : odontologie : Bordeaux : 2015
23. De Goer B. Accès aux soins: impairs et pass. Plein Droit. 2015 ; 3 (106) : 22-19
24. PRAPS. Prévention - Promotion de la santé. Cahier des charges 2020. 2020; 3-2
25. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2017; 201 (4-5-6) : 587-567
26. Chauvin P. Inégalités sociales de santé et précarité. Adsp. 2010; 73
27. Azogui-Lévy S. État dentaire, recours aux soins et précarité. Rev Epidemiol Sante Publique. 2006 : 54 ; 203-211.
28. Borgès Da Silva G, Minguet-Fabbri J, Orgebin J.Y, et al. Inégalités sociales de santé dentaire: la mesure du risque et des besoins sanitaires. Santé publique. 2003; 15 (3) : 358-347
29. Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. Questions d'économie de la santé. Bulletin d'information en économie de la santé. 2002 ; 48
30. Moisy M, Beck F. Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile. DREES Etudes & résultats. 2015 ; 932
31. DREES. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. DREES: Etudes & Résultats. 2015 ; 920
32. Vincelet C, Azogui-Lévy S, Rémy I. Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Avr 2009. N°15, 137-140
33. DREES. Les dépenses de santé en 2017. Panorama de la DREES. 2018
34. Site internet de l'Assurance Maladie. (page consultée le 04/09/21), M'T dents : quels enjeux d'une consultation régulière dès le plus jeune âge, [en ligne]. https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-02-04-cp-mt-dents-enjeux-consultation-reguliere-jeunes.
35. Site internet de l'Assurance Maladie. (page consultée le 04/09/21), Étude Odenore : près de 2 personnes sur 3 ont renoncé à se soigner pendant le premier confinement, [en ligne].

https://www.ameli.fr/gironde/medecin/actualites/etude-odenore-pres-de-2-personnes-sur-3-ont-renonce-se-soigner-pendant-le-premier-confinement
36. Médecins du monde. L'accès aux dispositifs de droits commun. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins: dans les programmes de médecins du monde en France. Rapport 2017. 2017; 59-75
37. Berrat B. Le non recours à la CMU complémentaire : enquête au sein de foyers et de résidences sociales en Ile-de-France. Vie sociale. 2008. ; 1 (1) : 53-43
38. Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Questions d'économie de la santé. 2011 ; 169
39. Boissonnat-Pelsy H, Tiebot I. Estime de soi et santé bucco-dentaire. La santé de l'Homme. 2012 ; 417 : 29-31
40. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale: déterminant de l'accès à la prévention et aux soins en France. Santé publique. 2018; 30 (2) : 243-251
41. World Health Organization. (page consultée le 04/09/21). Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes no. 1 à 8, [en ligne]. http://www.who.int/iris/handle/10665/39634.
42. Organisation mondiale de la santé. Méthodes et programmes de prévention des affections bucco-dentaires. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Séries de rapports techniques 1984 ; 713
43. Muller-Bolla M, Doméjean S. Dentifrices et vernis fluorés, intérêt dans la prévention des lésions carieuses. Actualités Pharmaceutiques. 2019 ; 58 : 49-53.
44. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 03/09/21). Stratégies de prévention de la carie dentaire. Recommandations en santé publique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
45. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 04/09/21). Haut conseil de la santé publique : Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-sante-publique-objectifs-de-sante-publique-evaluation-des
46. OMS. (page consultée le 04/09/21). Déclaration d'Alma-Ata, 1978.[en ligne]. https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978
47. Site internet de l'Assurance Maladie. (page consultée le 28 Aout 2021). M'T dents : des rendez- vous gratuits jusqu'à 24 ans et pour les femmes enceintes, [en ligne]. https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents.
48. Traver F, Du Saucey MJ, Gaucher C. État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Santé Publique. 2014; 26:481-490
49. Site internet de l'UFSBD. (page consultée le 04/09/21). Union Française pour la santé bucco-dentaire [en ligne]. https://www.ufsbd.fr

50. Revue francophone sur la santé et les territoires. (page consultée le 28/010/21). Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ?, [en ligne]. https://journals.openedition.org/rfst/456
51. Kotobi L. L'interprétariat médico-social: une exigence éthique. La santé en action. 2017 ; 442 : 5-17
52. American Academy Of Pediatric Dentistry. (page consultée le 28/10/21). Perinatal and Infant Oral Health Car. [en ligne]. https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/perinatal-and-infant-oral-health-care/
53. Muller-bolla M, Courson F, Manière-ezvan A, Viargues P. Le brossage dentaire : quelle méthode ? Revue d'Odontologie-Stomatologie. 2011; 40 : 239-260
54. Tramini P, Bourgeois D. Épidémiologie de la carie. EMC - Médecine Buccale. 2017;12(6):1-15.
55. Hoyez AC. Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ? Revue francophone sur la santé et les territoires, Miscellanées. 2015.
56. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2003.
57. Tubert-Jeannin S, Lecuyer MM, Manevy R et all. Évaluation après un an d'un programme de promotion de la santé orale à l'école maternelle. Santé Publique. 2008; 20 : 7-17
58. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ 2005;83:711
59. OMS. (page consultée le 04/09/21). Déclaration d'Alma-Ata, 1978.[en ligne]. https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978

Vu, Le Président du Jury,
Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,
Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,
Date, Signature :

université de BORDEAUX

# Collège des Sciences de la Santé

## UFR des Sciences Odontologiques

# Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.
Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Titre : Mise en place d'un programme de prévention et de dépistage bucco-dentaire auprès de personnes précaires à Bordeaux Métropole.


## Résumé :

La plupart des consultations à la PASS odontologique de l'hôpital Saint-André reste majoritairement de l'ordre de l'urgence douloureuse. Sur les 214 patients majeurs reçus par le dispositif PASS en 2015, 87% des patients présentaient au moins une dent cariée et 81% des dents absentes. La mise en place de moyens de prévention pourrait permettre de sensibiliser une population pour laquelle les soins de santé bucco-dentaire ne sont pas une priorité. Un financement obtenu de l'ARS (Agence Nationale de Santé) a permis la mise en place d'un programme de prévention « hors les murs » auprès de populations précaires sur Bordeaux Métropole. Bien que la pandémie de covid-19 ait freiné l'organisation de ce projet, cinq ateliers de prévention ont pu être réalisés, réunissant 36 personnes qui ont également accepté de se faire dépister.

Une séance de formation de personnes relais a pu être, de plus, organisée.



**Mots clés :** Prévention primaire, dépistage, immigrants sans papiers, démunis.


---

## Title : Implementation of an oral prevention program and oral screening among disadvantaged population at Bordeaux Métropole.


## Abstract :

Most of the consultations at the odontological PASS of the Saint-André hospital remain mostly of the order of a painful emergency. Of the 214 major patients seen by the PASS facility in 2015, 87% had at least one decayed tooth and 81% had missing teeth. The implementation of preventive means could raise awareness among a population for whom oral health care is not a priority. Funding obtained from the ARS (Agence Nationale de Santé) has enabled the implementation of a prevention program "outside the walls" for precarious populations in Bordeaux Metropole. Although the covid-19 pandemic slowed down the organization of this project, five prevention workshops were carried out, bringing together 36 people who also agreed to be screened.

In addition, a training session for intermediaries was organized.



**Keywords :** Primary prevention, screening, undocumented immigrants, indigents.