



HAL
open science

Santé bucco-dentaire et grande pauvreté: recueil des perceptions, représentations, constats et préconisations de personnes en situation de grande pauvreté en lien avec ATD Quart Monde

Léa Marchandot

► **To cite this version:**

Léa Marchandot. Santé bucco-dentaire et grande pauvreté: recueil des perceptions, représentations, constats et préconisations de personnes en situation de grande pauvreté en lien avec ATD Quart Monde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01733778

HAL Id: hal-01733778

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733778v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ

**UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE D'ODONTOLOGIE**

Année 2014

N° 6582

THESE

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

Léa Marchandot

Née le 19 Décembre 1989 à Remiremont (Vosges)

**Santé bucco-dentaire et grande pauvreté :
recueil des perceptions, représentations, constats et
préconisations de personnes en situation de grande pauvreté
en lien avec ATD Quart Monde**

Présentée et soutenue publiquement
le 3 Octobre 2014

Examineurs de la thèse

M. P. AMBROSINI

Mme C. CLEMENT

M F.CAMELOT

Mme H. BOISSONAT PELSAY

M. P. HUGUES

Professeur des Universités

Maître de Conférences des Universités

Assistant des Hôpitaux

Chirurgien-dentiste

Chirurgien-dentiste

Président

Directeur de thèse

Juge

Co-directeur

Co-directeur

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG – Pr M. VIVIER – Pr ARTIS -

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS

| | | | |
|---|---|--|---|
| Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique | Mme M. Mlle Mlle | DROZ Dominique (Desprez) PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali JAGER Stéphanie LAUVRAY Alice | Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante* Assistante* Assistante |
| Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale | Mme M. Mlle | FILLEUL Marie Pierryle EGLOFF Benoît BLAISE Claire | Professeur des Universités* Maître de Conf. Associé Assistante |
| Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale | Mme M. Mme | CLEMENT Céline CAMELOT Frédéric LACZNY Emily | Maître de Conférences* Assistant* Assistante |
| Sous-section 57-01 Parodontologie | M. Mme M. M. Mlle Mlle | AMBROSINI Pascal BISSON Catherine PENAUD Jacques JOSEPH David BÓLÓNI Eszter PAOLI Nathalie | Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conf. Associé Assistante Assistante* |
| Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation | Mme M. Mlle M. Mlle M. Mlle M. | GUILLET-THIBAUT Julie BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère VIENNET Daniel BALZARINI Charlotte DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlene MASCHINO François | Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Assistant Assistante* Assistant |
| Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie) | M. M. M. | YASUKAWA Kazutoyo MARTRETTE Jean-Marc WESTPHAL Alain | Maître de Conférences* Professeur des Universités* Maître de Conférences* |
| Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie | M. M. M. M. M. Mlle M. | ENGELS-DEUTSCH Marc AMORY Christophe BALHAZARD Rémy MORTIER Eric BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin | Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistant* |
| Sous-section 58-02 Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale) | M. x M. Mlle M. M. Mlle Mme | DE MARCH Pascal xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx SCHOUVER Jacques CORNE Pascale LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles SIMON Doriane VAILLANT Anne-Sophie | Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Assistant Assistant Assistante Assistante* |
| Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie | Mlle M. Mme M. M. | STRAZIELLE Catherine RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume | Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Associé |

souligné : responsable de la sous-section

* temps plein

Mis à jour le 01.09.2014

Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de chirurgie dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A notre président de thèse,
Monsieur le Professeur Pascal AMBROSINI
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur de l'Université de Lorraine,
Vice-Doyen au budget et aux affaires hospitalières Habilité à diriger des
recherches,
Professeur des Universités,
Responsable de la sous-section : Parodontologie

*Vous nous faites l'honneur et le plaisir de
présider notre jury de thèse.
Nous vous remercions pour vos qualités
pédagogiques et humaines que nous avons pu
apprécier durant toutes nos années d'études.
Soyez assuré de notre plus grande gratitude et de
notre plus profond respect.*

**A notre juge et directeur de thèse,
Madame le Docteur Céline Clément**
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Vice doyen de la faculté d'odontologie de Nancy de l'Université de
Lorraine,
Docteur de l'université de Lorraine
Maître de Conférences des Universités,
Assesseur en charge de la pédagogie
Praticien Hospitalier
Responsable de la sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie
de la Santé, Odontologie Légale

*Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce
travail.
Nous vous remercions pour votre disponibilité,
vos précieux conseils, et la richesse de vos
enseignements théoriques et cliniques tout au
long de notre cursus universitaire.
Merci de cet intérêt commun pour la santé publique,
et merci de votre confiance.
Veuillez trouver ici, le témoignage de notre
profonde reconnaissance et l'assurance de nos
remerciements les plus respectueux*

A notre juge,
Monsieur le Docteur Frédéric Camelot
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Assistant Hospitalier Universitaire,
Lauréat de l'Académie Nationale en Chirurgien Dentaire,
Sous-section : Odontologie Conservatrice - Endodontie.

*Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre
jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre sympathie et
votre disponibilité tout au long de nos études.
Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu
porter à notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond
respect et de notre vive reconnaissance.*

**A notre co-directeur et juge,
Madame le Docteur Huguette Boissonnat-Pelsy
Docteur en Chirurgie Dentaire,**

*Vous nous faites l'honneur de faire partie de notre
jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre disponibilité, soutien et enthousiasme
concernant ce sujet atypique.
Travailler auprès de vous a été une expérience très enrichissante.
Le savoir et les
conseils que vous nous avez prodigués nous
guident chaque jour dans notre pratique. Vous
avez été un modèle pour nous.
Nous vous prions de croire en notre
reconnaissance et notre gratitude la plus sincère.*

**A notre co-directeur et juge,
Monsieur le Docteur Philippe Hugues**
Docteur en Chirurgie Dentaire,

*Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre
jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre sympathie et
votre disponibilité.
Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu
porter à notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond
respect et de notre vive reconnaissance.*

Remerciements :

Merci tout d'abord à l'équipe ATD Quart Monde, aux militants merci de m'avoir fait partager votre intimité, merci de m'avoir fait confiance, vous m'avez ouvert les yeux sur votre réalité j'espère vous rendre fiers avec ce travail.

Cette thèse est le fruit de rencontres et de découvertes, ce qui est peu ou prou la même chose. Ou proue si on veut faire le marin ...

A la barre, **mes parents** vous êtes mon premier public, la première oreille qui donne le La, le premier regard qui donne le Lu, ce qui ne veut rien dire mais qui m'est nécessaire car il m'éveille un sourire, un réconfort, un rire. Vous remettre cette thèse aujourd'hui, moi qui pourtant remettait toujours tout au lendemain, qui l'eu cru et ben voilà on y est.

Maman, un soutien inconditionnel « viens me chercher » « non finalement je bosse » on t'a fait naviguer disons le, mais tu m'as toujours fait garder le cap. Merci d'avoir nettoyé tous mes maux, une maman c'est comme une rose qui ne fane jamais.

Papa, tu m'as donné le rythme, sportif, parfois métronomique, mais sans bémols ni fausses notes. Un accord parfait qui me conduit ici aujourd'hui. Douce mélodie qui m'accompagne et m'accompagnera toujours « Don't worry, Be happy » !

Merci à vous de faire de moi ce matelot, à moi maintenant de mener ma barque.

Capitaine de mon navire je ne serais pas là sans toi aujourd'hui. La P1 c'est 50% de travail et 50% de moral, tu as été mes 50% de moral. Il vaut mieux tomber dans les mains d'un médecin heureux que dans les mains d'un médecin savant, sache, **mon frère**, que je serai toujours à tes cotés pour que tu le sois.

Gisèle, mémère, mon rayon de soleil. Parce qu'avec toi le mot force prend toute sa définition, celle-ci ne vient pas d'une force physique (quoique) mais bel et bien d'une volonté indomptable. Merci de rendre ma vie si belle, je t'aime.

Claudette, mémé. Élevée dans les confitures maison vous ne vous y trompez pas j'ai été à bonne école (bon élève au scrabble ça, c'est à revoir) mais avec les

câlins et la tendresse en plus je ne pouvais qu'en arriver là aujourd'hui. Merci pour tes conseils avisés, ton humour, ta générosité et j'en passe. Tu as tout mon amour.

Armand et Félix, j'ai une pensée très tendre pour vous en ce jour particulier.

Marie-Laurence, bien que tu aies décidé de vivre en Suisse, tu as su ne jamais rester neutre à mon égard. Je tiens à te remercier pour cette joie de vivre qui a accompagné mes jeunes années, cette tendresse et cette bienveillance qui m'ont aidé à devenir la personne que je suis aujourd'hui.

Gilles, bien que tu sois plus Tom que Cruise, tu m'as encouragée pour que je prenne de l'altitude, que je garde le cap et que je puisse désormais piloter ma vie et profiter du voyage.

Bernadette, à toi César qui a égayé ma vie, mon enfance. Avec toi le mot bonne humeur prend toute son explication.

Michel, merci d'être ce bon vivant qui déjà petite me faisait mourir de rire.

Pascal, 3kilomètres de recherches avant de sortir la tête de l'eau, 167 pages d'écriture, 46 mètres de corrections positives (je déconne 42.5 kilomètres), de nombreux ravitaillements, me voilà finir tout comme toi. Tu avais raison c'est une course de fond et nous en sommes les grands vainqueurs.

Cousins, cousines, je vous remercie pour toutes ces années de bonheur malgré la distance nous avons toujours su nous retrouver. Merci d'être présents dans ma vie.

Jean Yves, Mille milliards de mille sabords ! Quelle chance d'avoir posé mon ancre à Velaine. Grâce à toi j'ai su prendre le vent en poupe. Ta patience, ta pédagogie, ta bonne humeur font de moi la praticienne que je suis aujourd'hui. Un essaim riche, essaim que j'espère aussi prospère que le votre. « Imitons l'abeille qui fait de grandes randonnées sans perdre son objectif », cette thèse je te la dédie avec toute ma gratitude et mon affection.

Adeline, merci pour ta bonne humeur, ton oreille attentive, tes rires. Mère formidable, les abeilles ont trouvé leur reine, tu es finalement la reine mère de cet essaim merveilleux.

Merci à l'équipe de Velaine purement féminine (y compris toi Jean Yves) pour cette convivialité professionnelle !

Madame Boissonnat, véritable marraine. Je suis heureuse de commencer mon parcours professionnel dans ces conditions basées sur un grand sens de l'humain, sur le respect et l'écoute de l'autre. Quelle chance d'avoir fait votre rencontre. Merci à vous et votre équipe de me compter parmi les vôtres au sein de votre cabinet.

Il y a certaines personnes qui marquent nos vies, et nous ne sommes plus les mêmes. Le temps n'a pas d'importance mais certains moments en ont pour toujours :

Mika, ce travail ne serait rien sans ton aide, ton regard magnifique mais néanmoins critique. Entre la Russie et la France j'aurai beau faire le tour du monde tu es et resteras ma plus belle escale.

Ma personne, avec toi les mots sont inutiles, un regard suffit pour que tu me comprennes. Alors je ne vais pas te dire que tu es mon âme sœur, que sans toi la vie serait fade, morbide, comme un Noël sans père Noël, que cette amitié qui nous lie m'est vitale, tout ce mélodrame, quelle horreur ! J'ai et j'aurai toujours besoin de toi ma fougère !

Cindy, tu es la première personne que j'ai rencontrée à mon arrivée vésulienne et quelle rencontre ! Tu es une personne extraordinaire, une amie fantastique, une amie en or, Mon amie. Le mot est commun et pourtant rien n'est plus rare que ce lien qui nous unit. Je suis fière de toi, fière que tu sois à mes côtés merci d'être là, merci d'être toi.

Thomas, tu es ma bouteille d'oxygène, toujours sur mon dos, parfois un peu lourd à supporter mais indispensable à ma survie. Une amitié qui nous lie, des regards, une complicité, un humour... particulier mais un amour fraternel qui m'est cher !

Charles, tourner le temps à l'orage, on peut le dire nos débuts auront été chaotiques, il a suffi d'une étincelle, d'un rien, d'un geste pour voir grandir la flamme dans nos yeux, flamme d'une amitié sincère et éternelle.

Gaëtan, une rencontre plus tardive mais une amitié immédiate. Ce penchant pour la mode espagnole nous a tout de suite rapprochés, les grands esprits se rencontrent merci d'avoir croisé ma route j'espère la continuer longtemps à tes côtés et ce même si desigual un jour, n'existe plus.

Cyssou, plongeuse de ma vie, on a commencé ensemble on terminera ensemble. Dieu ne se compare pas à un médecin, mais toi tu es une déesse (après tout tu n'es pas vraiment médecin). Alors merci d'être là aujourd'hui pour boucler la boucle et en commencer une nouvelle.

Youyou, à nos folles années de P1, mon docteur Burke, mouffassa. Une belle course t'attend désormais, on dit que le sport va chercher la peur pour la dominer, la fatigue pour en triompher, la difficulté pour la vaincre. Grand sportif que tu es, tu triompheras j'en suis sûre.

Clara, on se demande parfois si la vie a un sens et puis il y a des rencontres qui y donnent un sens. Tu es cette rencontre. Tel un titre de livre « Ensemble c'est tout », on se l'ait toujours dit. On accorde nos projets, on les construit et on la vit notre belle histoire. Ici ou ailleurs tu seras toujours là, força el puta !

A mes quatre fantastiques, déesses qui ont marqué ma vie de fous rire, de joie, d'amour, de poésie, disons le, des phrases cultissimes propres à nous, avec vous j'ai voyagé et j'espère encore voyager longtemps.

Laura, Sarasvati déesse de la connaissance, de l'éloquence, de la sagesse tu as toujours les mots qu'il faut, ceux qui réconfortent, ceux qui aident, ceux qui font rire ! Merci d'avoir écrit le A majuscule de notre belle amitié qui j'espère s'intensifiera encore avec le temps.

Mathilde, déesse Shakti ou l'énergie omniprésente ! Une chose est sûre on peut compter sur toi : petits bobos, petits tracas, déco, lunettes, mode, urgence, travail et j'en passe. On the other side of love il y a toi ! Parce qu'avec toi les épreuves de la vie ne sont plus insurmontables.

Marie Lo, ma Shalima déesse de la nuit et de la bonne humeur tu serais donc Uzume (oui j'ai fait des recherches wikipédia) ! Ta présence fait que la vie, les soirées prennent toujours un tournant incroyable ! Tu es une bombe de la vie ma MBB !

Mel, la déesse des surnoms mais elle n'existait pas alors tu seras Calliope la déesse de la poésie et notre prout éternel ! Un peu bohème, parfois tête en l'air mais qu'est ce qu'on a ri avec ta licorne. Tu es belle ma méko !

Alors merci à vous mes pépites, mes fleurs bleues.

Thomas, à notre premier saut dans le grand bain belfortois sans brassards, ni bouées, sans pleurs (quoique), ni accros (quoique, un croc de doigt finalement) ! La vie ne serait pas la même sans toi à mes côtés. Tu es un ami formidable, praticien extraordinaire et je te souhaite le meilleur à Chalon ou ailleurs. Qui sait peut être qu'un jour nos routes professionnelles se recroiseront, tabernak !

Jules, tintin passe sa thèse ça y est ! Je te souhaite que ça glisse autant dans ta vie professionnelle que personnelle que sur les pistes de Flaine où tu nous as tous impressionné !

Pierre, mon binôme de tous les temps, partenaire particulier véritable globe trotteur, une bonne dose de savoir faire je te dois ma première anesthésie ! Parce que tu m'apprends la vie, ses aléas, ses difficultés, ses joies. Que ta vie soit toujours un voyage plein de richesses et d'aventures

Amélie, ma peau de pêche, merci d'être là, grâce à toi ça fait quarante pour le traiteur. Une bonne humeur et une énergie communicatives, des millions d'aventures aussi improbables les unes que les autres bref une amitié sincère qui compte bien durer.

Romain, j'y mal j'y très très mal, à tes histoires romainbolesques malgré la distance, où que j'aille je pense à toi tous les jours (y a ta mère, ton frère). Parce que je ne compte plus nos fous rires. Avec toi sache que j'ai toujours le zazazou.

Nasser, une rencontre plus tardive et un véritable coup de foudre amical ! bordel nass quequette, on y est ! Cette fois j'ai essayé de ne pas faire un carpaccio ! Tu es un praticien extraordinaire ne change jamais.

Franky, grand maître de la faculté, une chose est sûre tu es le grand maître ma vie étudiante. Baromètre du kiffe, tu donnes le ton et le son. Une vie bien remplie : œnologue, mannequin, organisateur de soirées à thèmes (et pas que), grand voyageur, guide touristique nocturne de Nancy en amazone, tu m'as fait rire, vibrer, grandir, kiffer la vie. Tu es un soleil qui j'espère illuminera la cime des plus hautes montagnes.

Céline, ma bombasse, les histoires les plus dingues, avec toi on voit la vie en 3D (comme les abdos) tu es une fiction à toi toute seule. Rencontre plus tardive, binôme de SAS, tu es vite devenue mon urgence, pour preuve tes victoires incessantes aux VDM. Tu es mon véritable coup de cœur dentaire.

Déboh, la vérité tu es une personne extraordinaire, blogueuse mode, blogueuse photos merci pour ta gentillesse, ton sourire toujours bienveillant, tes conseils, ta disponibilité envers moi. Tou é magnifique ma chérie.

Tim, show gun tonight je l'espère ! La Tunisie, ses coups de soleil, ses coups de folies, ses coups de fil aussi merci pour ton écoute, ta bonne humeur nos délires et notre mythique danse avec les doigts !

Anne-Laure, polonaise un peu, drôle, beaucoup, troisième monde passionnément, dentiste à la folie, seulement de passage dans ma vie, pas du tout.

Gautier, binôme de pédo tu es mon super héros, mon pulpoman ! Merci de m'avoir enseigné l'art dentaire, l'art du convivial, l'art de la bonne humeur, de la joie de vivre, l'art du partage, de la camaraderie, l'art festif !

Val, bien que j'ai souvent eu du mal à voir tes yeux, je sais qu'ils ont toujours été là pour veiller sur moi et rendre ma vie étudiante aussi croustillante qu'un cookie.

Doudou, notre rencontre a débuté sur un terrain glissant tu es et resteras notre mannequin des pistes. Bellâtre !

Julie, à nos weekends, à nos cinés, à nos films de filles à nos confidences, à notre drôle de vie, je sais que tu mènes la vie que tu aimes et si tu as des problèmes tu sais que je t'aime ça t'aidera, laisse les autres totems, les drôles de poèmes et viens avec moi.

Pauline, ma coloc de la vie étudiante, à nos révisions, un soutien inébranlable on a traversé ces épreuves ensemble et on s'en est sorties. Merci pour ces délires sans toi rien n'aurait été pareil.

Thilbaut, we should buy a bar! Voisin, on en a fait des belles soirées ! Le temps nous a séparé mais tu restes un ami cher à mes yeux.

Brice, j'espère un jour t'égaliser en danse, véritable homme de la nuit, les soirées prennent toujours un tournant fou à tes côtés ! Binôme, ami merci d'avoir été à mes côtés dans ma vie étudiante.

Thomas, mon jeune padawan un regard suffit pour nous comprendre. Avec toi l'OC a pris une autre dimension ! Merci d'avoir égaillé mes TR et pas que.

Ma duchesse, on n'est peut être jamais partis à Milan mais avec toi on voyage tout le temps. Parce que tu as toujours quelque chose de fou à nous raconter, merci de me faire rire dès que je te vois.

Nooman, mon cher confrère malgré tes formules de politesse, la vraie image que j'ai de toi c'est cette folle soirée, la plus belle, un karaoké qui a vite dérivé en folie. Roi de la go pro merci pour ce merveilleux souvenir.

Sébastien, parce que ça te va beaucoup mieux qu'Alexis ! Merci d'être avec moi aujourd'hui je ne porterai pas sept robes, il n'y aura pas de couscous mais j'espère que la soirée sera belle.

Camille, ma camish ma bols malgré la distance je pense bien à toi en ce jour particulier. Merci pour ta bonne humeur, ta franchise et ta motivation hors norme pour chaque soirée.

Frédo, « je te dédie ces mots à toi rien qu'à toi »

Vince, on t'a décrit antipathique je t'ai trouvé finalement plutôt sympathique. Tout comme à mon image et ainsi que le dirait ton idole « une femme parle avec son cœur ».

Simon, mi homme mi enfant mi acteur mi comédien mi Jean Dujardin tu incarnes l'humour au quotidien. Vois en ces quelques lignes toute mon affection et ma bienveillance pour ton nouveau départ.

Hélène, « sur ma route » je t'ai croisé, véritable doudou, à la fille la plus funkytown que je connaisse.

Julien, pas de boulettes cette fois j'espère que tu es fier de moi mon fils.

Manon, parce que tu as le don de me faire rire, de me soutenir, de me comprendre. On peut le dire on a eu du flair ! Alors à notre belle rencontre et à la belle vie qui nous attend !

Pascale et Jean Paul, comme vous avez su prendre soin de moi je vous promets de prendre soin de votre tanguy. Avec toute mon affection.

Caro, avec toi on a dégusté top chef comme dirait Clara, tu n'es peut être pas Ghislaine Arabian alors j'espère que tu trouveras mon remerciement assez assaisonné en tout cas moi, j'ai compris l'histoire de notre rencontre.

Joey, je suis comblée que tu sois présent aujourd'hui, toi qui, il y a quelques temps encore, te sentait gêné de venir... Manipulateur !

Gab, vois en ces quelques mots toute mon amitié. Lyon ou ailleurs je ne te souhaite que du bonheur.

A tous ceux que j'aurais oublié MERCI !

Santé bucco-dentaire et grande pauvreté :

**Recueil des perceptions,
représentations, constats
et préconisations de
personnes en situation de
grande pauvreté en lien
avec ATD Quart Monde**

Cette population c'est les dents de la misère

Cette génération c'était les dents de la guerre

Si on fait des programmes d'actions pour nous mais sans nous c'est contre nous

Sommaire

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations : | 23 |
| Introduction | 26 |
| 1. GENERALITES | 28 |
| 1.1 Précarité, pauvreté, grande pauvreté | 28 |
| 1.1.1 Définitions | 28 |
| 1.1.1.1 Définitions du dictionnaire | 29 |
| 1.1.1.2 Approches conceptuelles | 30 |
| 1.1.1.2.1 La précarité | 30 |
| 1.1.1.2.2 La pauvreté | 31 |
| 1.1.1.2.3 La grande pauvreté | 33 |
| 1.1.1.2.4 Grande pauvreté et pauvreté extrême | 38 |
| 1.1.2 Approche sociologique | 40 |
| 1.1.2.1 Définitions de l'exclusion | 40 |
| 1.1.2.2 Représentation | 43 |
| 1.1.2.3 L'homme disqualifié | 43 |
| 1.1.2.4 Habitus | 44 |
| 1.1.2.5 Etat de santé et grande pauvreté | 46 |
| 1.1.3 Etat des lieux de la pauvreté en France | 49 |
| 1.1.4 La pauvreté en Lorraine | 54 |
| 1.1.5 Santé et grande pauvreté | 55 |
| 1.1.5.1 Définitions des déterminants de santé | 55 |
| 1.1.5.2 Le contexte : état des lieux de l'accès aux soins | 66 |
| 1.1.5.2.1 Le système français | 66 |
| 1.1.5.2.2 Avancées législatives de l'accès aux droits | 69 |
| 1.1.5.3 Le Fonds CMU | 75 |
| 1.1.5.4 Le renoncement aux soins | 77 |
| 1.2 La santé bucco-dentaire : enjeux, déterminants, contexte et données épidémiologiques en santé bucco-dentaire | 81 |
| 1.2.1 Les enjeux de la santé bucco-dentaire | 81 |
| 1.2.1.1 Risques pathologiques en santé générale | 81 |
| 1.2.1.1.1 Risques infectieux à distance | 81 |
| 1.2.1.1.2 Risques d'induction ou d'aggravation de pathologies générales | 82 |
| 1.2.1.2 Risques de perturbations musculo-squelettiques à distance | 83 |

| | |
|--|-----|
| 1.2.1.3 Risques liés à l'alimentation | 84 |
| 1.2.1.3.1 Troubles digestifs | 84 |
| 1.2.1.3.2 Troubles nutritionnels | 84 |
| 1.2.1.4 Impacts psychologiques | 85 |
| 1.2.1.5 Impacts sociologiques | 86 |
| 1.2.1.6 La qualité de vie..... | 87 |
| 1.2.1.7 Conclusion..... | 87 |
| 1.2.2 Les données épidémiologiques en lien avec la grande pauvreté santé bucco-dentaire..... | 88 |
| 1.2.3 Quel paradigme, quelle représentation pour la santé bucco-dentaire ? | 89 |
| 1.2.4 Les déterminants de la santé bucco-dentaire | 91 |
| 1.2.4.1 Généralités | 91 |
| 1.2.4.1.1 Facteurs de risque | 91 |
| 1.2.4.1.2 La prévention | 92 |
| 1.2.4.2 Les soins..... | 93 |
| 1.2.4.2.1 L'accès aux soins..... | 93 |
| 1.2.4.2.2 Le recours aux soins | 93 |
| 1.2.4.2.3 La qualité des soins | 93 |
| 1.2.4.2.4 Synthèse..... | 93 |
| 1.2.4.3.2 L'accès à la prévention..... | 95 |
| 1.2.4.3.3 Déterminants préventifs de la santé bucco-dentaire | 96 |
| 1.2.4.4 Les soins..... | 100 |
| 1.2.4.4.1 L'accès aux soins..... | 100 |
| 1.2.4.4.1.1 <i>La couverture sociale</i> | 100 |
| 1.2.4.4.1.2 <i>L'offre de soins</i> | 107 |
| 1.2.4.4.2 Le recours aux soins | 110 |
| 1.3 Le Mouvement ATD Quart Monde | 115 |
| 1.3.1 Objectifs | 117 |
| 1.3.2 Engagements et représentations | 118 |
| 2. ETUDE | 128 |
| 2.1 Objectifs..... | 128 |
| 2.2 Matériel et méthode..... | 128 |
| 2.3 Résultats..... | 130 |
| Nous avons sélectionné les paroles des personnes selon différents thèmes..... | 130 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 2.3.1 | Connaissance, perceptions, risques liés à la mauvaise santé bucco-dentaire et préconisations | 130 |
| 2.3.2 | La prévention..... | 141 |
| 2.3.2.1 | Connaissance, perception, représentation et comportement ; préconisations.. | 141 |
| 2.3.2.2 | L'organisation de la prévention au niveau collectif..... | 150 |
| 2.3.2.3 | Accès à la prévention | 151 |
| 2.3.3 | Les soins | 156 |
| 2.3.3.1 | L'accès aux soins | 156 |
| 2.3.3.1.1 | Le coût trop élevé..... | 156 |
| 2.3.3.1.2 | Des problèmes en lien avec la couverture sociale | 157 |
| 2.3.3.1.3 | Avance de frais et facilités de paiement..... | 159 |
| 2.3.3.1.4 | La difficulté de trouver un lieu de soins | 162 |
| 2.3.3.2 | Le recours aux soins..... | 168 |
| 3. | DISCUSSION | 181 |
| 3.1 | À propos de l'étude et de la méthode | 181 |
| 3.2 | À propos des résultats..... | 182 |
| 3.2.1 | Grande pauvreté, santé bucco-dentaire et place de l'individu dans la société | 182 |
| 3.2.2 | Les enjeux de la santé bucco-dentaire..... | 184 |
| 3.2.3 | Les déterminants de la santé bucco-dentaire | 185 |
| 3.2.4 | L'accès à la prévention | 186 |
| 3.2.5 | L'accès aux soins | 187 |
| | Conclusion | 200 |
| | Table des illustrations : | 208 |
| | Bibliographie..... | 209 |
| | Annexes | 215 |



Figure 1 : Nicolaz ; dessin paru dans feuille de route

Liste des abréviations :

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

ALD : Affection de Longue Durée

AMD : Aide Médicale Départementale

AME : Aide Médicale d'Etat

AMG : Assistance Médicale Gratuite

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CES : Conseil Economique et Social

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNLE : Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

FAS : Fonds d'Action-Santé

FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

LAP : Liste des Actes et Prestations

Loi HPST : Loi Hôpital Patients Santé Territoire

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS : Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé

PRAPS : Plan Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité active

RSI : Régime Social des Indépendants

SMR : Service Médical Rendu

UNCCAS : Union Nationale des Centre Communaux d'Action sociale

UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners Société Mondiale de Médecine Générale

Qui suis-je ?

J'étais un homme marié J'étais la vie qui faisait l'amour

J'étais le fruit qui a donné la vie à Laetitia et Christophe

J'étais une personne avec un travail, des amis, un toit

J'étais l'homme qui pleurait de joie

J'étais heureux, optimiste

J'étais assis dans la vie Puis ce fameux 1er dimanche du mois de Mai 1982

PA TA TRAC !!!!! : RUPTURE D'ANEVRYSMES CEREBRAL

J'étais devenu malade, handicapé

J'étais dans un train qui roulait moins vite que le vôtre

J'étais envahi par la révolte, des incompréhensions

J'étais les branches d'un arbre mort

J'étais une pierre au fond de l'eau, dans le silence

J'étais sans désirs, sans besoins, sans choix

J'étais dans la lune chaque nuit

J'étais vulnérable : Plus de travail – Plus de toit – Plus de personnes à aimer

J'étais un homme perdu dans son histoire

J'étais à terre PUIS

Je suis devenu petit à petit un combattant Je suis reconnaissant des sourires échangés avec le personnel soignant

Je suis une personne handicapée mais je fais face à la maladie

Je suis celui qui a fait confiance

Je suis une personne vivante ENFIN JE SUIS UN HOMME QUI A RECOUVRE SA DIGNITE

Patrick P.

PASS - Bilan d'activité 2009 – Centre Hospitalier Chambéry

Introduction

La santé bucco-dentaire est fortement liée à un facteur social et constitue un des domaines où les inégalités sociales de santé sont les plus marquées. Elle est directement liée au comportement et à l'attitude des individus influencés par les conditions socio-économiques mais également par les politiques de prévention. En France le système de santé reste encore très largement curatif et n'œuvre pas dans le sens de la préservation de la santé.

L'appauvrissement d'une partie de plus en plus grande de la population fait suite aux conséquences financières de la crise économique qui secoue nos pays développés. La protection sociale et/ou son niveau de couverture sont remis en cause par les pays dans le cadre de la réduction de la dette. Ce phénomène déjà amorcé auparavant en corollaire de l'évolution économique et politique, avec des stratégies de diminution des prestations et d'augmentation des cotisations sociales ou de l'impôt, voire une privatisation plus ou moins importante, s'est amplifié. En conséquence, en France, l'accès aux soins dits « non vitaux » ou encore « de confort », entre autres l'accès à la médecine bucco-dentaire, se pose alors avec acuité, et particulièrement pour les plus pauvres. L'Assurance Maladie ne couvre plus que 55% des frais des soins primaires, les soins lourds ayant été privilégiés, la problématique de défaut de couverture des soins bucco-dentaires étant ancienne et peu susceptible d'évoluer favorablement dans ce contexte.

Au contraire les progrès de la médecine bucco-dentaire sont tels que le curseur de norme du soin et du coût associé, alors que la prise en charge n'a pas changé, s'est déplacé rapidement ces dernières années avec des propositions thérapeutiques de plus en plus éloignées de la réalité financière de la très grande majorité des patients.

Le renoncement aux soins pour raisons financières concerne pour plus de la moitié des cas les soins bucco-dentaires et est lié fortement à un facteur social. Ce phénomène vient amplifier les inégalités sociales de santé.

De ce fait les personnes en situation de très grande précarité représentent une population à risque en termes de santé bucco-dentaire et sont susceptibles de rencontrer de grandes difficultés dans l'accès aux soins.

Les études en santé bucco-dentaire, peu nombreuses, sont essentiellement quantitatives. Or, si elles fournissent un état des lieux, elles ne permettent pas de déterminer et comprendre les causes et les ressorts liés aux conditions et aux pratiques humaines. Il est nécessaire alors, pour affiner, de réaliser des études qualitatives.

Nous avons mené une étude qualitative auprès d'une population en grande pauvreté afin d'une part de mieux connaître son vécu, ses représentations et son comportement en santé bucco-dentaire et d'autre part lui permettre de formuler ses propositions pour améliorer le système. Cette étude s'inscrit dans un cadre plus large de recherche que mène le Mouvement ATD Quart Monde pour mettre en lumière la réalité de l'accès aux soins et à la santé des populations démunies et pour proposer des pistes concrètes d'amélioration des politiques de santé publique et de réduction des inégalités de santé territoriales et sociales, afin que ces plus fragiles ne soient plus laissés pour compte mais puissent faire entendre leur voix et revenir dans le droit commun en contribuant à la réflexion de la société.

Après avoir qualifié la grande précarité, caractérisée dans toutes ses dimensions la santé bucco-dentaire et présenté la méthodologie de l'étude, nous donnerons les résultats et, après discussion, essaierons de proposer des pistes de réponse.

1. GENERALITES

1.1 Précarité, pauvreté, grande pauvreté

1.1.1 Définitions

Les innombrables manières de caractériser objectivement ce qu'est la pauvreté comptent parmi les symptômes les plus convaincants de la difficulté qu'il y a à la définir (1).

« Exprimés en termes monétaires, les seuils de pauvreté, fondés par exemple sur une fraction du revenu moyen ou du revenu médian à l'échelle d'un pays, devraient nous dire ce qu'est la pauvreté. Or, aucune des définitions de la pauvreté en termes monétaires n'est exempte de critique. Beaucoup sont défendables. Toutes sont précises. Aucune n'apparaît indiscutable au point de frapper les autres d'irrecevabilité. Leur concurrence dit à soi seule l'impossibilité d'objectiver la pauvreté. Ainsi, définir la pauvreté en termes monétaires peut paraître commode d'un point de vue pratique (philanthropique, médiatique ou politique) mais cela reste illusoire au plan scientifique ». Michel Messu (1), rend hommage aux spécialistes des sciences politiques, aux philosophes et aux économistes qui ont su produire des analyses plus originales.

« Les notions telles que la "nouvelle pauvreté", la "grande pauvreté" voire la "très grande pauvreté", le "quart monde" et surtout "l'exclusion" n'expliquent pas grand-chose de la pauvreté tout en trahissant beaucoup de la société considérant la pauvreté. »

G. Simmel affirme qu'il n'y a pas à proprement parler de sociologie de la pauvreté mais une sociologie de la "réaction sociale" face à la pauvreté. Cette réaction sociale prenant la forme de politiques d'assistance ou de lutte contre ladite pauvreté. À travers les définitions et analyses de la pauvreté, à travers les mesures politiques qui en découlent, les membres d'une société expriment d'abord un "idéal sociopolitique" tout en fixant les bornes de la normalité.

« Une approche alternative consiste à décrire les places et les rôles occupés par les individus au sein de la société. Les individus pauvres étant désignés à raison de la place qu'ils occupent. C'est alors moins la pauvreté que l'on décrit que la distribution des rôles et des places à un moment déterminé et le cas échéant les mécanismes dynamiques qui ont conduit à cet état. Ce qui permet de désigner des pauvres tout autant que des riches ou des membres de la classe moyenne. L'essence singulière de la pauvreté échappe encore. »(1)

Certains sociologues ont dès lors résolu de donner la parole aux présumés pauvres eux-mêmes. Exemple de cette démarche, « La misère du monde » de Pierre Bourdieu (2) rencontra une fortune certaine.

Pourtant, même lorsque la parole du pauvre est assortie d'une rigoureuse grille de lecture scientifique, la pauvreté demeure encore largement insaisissable. Car vivre la pauvreté ne saurait conférer la capacité de dire la pauvreté.

Ainsi, Michel Messu constate qu'il n'y a pas de définition satisfaisante de la pauvreté. Que l'on se trouve en présence d'une « impossibilité définitionnelle ».

1.1.1.1 Définitions du dictionnaire

Précarité : caractère de ce qui est précaire

Larousse 2014 : état, caractère de ce qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause.

Précaire : dont l'avenir, la durée ne sont pas assurés

Synonymes : fragilité, instabilité, passager

Mots clefs allant avec précarité : pauvreté, santé et précarité, misère, chômage, exclusion, démunis

Pauvreté : état d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent. C'est une insuffisance de ressources, matérielles et/ ou morales.

Larousse 2014 : état de quelqu'un qui a peu de ressources financières, peu de biens.

Nous nous sommes donc tournés vers les définitions les plus accessibles au grand public, des définitions simples qui regroupent des mots avec des sens divers. En allant plus loin, nous avons vu qu'il y avait des concepts différents. La pauvreté peut être traitée sous divers angles. Il ne s'agit plus d'une définition à proprement parler mais plus d'un état humain. On l'aborde par des regards différents.

Une approche conceptuelle de la précarité, la pauvreté, la grande pauvreté et enfin la pauvreté extrême permet de mieux appréhender ces notions.

1.1.1.2 Approches conceptuelles

1.1.1.2.1 La précarité

Notion apparue dans les années qui ont suivi la crise économique de 1973, la précarité est une notion subjective et relative puisque définie par rapport à une « situation acceptable » au sein d'une société donnée.

La définition qui fait actuellement référence a été donnée par Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD Quart Monde, dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » paru dans le Journal Officiel en 1987. La précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires 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* » (3). Elle fait référence aux incertitudes et aux aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment. Les sécurités dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social.

Cette définition sera reprise par les Nations Unies dans les rapports du conseil des Droits de l'homme. Il est important de noter qu'il y a une idée de réversibilité dans la précarité.

1.1.1.2.2 La pauvreté

Le conseil des ministres de l'Union Européenne en 1984 considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat dans lequel elles vivent. »

C'est donc sur ce caractère multidimensionnel de la pauvreté que l'accent doit être mis.

Nous proposons d'aborder la pauvreté et sa définition par cinq types d'approche : la pauvreté monétaire, la pauvreté d'existence mais aussi la pauvreté subjective, la pauvreté administrative, et cette nouvelle pauvreté, la pauvreté laborieuse :

- La pauvreté monétaire

La pauvreté va être définie par rapport à l'argent possédé par l'individu lui-même et par comparaison aux autres individus de la société.

Une famille est dite « pauvre » si son revenu se situe sous un seuil de pauvreté défini à 60% du revenu médian. Le revenu médian est celui qui partage la population en deux moitiés : une moitié touche moins et l'autre moitié touche davantage. Dans la plupart des pays développés, la pauvreté est ainsi définie de façon relative, par rapport aux revenus de l'ensemble des habitants. Ce seuil de 60% adopté en 2008 par l'INSEE comme **seuil officiel de pauvreté**, correspond assez bien à la perception que l'ensemble des Français a du moment où l'on « devient pauvre. » Mais, néanmoins, ce seuil masque les situations les plus graves et peut inciter à se dire : « Les pauvres ne sont pas si pauvres » ou « La pauvreté peut toucher tout le monde un jour ou l'autre » s'il suffit de descendre sous ce seuil pour devenir « pauvre »)(4)(5).

Le taux de pauvreté persistante, mesure le nombre de personnes qui sont en situation de pauvreté monétaire à 60 % pendant trois ans consécutifs.

- La pauvreté d'existence :

Elle prend en compte l'impossibilité de satisfaire des besoins dont la détermination préalable n'est pas facile. Cette approche permet cependant d'asseoir la lutte contre la pauvreté non seulement sur un dispositif d'allocations mais aussi sur le développement d'aides sociales et de prestations en nature pour la satisfaction de droits sociaux fondamentaux.

- La pauvreté subjective

Elle prend en compte la perception par une famille ou un individu de la situation vécue. Sont pauvres non seulement ceux qui n'ont pas assez d'argent pour vivre décemment, ou ceux qui sont privés de biens d'usage ordinaire et de consommations de base, mais encore ceux qui témoignent de difficultés pour atteindre ce qui leur semble être un degré minimum d'aisance. La construction du score de conditions d'existence par le cumul des privations nécessite que l'on détermine la palette des consommations et biens adéquats, habituellement utilisés et jugés nécessaires par la majorité de la population.

- La pauvreté administrative

C'est une définition qui s'applique exclusivement aux huit minima sociaux en vigueur jusqu'au 31 mai 2009 et aux sept minima sociaux en vigueur depuis le 01 juin 2009 (le revenu de solidarité active (RSA) se substitue au revenu minimum d'insertion RMI et à l'allocation de parent isolé API . Ici la pauvreté est abordée sous l'angle exclusif de la gestion des dispositifs et prend en compte, plus particulièrement, la situation des personnes vis-à-vis de l'emploi.

Liste des minima sociaux disponibles en France depuis le 01 juin 2009: Le revenu de solidarité active RSA qui remplace le RMI et l'API, l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation équivalent retraite AER , l'allocation d'insertion AI , L'allocation aux adultes handicapés AAH , les allocations du minimum vieillesse, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

- La pauvreté laborieuse

Il s'agit de personnes ou de familles dont les revenus du travail ne permettent pas ou très difficilement de vivre dignement. Ces personnes dites « travailleurs

pauvres » travaillent pour un salaire inférieur au SMIC, pour l'essentiel du fait du temps partiel et/ou des contrats précaires CDD, Intérim... .

1.1.1.2.3 La grande pauvreté

Selon Joseph Wresinski, « l'insécurité qui ...) résulte (de la précarité) 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»(3). La grande pauvreté apparaît alors, pour lui, définie plus comme une « conséquence » de la précarité que par une notion financière.

La grande pauvreté est une situation de rupture profonde qui n'a rien de relatif ni d'artificiel. Elle doit être appréhendée à l'aide de différents indicateurs (5).

Contrairement à ce que certains disent, la grande pauvreté n'est pas qu'une notion « relative ». Un millionnaire ne sera jamais « pauvre » dans un pays de milliardaires. Il existe bien un moment où, à force de cumuler des précarités dans plusieurs domaines, une personne se trouve dans une situation de privations graves qui peuvent varier d'une société à une autre et ne concernent pas que les revenus , une situation de rupture et d'exclusion qui la prive d'une existence sociale et de ses droits fondamentaux. C'est ainsi que l'économiste Amartya Sen a défini, dans les années 1980, la grande pauvreté comme un déficit de capacités (6) de base permettant d'atteindre certains niveaux minimalement acceptables, variables d'une société à une autre : être bien nourri et logé, prendre part à la vie de la communauté, pouvoir se montrer en public sans honte, etc.

Cependant, alors que Sen et Wresinski insistent sur la dimension pluridimensionnelle de la grande pauvreté, les mesures officielles se basent, en France comme dans les autres pays, sur des indicateurs quantitatifs centrés sur l'aspect monétaire et faciles à mesurer : les revenus, l'accès à un panier de biens ou les « conditions de vie. » Dans la suite, nous utiliserons ce type d'indicateurs car ils sont actuellement les seuls disponibles.

- L'indicateur monétaire

L'INSEE mesure aussi chaque année le nombre de personnes dont le revenu est inférieur à 50% du revenu médian – que l'on pourrait appeler le **seuil de grande pauvreté** – et de celles dont le revenu est inférieur à 40% du revenu médian – que l'on pourrait appeler le **seuil de très grande pauvreté** (5).

Elle utilise également un autre indicateur monétaire : **l'intensité de la pauvreté**, qui mesure en quelque sorte le revenu moyen des personnes en situation de pauvreté il s'agit plus précisément de l'écart entre le seuil de pauvreté à 60% et le revenu médian des personnes vivant en dessous de ce seuil).

- L'intensité de la pauvreté monétaire

Elle mesure l'écart relatif entre le seuil de pauvreté à 60 %) et le niveau de vie médian des personnes pauvres. Il est calculé ainsi : (seuil de pauvreté — niveau de vie médian de la population pauvre) / seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé et plus la pauvreté est dite intense, au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

- L'indicateur d'accès à un panier de biens de référence

Aux États-Unis et au Canada, la grande pauvreté n'est pas seulement définie de façon relative, mais aussi de façon absolue en comptant le nombre de personnes qui ne peuvent pas s'offrir un « panier » de biens et services de base. Cette approche a ses avantages et ses inconvénients (il est en particulier difficile de définir ce panier et de déterminer comment le faire évoluer au fil des années). En France, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale ONPES travaille à la définition d'un tel panier en y associant des personnes confrontées à la pauvreté. Il est possible que l'INSEE adopte prochainement un indicateur de ce genre, qui viendra compléter les précédents.

- L'indicateur de conditions de vie

Chaque année, l'INSEE (de même que des indicateurs européens) mesure également la « pauvreté en conditions de vie » avec des indicateurs absolus comptant le nombre de personnes qui cumulent un certain nombre de difficultés ou

privations dans quatre domaines : consommation, insuffisance de ressources, retards de paiement, difficultés de logement.

On considère conventionnellement comme « taux de pauvreté en conditions de vie » la proportion de ménages subissant au moins huit carences ou difficultés parmi les vingt-sept retenues dans l'enquête sur les conditions de vie de l'INSEE :

| | |
|---|---|
| <p>CONTRAINTE BUDGETAIRE</p> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Part du remboursement sur le revenu (supérieure à un tiers) ;</i> - <i>Découverts bancaires (très souvent) ;</i> - <i>Couverture des dépenses par le revenu difficile ;</i> - <i>Aucune épargne à disposition ;</i> - <i>Recours aux économies ;</i> - <i>Opinion sur le niveau de vie « c'est difficile, il faut s'endetter pour y arriver ».</i> |
| <p>RETARDS DE PAIEMENT : impossibilité de payer à temps, à plusieurs reprises, au cours des 12 derniers mois</p> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Factures (électricité, gaz, téléphone, etc.) ;</i> - <i>Loyers et charges ;</i> - <i>Versement d'impôts ;</i> |
| <p>RESTRICTION DE CONSOMMATION : les moyens financiers ne permettent pas de :</p> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Maintenir le logement à bonne température</i> - <i>Payer une semaine de vacances une fois par an</i> - <i>Remplacer des meubles</i> - <i>Acheter des vêtements neufs</i> - <i>Manger de la viande tous les deux jours</i> - <i>Recevoir</i> - <i>Offrir des cadeaux</i> - <i>Posséder deux paires de chaussures</i> - <i>Absence de repas complet pendant au moins une journée au cours des 2 dernières semaines.</i> |
| <p>DIFFICULTES DE LOGEMENT</p> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Surpeuplement important ou modéré</i> - <i>Absence de salle de bains à l'intérieur du logement</i> - <i>Absence de toilettes à l'intérieur du logement</i> - <i>Absence d'eau chaude</i> - <i>Absence de système de chauffage</i> <p><u><i>Critiques du logement :</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Logement trop petit</i> - <i>Logement difficile à chauffer</i> - <i>Logement humide</i> - <i>Logement bruyant</i> |

- Définitions sous l'angle des privations

Ces définitions ne peuvent se limiter qu'à un manque de ressources ; d'autres paramètres peuvent être attribués faisant augmenter par là-même le nombre de personnes concernées.

On peut envisager aussi de définir ces concepts non plus par des mots mais sous l'angle des privations, la privation monétaire, la privation matérielle sévère et la privation d'emploi

- La « privation monétaire »

Elle ne suffit plus à appréhender de manière exhaustive la grande pauvreté, selon l'Union Européenne.

- La privation matérielle sévère

Elle est mesurée à l'aide d'un questionnaire soumis aux ménages concernant leurs conditions de vie (difficultés à payer le loyer, alimentation

- La privation d'emploi

C'est le chômage qui se définit pour la population par son taux.

- Définitions en lien avec la domiciliation

- Sans abri

Les expressions « sans-domicile fixe » ou « sans-abri » sont fréquemment employées dans les domaines politiques, médiatiques et scientifiques, mais la quantification de cette forme extrême de précarité résidentielle est particulièrement difficile.

Revenons d'abord au sens usuel des termes « sans-domicile » et « sans-abri ». L'expression « sans-abri » a remplacé celle de sans-logis. Au sens strict, elle désigne les personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries pluie, froid . Elle s'applique aux personnes qui dorment à l'extérieur (dans la rue, dans un jardin public) ou qui occupent un abri de fortune comme un hall de gare, un centre commercial, une cave, une cage d'escalier. Au recensement, la

catégorie des sans-abri est proche de cette acception. Dans le langage commun, une personne qui effectue des va-et-vient entre la rue et les centres d'hébergement est souvent considérée comme sans-abri. Cette perception est particulièrement appropriée au cas des personnes hébergées dans des centres d'urgence fermés en journée. Elles disposent alors d'un lit pour la nuit, mais sont contraintes de passer la journée à l'extérieur.

- Sans domicile fixe

La notion de sans-domicile fixe est plus large que celle de sans abri. Dans son acception commune, la notion de sans-domicile fixe renvoie aux personnes privées d'une résidence fixe. Elle est plus large que celle de sans-abri puisqu'elle inclut les personnes qui vont d'un hébergement à un autre sans jamais faire l'expérience de la rue. Elle repose moins sur le critère de l'habitat que sur celui de la précarité du statut d'occupation. Une personne contrainte de changer fréquemment de résidence est considérée comme sans-domicile fixe. Le sigle SDF qui date de la fin du XIX^{ème} siècle, mais qui s'est imposé au début des années quatre-vingt-dix, est devenu un des symboles de la pauvreté extrême. L'image sociale du SDF remplace celle du clochard qui prévalait pendant la période des Trente Glorieuses. Une différence essentielle dans les représentations est à signaler. Le clochard, personnage folklorique du paysage urbain, dans l'imagerie commune aurait « choisi » sa situation. En tout état de cause, il n'appelait pas d'interventions publiques structurées. Au contraire, le SDF serait surtout victime d'évolutions économiques et sociales. Cécile Brousse donne cette définition d'une grande pauvreté liée au mode d'habitat « Pour parvenir à une définition opératoire de la catégorie de « sans-domicile » dans une enquête, il importe de préciser les critères retenus mais également la période de référence » (7).

La première étape consiste à passer d'une proposition négative (le sans-domicile se définit par les lieux où il n'habite pas : abri, domicile, logement) à une proposition positive. Une personne est donc dite sans-domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des

durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les lieux non prévus pour l'habitation sont les suivants : cave, parking fermé, grenier, cabane, voiture, wagon, bateau, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble d'habitation, ruines, chantiers, grotte, tente, métro, gare, couloirs d'un centre commercial, rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, voie ferrée.

- Sans domicile, hébergé accueilli

La situation des sans-domiciles est définie par la combinaison de deux critères : un critère morphologique, le type d'habitat et un critère juridique, le statut d'occupation. Cette définition présente l'avantage de s'intégrer aisément aux nomenclatures habituelles de logement, facilitant ainsi les comparaisons transversales entre des situations proches par l'un ou l'autre des critères.

C'est le cas des personnes hébergées par un organisme ou par un particulier, ou bien la situation des locataires du parc social ou des personnes hébergées en logement par l'intermédiaire d'associations. Ainsi définie, la catégorie de sans-domicile est plus large que celle de sans-abri car elle inclut les personnes hébergées pour une longue durée comme, par exemple, les femmes résidant en centre maternel. Mais à l'inverse, cette catégorie peut paraître restrictive, dans la mesure où elle ne retient qu'une forme d'hébergement précaire parmi d'autres, excluant notamment des situations fréquentes comme l'hébergement chez des amis ou la chambre d'hôtel sordide.

- Grande pauvreté domiciliée (8)

Ce sont les personnes en grande pauvreté qui vivent dans lieu fixe, caravane dans un terrain fixe, mesure, appartement délabré, bidonvilles...

1.1.1.2.4 Grande pauvreté et pauvreté extrême

On ne dispose pas vraiment de définition bien que ce vocabulaire soit régulièrement rencontré. On ne dispose que d'indicateurs pouvant permettre de la définir.

La pauvreté héritée ou existant depuis très longtemps ; une accumulation et une combinaison de difficultés telles que chômage, logement, éducation ; l'appartenance à une population autochtone ou à un groupe vivant dans le pays d'accueil depuis plus de dix ans ; l'histoire personnelle et collective ; le sentiment de différence, d'exclusion ou de marginalisation.

1.1.2 Approche sociologique

1.1.2.1 Définitions de l'exclusion

Le défaut de ce terme est d'induire une frontière entre les inclus et les exclus on est dedans ou dehors . Si l'exclusion est un processus, il est par définition difficile de comptabiliser « les exclus ».

La réalité dynamique de l'exclusion se caractérise par l'absence, pendant une période plus ou moins longue, de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné.

Au sens strictement légal, l'exclu véritable serait le « sans-papiers ». Théoriquement tous les autres, à un titre ou à un autre devraient pouvoir bénéficier d'un dispositif d'aide sociale.

Processus de désaffiliation

Si la précarité a longtemps été considérée comme un phénomène marginal et a souvent été confondue avec l'exclusion ou la grande pauvreté, elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche aujourd'hui, directement ou indirectement, une partie de la population française qui va bien au-delà des plus défavorisés. Entre l'intégration totale et l'exclusion complète, il existe évidemment une palette de situations bien différentes. En parlant des exclus, on risque d'uniformiser une représentation de l'exclusion. Entre le chômeur de longue durée de plus de cinquante ans et la femme seule avec enfant qui travaille à temps partiel, il n'y a pas d'amalgame possible. La notion d'exclusion impliquerait une frontière entre l'inclus et l'exclu que R. Castel dénonce (9).

Il lui semble plus approprié de parler de précarisation ou de désaffiliation pour parler des processus que l'on observe aujourd'hui. Le précaire désigne ce qui n'est pas fait pour durer. C'est bien cette dimension d'instabilité qui caractérise les parcours des personnes en situation d'exclusion, dans une société où le niveau de vie de la population globale a progressé comme jamais auparavant. Il est fondamental alors de replacer les phénomènes actuels au cœur de la question

sociale et notamment, comme le dit P. Bourdieu: « il faut substituer aux images simplistes et unilatérales [...] une représentation complexe et multiple. [...] il faut évidemment remonter jusqu'aux véritables déterminants économiques et sociaux des innombrables atteintes à la liberté des personnes, à leur légitime aspiration au bonheur et à l'accomplissement de soi, qu'exercent aujourd'hui, non seulement les contraintes impitoyables du marché du travail ou du logement mais aussi les verdicts du marché scolaire [...] ou les agressions insidieuses de la vie professionnelle». « Ne voir et ne vouloir traiter que l'exclusion et la grande pauvreté revient à occulter le fait que la précarité est la traduction d'un renforcement des inégalités sociales qui est devenu en quelques années le problème le plus considérable que la société française ait eu à affronter depuis longtemps. Ses causes et ses effets vont bien au-delà de la population visible des exclus. » (10).

Exclusion personnelle, exclusion sociale, modes de prises en charge ?

Le Dr Jean-Pierre Montalti de Montpellier lors de son intervention « Psychiatrie et exclusion : Comment se positionne l'hôpital public ? » donne des éléments de références en ce qui concerne l'exclusion (11).

Exclusion : le mot date de 1974 avec la parution du livre de R. LENOIR (Les exclus : un français sur dix) : où il met l'accent sur les "oubliés de la croissance", sur l'inadaptation sociale (12). Avec les années 80 apparaissent les phénomènes de "nouvelle pauvreté", du chômage de longue durée, des difficultés d'insertion, des banlieues difficiles, des SDF, etc. La santé mentale apparaît très rapidement comme un des aspects de la santé le plus touché chez ceux qui se retrouvent en situation de précarité, nouveaux exclus sans pour autant tomber dans le piège de la dérive d'une psychiatrisation de la question sociale.

« L'expérience et la pratique nous ont rapidement montré que la notion de temps social très altérée chez ces populations rendait souvent inefficent le fonctionnement traditionnel des temps institutionnels. Ce constat nous amena à redéfinir de nouveaux espaces et d'autres modalités d'intervention en tentant de faire tenir en place des pratiques hétérogènes (sociales, éducatives et thérapeutiques) : ainsi naquit l'idée de constituer une équipe psychiatrique mobile intervenant dans une éthique du "prendre soin" en termes certes d'action, d'intervention et

d'évaluation, mais aussi de propositions cliniques appropriées aux situations concrètes de souffrance psychique des sujets en situation d'exclusion, au cas par cas, centrée sur une aide personnalisée.

Il s'agissait d'offrir une approche visant à favoriser :

- La reprise des liens interpersonnels nécessaires à toute vie sociale,
- Une reconstruction identitaire,
- L'émergence d'une demande qui pourrait conduire à une démarche thérapeutique (si celle-ci s'avérait nécessaire) et une aide à l'orientation,
- La redynamisation d'un projet de vie.

Ceci pour le travail direct, sans oublier l'aspect indirect tout aussi important de soutien des équipes socio-éducatives des structures d'accueil et d'hébergement souvent elles aussi en grande difficulté face aux complexités des situations auxquelles elles sont confrontées.

Le processus d'exclusion, bien évidemment, ne correspond à aucune logique univoque.

Quelle que soit l'origine du processus, les individus exclus se rassemblent et se ressemblent : progressivement naît en eux un sentiment de plus en plus violent d'incompréhension. Paradoxalement, l'exclu, par son propre comportement, tend à justifier l'exclusion dont il est victime. Il joue le rôle pour lequel il a été désigné. A cette logique de l'exclusion, vient s'ajouter ce que G. SWAIN (1982) a décrit comme "logique de l'inclusion"(13). L'analogie des différentes détresses incite à penser qu'il pourrait y avoir une solution valable pour tous. C'est bien l'idée qui a conduit au 19ème siècle à regrouper les fous dans les asiles par exemple. La dynamique du groupe tend à effacer les caractères individuels de chacun au bénéfice d'une homogénéisation globale. Cette homogénéisation se fait par le renforcement du plus petit dénominateur commun. Le découragement, le renoncement, la démission, voire la haine se développent par analogie dans les lieux d'inclusion des exclus.

Sans défendre « le tout » approche psychopathologique, il ne faut pas exclure l'exclu de sa subjectivité. L'exclusion sociale nécessite une réponse sociale,

l'exclusion individuelle une réponse transpersonnelle. Assurer l'urgence sociale ne suffit pas, il ne s'agit pas d'en faire uniquement des survivants mais des citoyens à part entière inscrits dans la communauté, en ouvrant des espaces d'écoute et d'évaluation où le sujet peut avoir les moyens d'une reconstruction narcissique, souvent seul rempart contre sa propre participation au rejet dont il est victime dès qu'il se marginalise. C'est auprès de chaque sujet qu'il convient d'enrayer la logique de l'exclusion, aussi bien que celle de l'inclusion. La meilleure connaissance du champ social par les acteurs du sanitaire et inversement nécessite un constant réajustement de nos pratiques.

1.1.2.2 Représentation

L'estime de soi est, dans la psychologie, un terme désignant le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à ses propres valeurs. Lorsqu'un individu accomplit une chose qu'il pense valable, celui-ci ressent une valorisation à ses propres valeurs et lorsqu'il évalue ses actions comme étant en opposition à ses valeurs, il réagit comme « baissant dans son estime ». Selon certains psychologues, l'expression est à distinguer de la « confiance en soi » qui, bien que liée à la première, est en rapport avec des capacités plus qu'avec des valeurs.

1.1.2.3 L'homme disqualifié

Les populations qui vivent dans des conditions précaires connaissent ce phénomène où la dépréciation physique est une réalité : « Les gens qui ne sont plus regardés, ne se regardent plus » accentuant ainsi une estime de soi négative et l'isolement. C'est ainsi que Serge Paugam décrit l'homme disqualifié qui, devant le regard négatif ou le non-regard des autres, a « intériorisé le sentiment qui lui vient de la société, en général, et de ses groupes d'appartenance en particulier, de ne plus être à la hauteur de son rôle social ou réel ou virtuel, à partir duquel il était défini ou se définissait lui-même ou de celui auquel il aspirait. »(14). « L'homme disqualifié est toujours désespéré puisque son existence sociale lui semble remise en question. Ce désespoir est à la fois source de solitude et de détresse psychologique. La perte de

confiance en soi, le sentiment d'être mal dans sa peau, les troubles psychosomatiques tels que l'anxiété, l'angoisse, l'insomnie et l'incapacité à affronter les difficultés de la vie quotidienne en sont les expressions les plus courantes »(14).

1.1.2.4 Habitus

Les prémices de la notion d'*habitus* remontent à l'antiquité grecque.

Le terme de *hexis* est débattu dans le *Théétète* de Platon (15) : Socrate y défend l'idée que la connaissance ne peut pas être seulement une possession passagère, qu'elle se doit d'avoir le caractère d'une *hexis*, c'est-à-dire d'un avoir en rétention qui n'est jamais passif, mais toujours participant. Une *hexis* est donc une condition active, ce qui est proche de la définition d'une vertu morale chez Aristote.

Aristote donne une analyse sémantique détaillée de la notion de *hexis*, traduite au Moyen Age par *habitus*, et en français par « disposition » ou « manière d'être ». Cette disposition acquise (*hexis* est de la même famille qu'*echein*, avoir) est, selon lui, plus durable que l'émotion passagère. L'intention, en effet, n'explique pas à elle seule l'action : il faut ajouter quelque chose comme une « cause » motrice ou efficiente : l'*habitus*. De surcroît, l'action est composée d'actes volontaires effectués de plein gré (matière), organisé par une règle (forme). La traduction ordinaire d'*hexis* par « habitude » affadit un peu la notion. Une habitude paraît en effet concerner davantage les actes moteurs de base que l'*habitus*, à laquelle Aristote arrime tout de même la notion de vertu (qui ne saurait être entièrement automatique). La contraction de l'*habitus* ne se réduit pas tout à fait à l'accoutumance produite par la répétition.

Chez Thomas d'Aquin, le terme d'*habitus* se réfère à l'intériorisation par un sujet de la perfection à laquelle il aspire, et qui se révèle dans les activités pratiques.

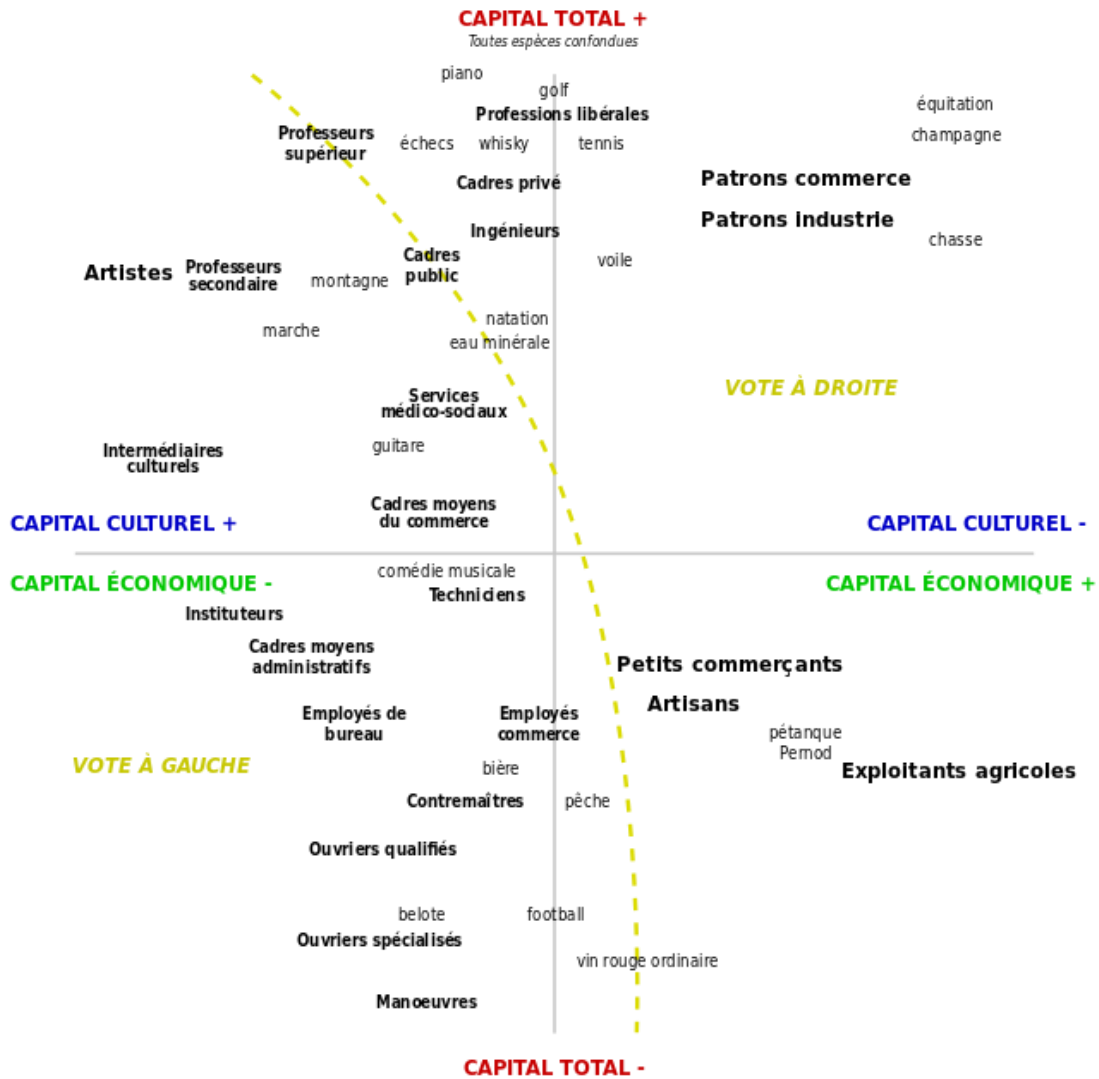
Dans la sociologie de Marcel Mauss, l'*habitus* est un principe important de sa vision de « l'homme total » qui fait elle-même écho à celle de « fait social total ». Il y perçoit un « lien » englobant des dimensions diverses d'ordres physiques, psychiques, sociales et culturelles. Marcel Mauss amorce ainsi une approche multifactorielle transversale de l'homme et des faits sociaux à l'origine desquels il est.

Dans *La société des individus*, ouvrage de référence en histoire sociale, Norbert Elias évoque le terme latin d'*habitus* pour évoquer une « empreinte » de type social laissée sur la personnalité de l'individu par les diverses configurations (systèmes d'interdépendance) au sein desquelles celui-ci agit (16).

La notion d'*habitus* a été popularisée en France par le sociologue Pierre Bourdieu et met en évidence les mécanismes d'inégalités sociales (17).

Il semble avoir découvert ce terme dans les traductions qu'il fit, au début de sa carrière, de certains ouvrages d'Erwin Panofsky, consacrés à l'esthétique et la scolastique médiévales. L'*habitus* est pour lui le fait de se socialiser dans un peuple traditionnel, définition qu'il résume comme un « système de dispositions réglées ». Il permet à un individu de se mouvoir dans le monde social et de l'interpréter d'une manière qui d'une part lui est propre et qui d'autre part est commune aux membres des catégories sociales auxquelles il appartient.

Le rôle des socialisations primaires (enfance, adolescence) et secondaires (âge adulte) est très important dans la structuration de l'*habitus*. Par le biais de cette acquisition commune de capital social, les individus de mêmes classes peuvent ainsi voir leurs comportements, leurs goûts et leurs « styles de vie » se rapprocher jusqu'à créer un *habitus* de classe (17). Chacune des socialisations vécues va être incorporée (les expériences étant elles-mêmes différentes selon la classe d'origine) ce qui donnera les grilles d'interprétation pour se conduire dans le monde. L'*habitus* est alors la matrice des comportements individuels, et permet de rompre un déterminisme supra-individuel en montrant que le déterminisme prend appui sur les individus. Cet *habitus* influence tous les domaines de la vie (loisirs, alimentation, culture, travail, éducation, consommation etc.) (Voir figure 3)



(15)

Figure 2 : Les inégalités sociales en santé

On notera alors que la grande pauvreté est elle aussi soumise à des *habitus* et que les personnes réagissent en fonction de ces données.

1.1.2.5 Etat de santé et grande pauvreté

« La santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. De plus la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, ça use le corps et l'esprit » Colloque de l'OMS à Bruxelles, 1993 (18).

De mauvaises conditions de vie (logements vétustes voire insalubres, sous et malnutrition, hygiène, climat affectif, insécurité, dégradation de l'image de soi... influent sur l'état de santé. Et lorsque les rapports au système de soins et de protection sociale ne sont pas présents, on voit se mettre en place l'engrenage maladie, invalidité, pauvreté, grande pauvreté, exclusion.

Dans les liens entre santé et pauvreté, on peut donc souligner le poids de certains facteurs dont les effets, dans la durée, représentent toujours un risque pour l'état de santé.

Quelques exemples :

- les formes de précarité économique, sociale et familiale ;
- l'impossibilité de trouver ou retrouver un emploi ;
- des formes de travail : sous-qualifié, pénible ou dangereux ;
- le développement massif d'un mal-être de société, qui projeté dans l'univers social, ou vécu dans la solitude, conduit à une progression visible de la souffrance psychique.

Les corps marqués, usés par la misère, les regards des enfants nés dans ces conditions, tout nous amène à repenser les rapports entre le domaine de la prise en charge des soins interventionnistes et dans l'urgence et la nécessaire réflexion sur les modes d'approches et de connaissances des réalités de ces personnes.

« La véritable médecine, toujours selon la tradition hippocratique, commence avec la connaissance des maladies invisibles, c'est-à-dire des faits dont le malade ne parle pas, qu'il n'en ait pas conscience ou qu'il oublie de les livrer». (8) La prise en charge doit s'articuler autour du développement de compétences. Il paraît donc tout à fait d'actualité et indispensable que les professionnels de santé s'investissent, interrogent leur savoir-faire et leur savoir-être, remettent en question et adaptent leurs modes d'action afin d'agir au mieux sur l'état de santé des plus démunis.

L'OMS affirme que le système de santé français est le meilleur au monde. Pourtant, et malgré l'instauration de la Couverture maladie universelle, les inégalités sociales de santé augmentent en France. En tant que professionnel de santé, le défi à relever est donc passionnant et de toute première importance.

1.1.3 Etat des lieux de la pauvreté en France

Nous avons montré dans le chapitre précédent que la pauvreté est difficile à évaluer puisqu'elle dépend des variables utilisées pour la mesurer, « toute mesure est le reflet des conventions qui sont adoptées » résume D. Gelot, secrétaire général de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale ONPES .

La pauvreté a diminué des années 1970 au milieu des années 1990. Elle est ensuite restée plutôt stable jusqu'au début des années 2000. Depuis 2002, le nombre de personnes pauvres au seuil de 50 % a augmenté de 1,1 million (+ 30 %) et le nombre au seuil de 60 % a progressé de 1,2 million (+ 16 %). Sur cette même période, les taux sont passés respectivement de 6,5 à 7,9 % et de 12,9 à 14,3 %.

Le mouvement de hausse est de plus en plus net. Il constitue un tournant dans l'histoire sociale de notre pays depuis les années 1960. La dégradation économique enregistrée depuis 2008 pèse tout particulièrement sur les moins favorisés. Pour la seule période de 2008 à 2011, le nombre de pauvres au seuil de 50 % a augmenté de 584 000 individus et de 893 000 si l'on considère le seuil de 60% (4).

En 2010, le seuil de pauvreté à 60% du revenu médian s'établit en France à 964 euros par mois et concerne 8,6 millions de personnes soit 14,1% de la population, voir figure 3.

En 2011, on compte 8,7 millions de pauvres si l'on utilise le seuil à 60% avec un taux de pauvreté de 7,9% soit 814 euros mensuels pour une personne seule, et 4,9 millions de pauvres si l'on utilise le seuil de pauvreté à 50% du niveau de vie médian et avec un taux de 14,3% soit 977euros mensuels.

La proportion de personnes concernées par la grande pauvreté, moins de 40% du revenu médian, s'est accrue depuis le milieu des années 2000. Entre 2008 et 2010, le taux est passé respectivement de 3,2 % à 3,5 %. Ainsi, 3,5 % de la population française en métropole vivait avec un niveau de vie inférieur à 652 euros en 2011, soit 2,2 millions de personnes.

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2010 (*) | 2011 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|------|
| Taux de pauvreté (60 %) | 13.6 | 13.4 | 12.9 | 13.0 | 12.6 | 13.1 | 13.1 | 13.4 | 13.0 | 13.5 | 14.1 | 14.0 | 14.3 |
| Taux de pauvreté (50 %) | 7.2 | 6.9 | 6.5 | 7.0 | 6.6 | 7.2 | 7.0 | 7.2 | 7.1 | 7.5 | 7.8 | 7.7 | 7.9 |
| Taux de pauvreté (40 %) | 2.7 | 2.6 | 2.3 | 2.6 | 2.5 | 3.2 | 3.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.5 | 3.4 | 3.5 |

(*) : à partir de 2010, les estimations de revenus financiers mobilisent l'enquête Patrimoine 2010.

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Figure 3 : Évolution du taux de pauvreté monétaire selon le seuil retenu entre 2000 et 2011 d'après l'INSEE (19)

La grande pauvreté peut également être appréhendée par l'indicateur composite de pauvreté monétaire (60%) et de pauvreté en condition de vie : les personnes qui sont en situation de pauvreté selon les deux indicateurs seront considérées comme étant en situation de « grande pauvreté ». D'après cet indicateur, la pauvreté s'est fortement accrue entre 2009 et 2010 en France, augmentation de 0,4 point, puis a diminué en 2012 pour atteindre 4,7%.

En 2010, 5,8% des français étaient considérés comme étant en situation de privations matérielles sévères, ils n'étaient que 4,7 % en 2007

Le chômage continue de croître en 2014 (10,5 % de la population soit, sur un an, une hausse de 0,6 point) comme en atteste la figure 4.

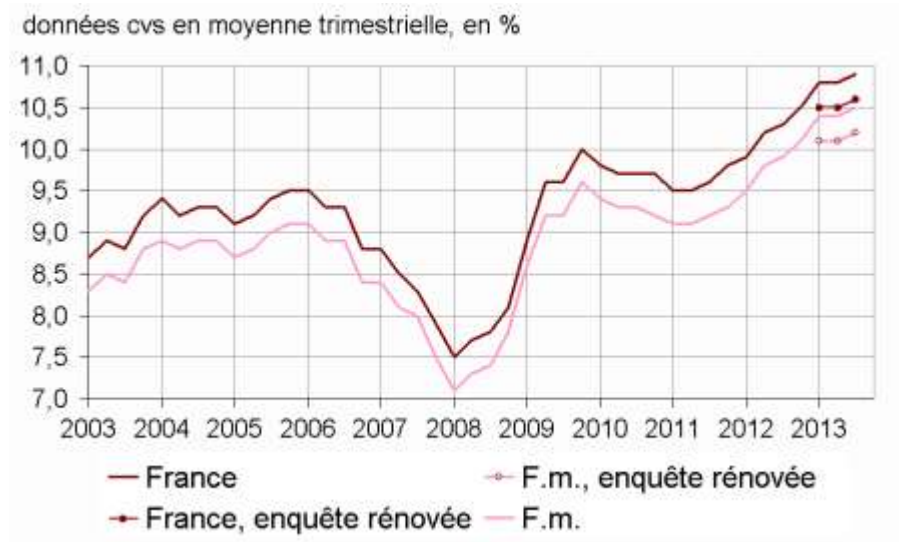


Figure 4 : Le taux de chômage au sens du Bureau International du Travail d'après INSEE (20)

On estime, le nombre de « travailleurs pauvres » (qui ne sont pas des chômeurs), à 3 200 000 personnes.

Si nous reprenons les trois critères de privations, nous retrouvons un « taux de pauvreté élargi » s'élevant à 19,3 % de la population française en 2010 + 0,5 % par rapport à 2005 . Ces mesures n'ont pas été publiées depuis 2010 mais tous les observateurs s'accordent à penser que la crise va probablement faire augmenter ce taux de pauvreté comme l'atteste l'augmentation du chômage et du nombre de sans abri.

Concernant le logement, l'INSEE a recensé 141 500 personnes sans domicile fixe en 2011, soit 11 500 de plus par rapport à l'année précédente. Le nombre de sans-domicile a augmenté de 50% depuis 2001, atteignant le chiffre de 141 500 personnes, dont 30 000 enfants début 2012.

Entre 2006 et 2010, le taux de pauvreté persistante est passé respectivement de 5 % à 6 %. Autrement dit, les personnes qui entrent dans la pauvreté ont une plus grande probabilité d'y rester entraînant ainsi un risque d'irréversibilité.

En conclusion, il existe des indicateurs validés et couramment utilisés pour mesurer la grande pauvreté. Ces indicateurs situent le taux de grande pauvreté en France entre 3,5% et 4,7% de la population. Les évolutions récentes montrent une augmentation et une intensification de la grande pauvreté en France.

Le HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique, utilisant une définition minimaliste, dit, en toutes lettres, que si l'on considère que l'exclu est une personne qui malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas, parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires, des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation, on peut estimer le nombre d'exclus à environ 0,4 à 0,5 % de la population, soit au maximum 300000 personnes. La part de jeunes de moins de 25 ans est très importante (le RMI ne leur étant pas accessible sauf s'ils sont chargés de famille).



Figure 5 : Dessin de Nicolaz

Les données EU-SILC (statistiques européennes sur le revenu et les conditions de vie) montrent que, si le taux de pauvreté monétaire est plus bas en 2007 en France que dans la moyenne des autres pays de l'Union européenne, le taux de privations matérielles nous situe dans la moyenne européenne. En 2008, il est de 13% en France et de 14% en Irlande, 13% en Allemagne, 12% en Belgique, 11% au Royaume-Uni, 9% en Espagne et en Finlande, et 5% en Suède, en Norvège et aux Pays-Bas (21).

Il permet aussi de comparer les inégalités entre les plus riches et les pauvres entre les différents pays.

De 2000 à 2011, le rapport entre la part du revenu des 20% les plus riches et celle des 20% les moins fortunés est passé de 4,5 à 5,1 pour l'Union européenne (à quinze pays membres), de 4,2 à 4,6 pour la France, de 3,5 à 4,5 pour l'Allemagne, de 4,3 à 3,9 pour la Belgique, de 5,2 à 5,3 pour le Royaume-Uni et de 4,1 à 3,8 pour les Pays-Bas. La France ne figure donc pas parmi les meilleurs élèves en matière d'inégalités.

Nous le voyons, selon l'indicateur de pauvreté que l'on choisit, on peut situer la France dans les bons ou les mauvais élèves de l'Union européenne. Que veut-on montrer à travers de telles comparaisons ? Que le système de protection sociale français atténue l'impact de la pauvreté ? C'est vrai (5). Que la pauvreté est moins grave et plus acceptable dans notre pays ? Certainement pas.

Si les chiffres et les faits sous-estiment quelque chose, c'est la dureté des conditions de vie subies par les familles en grande précarité. Et, ajoute l'économiste Joseph Stiglitz (22), les chiffres sous-estiment souvent la réalité : « Quand le Bureau du recensement a récemment examiné de près les statistiques, le taux de pauvreté (aux Etats-Unis) est passé de 15,2% à 16%. »

1.1.4 La pauvreté en Lorraine

En Moselle, 141 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, soit un habitant sur 7. Cette proportion passe à une personne sur trois dans les familles monoparentales. Les taux sont variables selon les départements : 14,3% en Meurthe et Moselle, 14,4% en Meuse, 14,2% en Moselle et 13,5% dans les Vosges. La lorraine se situe donc au 5^{ème} rang des régions au plus fort taux de pauvreté.

Une personne sur 10 en âge de travailler en Lorraine est demandeur d'emploi au 31 décembre 2010, à savoir 105 088 personnes dans la région.

Un rapport publié en 2008 par l'INSEE indique que 6,1% de la population lorraine bénéficiait des minima sociaux (Revenu d'Insertion Minimum, Allocations aux Adultes Handicapés et Allocation de Parent Isolé). Cela concerne plutôt les jeunes isolés et sans travail que les personnes âgées (c'est en Meurthe et Moselle que ce taux de bénéficiaires des minima est le plus fort).

1.1.5 Santé et grande pauvreté

1.1.5.1 Définitions des déterminants de santé

D'après l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.

Constatant la persistance et parfois même l'aggravation des inégalités, l'OMS a établi en 2005 la Commission des déterminants sociaux de la santé pour les réduire. Le rapport final de la commission, rendu public en août 2008, formule ainsi trois recommandations fondamentales qui sont : améliorer les conditions de vie quotidienne, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et enfin mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée.

Dans les années 1975, commence à émerger un nouveau courant de pensée selon lequel le système de soins ne peut expliquer à lui seul la santé d'une population. La notion de déterminants de santé reposant notamment sur les facteurs sociaux, commençait à germer. Ainsi les inégalités sociales de santé étaient davantage envisagées par le fruit de multiples déterminants interdépendants agissant de concert pour engendrer un état de santé plus dégradé au sein des groupes sociaux économiquement défavorisés. L'OMS adhère à ce concept dès 1978 : « *La santé qui est un état de bien-être physique, mental et social ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, et est un droit fondamental de l'être humain* » (23).

Une étape supplémentaire est franchie lorsque le rapport Black rapporte (étude longitudinale en 1982 en Angleterre faisant encore référence actuellement) que des différences d'espérance de vie et de morbidité entre personnes de différentes classes sociales ne sont pas atténuées par l'instauration d'un régime d'assurance universel alors même que l'espérance de vie et la morbidité ont globalement évolué favorablement suite à cette mesure.

En 1986, l'OMS évoque à nouveau ces inégalités sociales de santé dans la charte d'Ottawa : « *Les facteurs économiques, politiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. (...) La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire et exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias* » (24).

De ces travaux menés et de leurs appuis institutionnels depuis près de 40 ans, découle un certain nombre de modèle conceptuel montrant l'influence de la santé par ses déterminants. Il en est un qui fait consensus actuellement et qui sera détaillé plus loin : le modèle CDSS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé), élaboré en 2008 sous l'égide de l'OMS et la Direction de l'épidémiologiste M. Marmot.

- **Indicateurs d'inégalités sociales de santé**

Selon bon nombre d'observateurs notamment ATD Quart Monde dans son rapport du 14 septembre 2011 (25), les inégalités sociales de santé en France suivent un **gradient social**. Elles ont augmenté au cours des dernières décennies et existent aussi au niveau de l'accès au système de soins, ce qui entraîne des différences dans le recours aux soins préventifs et notamment dans l'accès aux spécialistes.

On note là aussi une aggravation de la situation depuis 15 ans. L'Observatoire des inégalités (26) retrouve qu'entre 2000 et 2010, « *le niveau de vie moyen annuel des 10% les plus aisés (56190 euros de revenus annuels en 2010) a augmenté de l'équivalent de 9 mois de SMIC, celui des classes moyennes d'environ 2000 euros alors que celui des plus démunis seulement de 400 euros.* »

On peut distinguer plusieurs indicateurs d'inégalités sociales de santé : (25)

- ⇒ **Les inégalités sociales de santé d'espérance de vie à la naissance et probabilité de décès:** à 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre encore 39 ans, contre 46 pour un cadre. Une femme ouvrière peut s'attendre à vivre encore 47 ans, contre 50 pour une femme cadre.

- ⇒ **Les inégalités sociales de santé d'espérance de vie sans incapacité (voir figure 6) :** à 35 ans un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 17 années avec au moins une limitation fonctionnelle physique ou sensorielle, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 13 années avec ces problèmes. Autrement dit, un homme ouvrier de 35 ans vit en moyenne 60% de son espérance de vie restante sans incapacité alors qu'un homme cadre du même âge va vivre en moyenne 73% de ce temps de son espérance de vie restante sans incapacité.

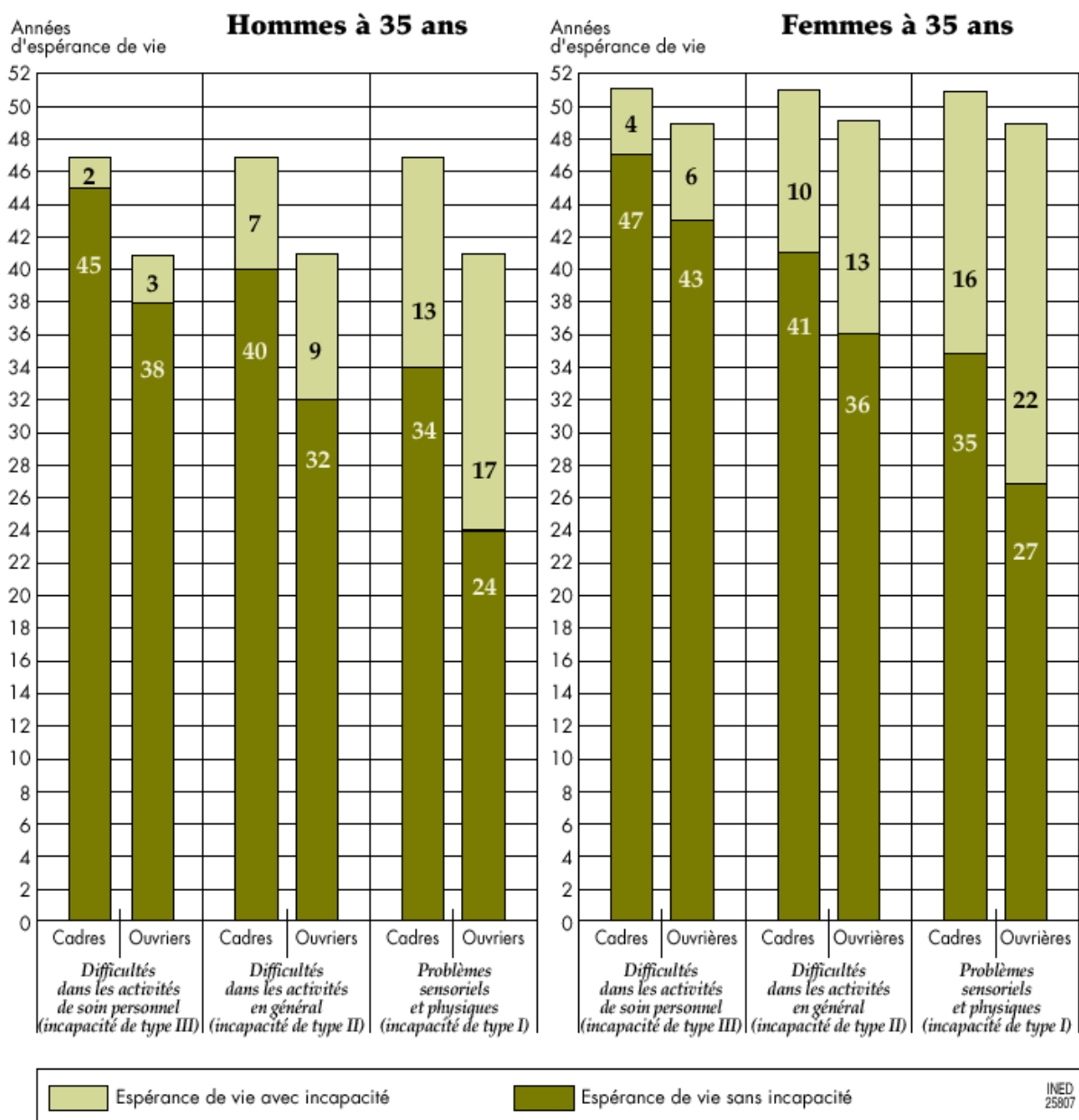


Figure 6 : Différences d'espérance de vie à 35 ans avec incapacité et sans incapacité entre cadres et ouvriers

⇒ **Les inégalités sociales de santé de recours au système de soins :**

En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur d'environ 75% par la Sécurité sociale. Le reste à charge des patients peut être financé grâce à une assurance complémentaire, figure 7 ci-dessous :

- obtenue gratuitement sous condition de ressources : la CMU-C ;
- obtenue par le biais de l'employeur 40% des assurés ;
- obtenue grâce à une cotisation volontaire.

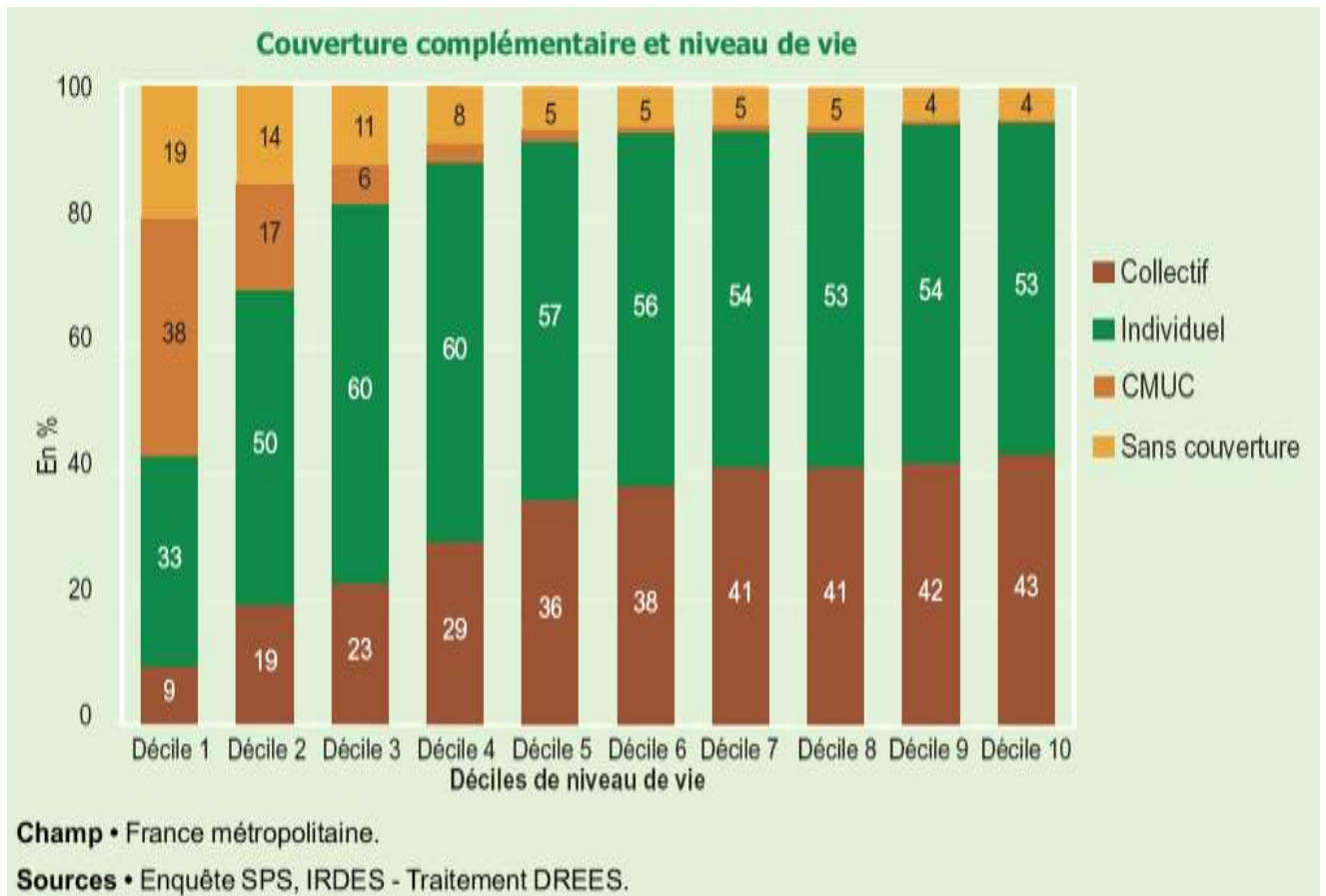


Figure 7 : Pourcentage des personnes non couvertes par une assurance complémentaire selon le niveau de vie

Près de 8% de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé. Cette proportion atteint 14 à 19 % de la population parmi les personnes aux revenus les plus modestes. 53% des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé (27).

Comme il peut être constaté, plus le niveau de vie diminue, moins la couverture santé est présente.

Il est également noté que les patients bénéficiant de la CMU-C sont en moins bonne santé (28) :

En effet d'après une étude de la CNAMTS de 2007 (28), ils sont 1,8 fois plus nombreux, à âge et sexe identique, à être en Affection de Longue Durée (ALD). Les écarts de prévalence les plus importants s'observent pour la tuberculose, pour les maladies chroniques du foie (cirrhoses) et pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Une partie de cette surmorbidity est liée à des facteurs comportementaux (consommation plus importante d'alcool et de tabac, toxicomanie etc.).

La réciproque est possible ; en effet, la mauvaise santé peut être un facteur de précarité : c'est sans doute le cas pour les maladies psychiatriques graves dont la prévalence est plus que doublée parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

D'autres affections sont moins fréquentes, notamment certains cancers (cancer du sein, de la prostate... . Mais cette moindre morbidité s'explique peut-être en partie par un dépistage plus tardif, car on observe, pour ces affections, un taux de décès sensiblement plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C, donc une gravité de la maladie plus importante.

Cette surmortalité s'observe pour toutes les pathologies. Le taux de décès annuel est ainsi de 2,5% parmi les bénéficiaires de la CMU-C en ALD, alors qu'à structure d'âge et de sexe identiques il est de 1,8% dans le reste de la population en ALD.

⇒ **Les inégalités sociales de santé de prévalence des maladies** : (29)

Un grand nombre de pathologies ont une prévalence plus ou moins importante selon l'origine sociale des personnes, certaines maladies touchant plus souvent les populations issues de catégories sociales basses. Par exemple en France, la prévalence de certaines maladies chroniques dépend du niveau d'instruction des populations. Les maladies les plus socialement différenciées concernent les ulcères gastro-duodénaux, le diabète, les maladies ostéo-articulaire, l'hypertension

artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies hépato-biliaires, les céphalées et les maladies chroniques respiratoires.

Pour mieux comprendre, nous parlerons de l'étude réalisée par Damien Bricard, docteur en sciences économiques à l'université de Paris Dauphine (30). Celui-ci a ainsi mis l'accent sur l'importance et le déterminisme et les effets à long terme des conditions de vie dans l'enfance en comparaison des comportements à risque et de l'éducation sur l'état de santé de l'individu. Pour ce faire, un suivi longitudinal a été mis en place sur un cohorte de personnes anglaises nées en 1958 aux âges de 23, 33, 42 et 46 ans. Le but était de déterminer l'influence de chaque déterminant (figure 8) sur la santé, puis le rôle médiateur de l'éducation et des comportements à risque et la relation entre les conditions de vie dans l'enfance et la santé à l'âge adulte.

De nombreuses références littéraires s'accordent sur le rôle important joué par les différentes caractéristiques sociales individuelles telles que le revenu, le niveau d'éducation, la richesse, le statut social dans l'explication des inégalités de santé. Plus récemment, plusieurs études tendent à montrer le rôle important des conditions de vie dans l'enfance et notamment le bas statut socio-économique parental dans les inégalités de santé famille monoparentale, divorcés... . Ainsi plusieurs études fournissent des preuves sur la « transmission » sur différentes générations de la classe sociale, du niveau d'éducation ou du niveau de revenu. D'ailleurs, les modes de vie parentaux, le statut social ainsi que les conditions de vie dans l'enfance seraient également associés aux comportements relatifs à la santé dans la vie postérieure telle que le tabagisme ou encore l'obésité.

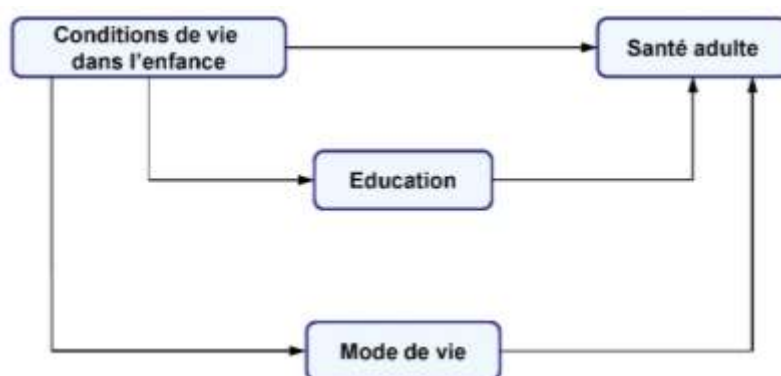


Figure 8 : Caractéristiques sociales individuelles

En conclusion celui-ci rappelle la distinction entre **inégalités sociales de santé illégitimes** d'ordre social sur lesquelles une action de santé publique est possible, des **inégalités sociales de santé légitimes** rapportées au mode de vie (tabagisme, régime alimentaire, habitudes de soins, consommation d'alcool,... qu'on ne doit pas modifier directement, sous peine d'entraver la liberté de chacun, mais sur lesquelles une action de santé publique indirecte reste possible par l'information et l'éducation à la santé.

➤ **Déterminants des inégalités sociales de santé**

Le modèle CDSS les distingue selon 3 agrégats, cf. figure 9 ci-dessous :

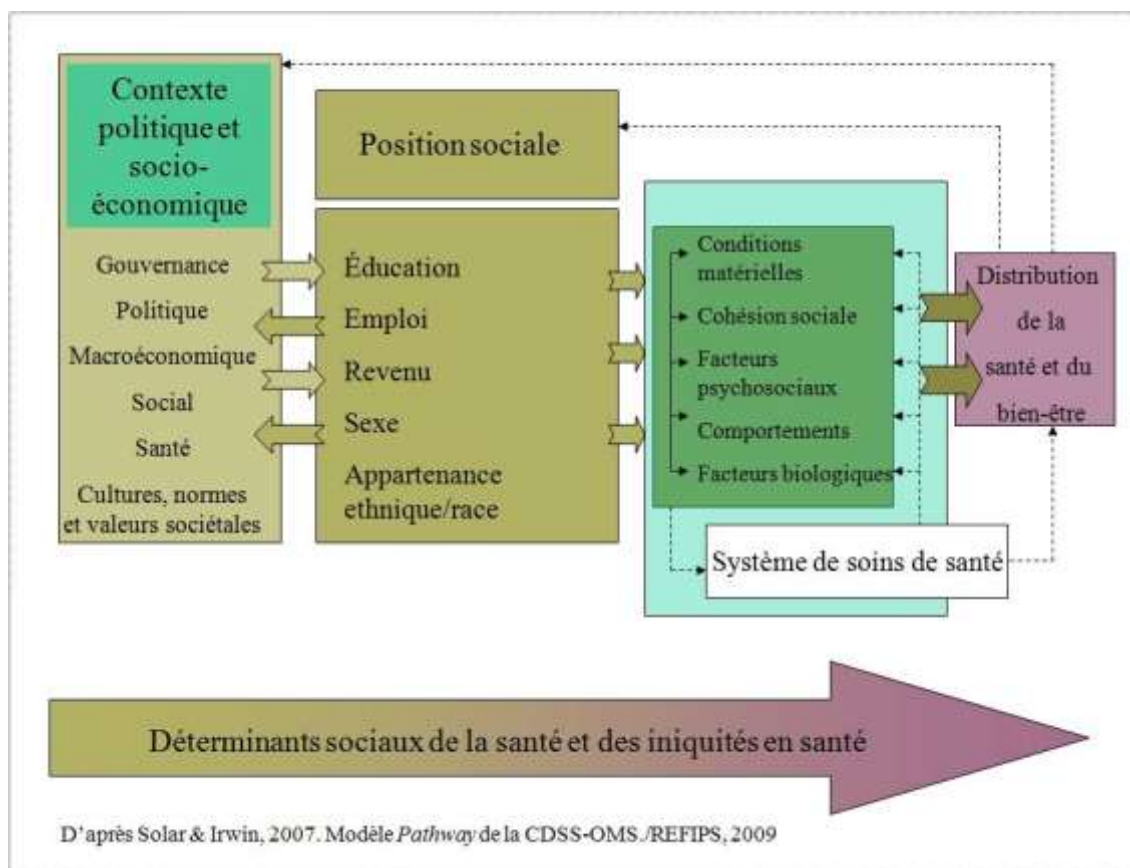


Figure 9 : Contexte socio-économique | Déterminants structurels | Déterminants intermédiaires

⇒ **Le contexte socio-économique** regroupe la gouvernance, les politiques macro-économiques, sociales et publiques du pays, la culture et les valeurs sociétales, les conditions épidémiologiques. Il ne représenterait que **20% des inégalités sociales de santé** (29).

Si la France a le meilleur système de soins au monde et une espérance de vie à la naissance des plus élevée en Europe selon l'OMS, elle est aussi une des nations les plus inégalitaires en termes de santé.

Par exemple, l'écart de risque de mortalité prématurée chez les hommes entre professions manuelles et non manuelles est deux fois plus élevé en France qu'en Suède ou au Danemark.

Ce retard observé par la France (et d'autres pays tels que l'Autriche, l'Allemagne, l'Espagne pourrait n'être que le reflet d'une priorisation tardive des inégalités sociales de santé par les politiques et les institutions. Des études sur le sujet abondent depuis plus de 30 ans et d'autres pays ont déjà adapté leur politique sociale en conséquence (Suède, Pologne, Suisse, Pays-Bas, Belgique).

D'autres facteurs sont à considérer pour en terminer avec cette analyse, il s'agit de facteurs « **épidémiologiques nationaux** ». En effet, les inégalités sociales de santé de chaque pays ne sont pas corrélées aux mêmes déterminants :

- Au Danemark, les inégalités sociales de santé ne sont que faiblement reliées aux différences de revenu, la santé étant moins liée au revenu.
- Dans le sud de l'Europe, la consommation de légumes frais (liée à des facteurs de protection en santé) est moins socialement différenciée que dans les pays nordiques.
- La consommation d'alcool liée aux maladies cérébro-vasculaires, maladies du système digestif ou encore aux accidents) en France, en Irlande et en Finlande serait déterminante alors qu'elle ne contribuerait que faiblement aux inégalités sociales de santé au Danemark, aux Pays-Bas et en Espagne.

Ainsi il est possible d'envisager des actions de santé publique dans ces domaines afin de réduire l'impact de la position sociale sur la santé.

⇒ Les **déterminants structurels** sont le revenu, la formation professionnelle et l'emploi, origine et ethnies.

Le *revenu* représenterait selon les pays et les études **25 à 40% des inégalités sociales de santé** (29). Comme nous l'avons vu, il est un marqueur de pauvreté et de précarité. Plus encore que le revenu, c'est surtout au niveau des patrimoines et des héritages que les inégalités se creusent : « les 10% des ménages les moins aisés détiennent moins de 2700 euros de patrimoine brut (avant remboursement des emprunts). Les 10% les mieux dotés disposent d'un patrimoine supérieur à 552 300 euros. Soit un rapport de 1 à 205, qui a cru de près d'1/3 depuis 2004, pendant que celui relatif au revenu était de 4.2 en 2009 (29).

Le *niveau de formation* influe de manière indirecte par le biais de meilleurs postes professionnels en termes de rémunération.

Le *niveau d'instruction* est également en lien direct avec la santé puisque permettant un accès aux démarches de couverture sociale, à la prévention notamment en terme d'alimentation et d'hygiène de vie lutte contre les addictions et la sédentarité 8 . Il a un lien avec le risque d'accidents de travail et de maladies professionnelles du fait du manque de formation et de compréhension des mesures de sécurité. A noter qu'il existe encore un fort taux d'illettrisme en France (en 2012, 10% des français de 18-65ans sont illettrés et 7% de la population générale soit 2,5 millions de personnes)(31).

Les *origines culturelles, religieuses ou ethniques* ont également une influence sur les ISS par les écueils qui leur sont souvent associés (barrière linguistique, accès aux soins, discrimination, refus de soins, acculturation).

⇒ **Les déterminants intermédiaires :**

Les *circonstances matérielles* (logement, les moyens financiers pour s'habiller ou se nourrir correctement).

Les *circonstances sociales ou socio-environnementales* tels que le stress psychosocial (induit par la précarité), la faiblesse du support social ou familial,

l'isolement géographique personnes âgées peu mobiles, milieu rural ou en zone urbaine sensible, absence de moyens de transports).

Les *facteurs comportementaux de santé* comme les dépendances diverses alcool, tabac, drogues , le régime alimentaire et la pratique d'activité physique, que l'on peut corrélér à l'éducation. Dans sa thèse, D .Bricard (30) nous invite à nous pencher sur les habitudes de vie dans l'enfance et leur impact sur les ISS. Ils seraient responsables de **20% des inégalités sociales de santé** et seraient corrélés par :

- Une mauvaise situation économique dans l'enfance,
- Des niveaux de vie et d'éducation faibles,
- Des épreuves financières avec des difficultés aigues,
- L'absence du père à la naissance,
- L'obésité au sein de la famille,
- Le tabagisme : avec un risque majoré d'initiation mais plus tardif que dans des milieux plus aisés) et un risque réduit de cessation,
- Des habitudes de consommation en soins : avec un risque de transmission important des habitudes en vertical (parents/enfants) et en horizontal (selon les normes sociétales du moment ou du lieu de vie comme en témoigne un changement de ces habitudes lors d'un déménagement ,
- De l'accès aux informations et de la philosophie familiale en rapport avec leur culture, leur niveau d'instruction et leur propre « bagage familial »)

Le poids de chaque déterminant dans la constitution des ISS pose débat. Plusieurs chercheurs ont tenté de pondérer les déterminants de santé selon l'importance qu'ils avaient dans la formation des inégalités sociales de santé afin d'identifier dans quels domaines des actions seraient les plus efficaces.

Ainsi d'autres facteurs doivent être recherchés, car selon certaines études, 40% des inégalités sociales de santé seraient imputables aux déterminants du modèle CDSS (29).

⇒ **Les nuisances environnementales :**

En effet des études plus récentes ont étudié les *nuisances environnementales*, souvent inégalement distribuées sur le territoire, et en particulier l'exposition à la pollution atmosphérique, en les suspectant de pouvoir contribuer aux inégalités sociales de santé. On peut également évoquer *l'insalubrité des logements*.

Il semble exister dans ces populations précaires, un différentiel d'exposition à ces nuisances) et un différentiel de vulnérabilité (de par une santé plus fragile).

Ainsi on peut dégager d'autres acteurs du champ social pouvant intervenir dans la lutte contre les inégalités sociales de santé : les instances préposées à l'environnement et aux systèmes de transport ou à l'urbanisme.

1.1.5.2 Le contexte : état des lieux de l'accès aux soins

1.1.5.2.1 Le système français

Le système français de protection sociale n'est pas aisé à décrire. C'est au long d'une centaine d'années qu'il a été façonné par divers facteurs sociaux, économiques et politiques.

Le développement d'une protection sociale dans les pays voisins, en particulier en Allemagne et en Grande-Bretagne a également joué un rôle important. Aujourd'hui, la Sécurité sociale française se compose d'un réseau complexe de régimes protégeant, en principe, l'ensemble de la population française, en lui apportant une palette diversifiée de prestations.

A l'instar des autres pays européens, la Révolution industrielle du 19^{ème} siècle a eu un impact profond sur le développement de la société française. Pendant plusieurs décennies, une classe de travailleurs s'est constituée, entièrement dépendante d'un salaire pour assurer ses conditions de vie. Les risques professionnels associés à une industrialisation moderne ont augmenté. Dans la même période, un nombre croissant de personnes se sont déplacées, se coupant de leur communauté d'origine qui pouvait leur offrir diverses formes de soutien

(religieux, familial ou bien associatif). En conséquence, ces groupes furent particulièrement vulnérables aux risques liés au vieillissement, à la maladie, aux accidents de travail ou au chômage. Les législations traditionnelles existantes, quand elles étaient applicables, n'étaient pas à même de leur venir en aide. Et même au cas où elles s'appliquaient, elles s'avéraient inefficaces face à ces situations où les rapports de forces étaient inégaux.

Les sociétés de secours mutuels se sont donc développées tout au long du 19^{ème} siècle, prenant le relais des anciennes corporations abolies avec la Révolution en 1791. A la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle, un système d'assistance sociale fut mis en place. Mais ce système ne bénéficia qu'à une fraction de la population. Il était fondé sur des cotisations volontaires des salariés et était considéré comme une assistance d'ultime recours pour des personnes tombées dans la misère à cause de la vieillesse, de la maladie, d'un accident de travail ou du chômage. Ce système n'assurait donc pas de protection adéquate pour la population contre les risques économiques et sociaux dus à la perte de revenu dans le cas où la personne ne pouvait plus travailler.

C'est pourquoi de nouvelles institutions pouvant couvrir les risques sociaux émergents. Une loi promulguée en 1898 établit le principe de la responsabilité des employeurs de l'industrie en cas d'accident de travail.

Des systèmes de protection couvrant certaines catégories de salariés (marins, fonctionnaires, mineurs, employés des chemins de fer) se développèrent mais la première tentative d'organiser un régime de couverture vieillesse pour l'ensemble des travailleurs échoua.

Après la première guerre mondiale, la région d'Alsace-Lorraine annexée à l'Allemagne fut rendue à la France. Un régime de sécurité sociale mis en place par l'Allemagne sous le chancelier Bismarck, servit de catalyseur pour son adoption en France. Une assurance sociale fut introduite avec la loi de 1930 protégeant les travailleurs de l'industrie et du commerce contre les pertes financières dues à la maladie, la maternité, le handicap, la vieillesse et le décès.

Après la seconde guerre mondiale, l'extension d'un système de sécurité sociale global fut lancée. En 1945, le régime général fut créé avec pour mission de

couvrir rapidement l'ensemble de la population. Cependant des oppositions apparaissent. Les travailleurs indépendants, les commerçants et les artisans ainsi que le monde agricole ne voulaient pas être regroupés avec les salariés et étaient inquiets des coûts potentiels engendrés par un régime unique. On leur garantit le droit de créer leurs propres régimes, fondés sur des niveaux de couverture inférieurs.

En 1947, le régime de retraite et de prévoyance des cadres fut institué. En 1962, la majorité des salariés du secteur privé était couverte par une retraite complémentaire venant compléter la retraite de base de la sécurité sociale.

En 1958, l'assurance chômage fut créée. Au même moment des régimes de sécurité sociale complémentaires furent mis en place et des régimes spéciaux indépendants furent maintenus ou créés. En outre, le régime fut étendu à d'autres catégories de la population tels que : les étudiants, les veuves de guerre, les orphelins et les handicapés. Les réformes successives ont également permis aux personnes qui auraient dû perdre leur droit aux prestations de continuer à bénéficier d'une couverture sociale, par la mise en place de conditions de plus en plus souples concernant les cotisations individuelles.

En 1978, l'ensemble de la population française fut éligible aux prestations familiales, sans condition d'emploi. L'assurance maladie s'est élargie de manière continue afin de couvrir progressivement l'ensemble de la population. La couverture maladie universelle CMU mise en place en 2000 représente l'étape ultime de ce processus sur lequel nous reviendrons un plus précisément ultérieurement.

L'adhésion à une assurance vieillesse fut rendue obligatoire en 1972 pour l'ensemble des salariés. Un revenu minimum vieillesse fut également créé pour les personnes qui n'avaient pas suffisamment ou pas du tout cotisé auparavant.

Au cours des années, le système de protection sociale français s'est constitué en une mosaïque complexe de régimes, obligatoires aussi bien que non obligatoires, couvrant les différents risques. Le régime général est le principal régime. Il génère plus de la moitié de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale en France. D'autres régimes, qu'ils soient de base ou complémentaires, fondés sur une base professionnelle, font également partie du régime général. Ils sont compris dans le premier pilier de la protection sociale obligatoire, couramment appelé « sécurité

sociale ». Les plus importants des régimes fondés sur l'appartenance à un secteur d'activité sont : le régime agricole, les différents régimes des fonctionnaires et une série de régimes couvrant les professions indépendantes. Le régime agricole (MSA) et les régimes qui lui sont liés, jouent le même rôle que le régime général. Ils sont responsables de la collecte des cotisations de leurs membres. Ils remboursent certaines dépenses liées à la maladie, la maternité, le handicap, les accidents de travail, la famille, la vieillesse. De même, ils sont responsables des actions de prévention d'action sociale et de prévention des accidents de travail. Les institutions fournissent une couverture complémentaire volontaire et font partie du second pilier. L'assurance chômage est, elle, séparée de la sécurité sociale. L'ensemble de ces composantes fait partie de ce qui est appelée en France la « protection sociale ».

1.1.5.2.2 Avancées législatives de l'accès aux droits

La déclaration universelle des droits de l'homme affirme que « le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde est la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables »(32). En parallèle, Joseph Wresinsky dans son rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale » insiste sur la nécessité d'une grande loi générale de lutte contre l'exclusion (3).

La loi sur le revenu minimum d'insertion, adoptée par l'assemblée nationale le 1 er décembre 1988 apporte une réponse essentielle en matière de garantie de ressources minimales d'existence (33).

Elle est suivie par la loi relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle du 29 juillet 1992, qui veut garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. Ce texte prévoit ainsi des conditions d'affiliation simplifiées à l'aide médicale, en supprimant la condition de besoin de soins et le passage par une commission. L'aide médicale est alors accordée pour une durée de un an et pour toute la famille (34).

En 1994, le Haut Comité de Santé Publique souligne deux points fondamentaux : la situation économique des personnes en grande pauvreté est l'un des principaux déterminants ayant un impact sur la santé, et les inégalités en matière d'accès aux soins sont importantes.

Suite à ces constatations, un rapport est présenté au conseil économique et social en juillet 1995 par Geneviève de Gaulle-Anthonioz, alors présidente du Mouvement ATD Quart Monde. Il s'agit d'une évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté (35). Ce rapport met en évidence un problème d'inadéquation ce n'est pas parce qu'on a une couverture sociale partielle ou totale que l'on se soigne, la méconnaissance des droits par les usagers, et une inadéquation du système de santé dont les moyens sont orientés en priorité vers les réponses techniques au détriment du soutien des familles dans leurs propres capacités (36).

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (37) marque une grande avancée vers des réponses de droit commun touchant tous les domaines de la vie, notamment l'emploi, la santé, le logement, la justice, l'éducation, etc. Cette loi « considère que le problème des personnes en difficulté n'est pas de disposer de nouveaux droits mais d'avoir effectivement accès aux droits fondamentaux existants. L'essentiel des dispositions vise donc à créer les conditions et les procédures par lesquelles cet accès aux droits sera mieux garanti dans chacun des domaines de vie pour les personnes les plus fragilisées par les mutations de la société ». (38) Dans le domaine de la santé, plusieurs mesures sont instaurées : établissement pour chaque région d'un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) (art. 71), création des Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé PASS, lieux d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins art.76, création d'un Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale chargé de recueillir les données relatives aux situations de précarité et de mener des travaux d'études, de recherche et d'évaluation art.153.

La loi du 27 juillet 1999 sur la création d'une couverture maladie universelle (CMU) (39) garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une

protection « assurance » complémentaire et à la dispense d'avance de frais. L'attribution de la CMU et de la CMU complémentaire se fait sous condition de ressources avec un plafond qui varie selon la composition du foyer et le nombre de personne à charge.

La loi de santé publique du 9 août 2004(40) inscrit comme objectifs premiers la lutte contre les inégalités sociales ou territoriales de santé et également l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées ainsi que la prise en compte de ces populations par tous les programmes de santé publique, plan régional de santé publique (PRSP) et groupement régional de santé publique.

La loi du 13 août 2004 (41) relative à l'assurance maladie est un lit de réforme ayant pour objectif de réaliser des économies dans le domaine de la santé pour parvenir à un équilibre des comptes de la sécurité sociale. Elle instaure la création d'une franchise médicale, la mise en place d'un dossier médical personnel, le développement du parcours de soins, la création d'une Haute autorité de santé se prononçant sur l'efficacité thérapeutique des produits, des actes et des protocoles de soins. Cette loi instaure également le système d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, d'abord nommé crédit d'impôt, qui vise à atténuer l'effet seuil de la CMU complémentaire. Il s'agit d'une aide financière pour les personnes dont les revenus sont situés entre le plafond leur permettant de bénéficier de la CMU-C et ce même plafond majoré de 15%. Le plafond sera par la suite régulièrement réévalué et il correspond aujourd'hui au plafond de ressources de la CMU-C majoré de 35%.

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 (37) a permis la mise en place des PASS, permanences d'accès aux soins de santé, qui n'étaient pas prévus à l'origine dans les établissements de santé. Ce dispositif médico-social vise à accueillir en urgence les patients en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches d'ouverture de leurs droits sociaux. Il existe différents modèles :

- La PASS « dédiée » ou PASS « centralisée » consiste en une consultation identifiée et dispose de personnel dédié (médecins, infirmières, travailleurs sociaux.), d'une consultation de médecine polyvalente et d'une consultation sociale. Il est possible de s'y présenter sans rendez-vous.

- La PASS « transversale » fonctionne sans local ni personnel spécifique. Les assistants socio-éducatifs exerçant au sein de l'établissement de santé effectuent une partie de leur temps de travail dans le cadre de l'activité PASS. Ces professionnels sont amenés à valider l'entrée d'un malade dans le dispositif afin de lui ouvrir l'accès aux différentes consultations proposées par l'établissement. La coexistence des deux dispositifs apparaît comme l'organisation optimale.
- Des PASS spécialisées : PASS bucco-dentaires, PASS psychiatrie, PASS dermatologie

Lors des premières journées nationales des PASS à Paris en Juin 2010, des constats émergent :

- la faiblesse des effectifs médicaux,
- la loi prévoyait d'arriver à 530 PASS en 2010 mais d'après l'enquête de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), réalisée en 2008 288 PASS ont été recensées ;
- la prise en charge des soins dits primaires (douleur, infection). Le traitement de la douleur est réalisé mais ce n'est pas une prise en charge globale.

A l'heure du débat sur la future stratégie nationale de santé, la FHF, Fédération Hospitalière de France et Médecins du Monde souhaitent réaffirmer haut et fort la nécessité d'une mobilisation de tous. La situation sanitaire des plus fragiles impose de passer à l'action pour durablement améliorer l'accès aux soins de toute la population. C'est pourquoi aujourd'hui ils s'engagent et énoncent plusieurs propositions pour améliorer la prise en charge des personnes vulnérables :

- Inclure pleinement les dispositifs au droit commun

Des droits à la protection sociale et complémentaire existent et ont été renforcés notamment avec les nouvelles mesures permettant à chaque français de bénéficier d'une complémentaire santé.

Différentes structures de soutien particulier de droits spécifiques existent aussi pour accueillir et offrir des soins aux personnes en situation de précarité, notamment des Lits halte soins santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés LAM et les Permanences d'accès aux soins de santé PASS .

Les professionnels, en plus des soins, doivent prendre en compte les questions de soutien psychologique, de logement ou encore, plus largement, de réinsertion sociale. La question de l'accessibilité et de la visibilité de ces dispositifs doit également être posée. La trop grande méconnaissance par les acteurs qui accompagnent les personnes vulnérables, par les professionnels de santé et par les patients eux-mêmes, de l'existence de cette offre de soins rend difficile l'orientation des personnes vers les structures adaptées. Il apparaît donc comme indispensable de redéfinir et clarifier la place des PASS au sein des hôpitaux. Chaque PASS doit être pour le patient une porte d'entrée de droit commun et non plus une filière de prise en charge à part. Ceci passe également par la revalorisation des PASS, il s'agit de donner envie et les moyens aux professionnels de santé de s'y impliquer, les amener à travailler de façon pluridisciplinaire.

- S'engager aux côtés des professionnels hospitaliers

Les soutenir, notamment en matière d'approche éthique et les former à la prise en charge de la précarité. Médecins du monde et la FHF proposent ainsi la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires permanentes comprenant au moins une assistante sociale et des personnels soignants et médicaux, l'amélioration de la communication sur l'existence des budgets consacrés à l'interprétariat et la création de ceux-ci dans les établissements où ils n'existent pas et la facilitation à l'accès des interprètes professionnels.

- Une action territorialisée et décloisonnée pour l'accès aux soins et à la prévention des plus vulnérables

L'enjeu est de renforcer l'ancrage territorial des hôpitaux et de développer de nouvelles coopérations. Il s'agit donc de renforcer les liens et collaborations entre les hôpitaux et les autres acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux du territoire, en s'appuyant notamment sur les réseaux déjà constituées par les PASS.

- Garantir l'accès aux droits à l'assurance et à la complémentaire maladie à l'hôpital

De trop nombreuses personnes sont aujourd'hui exclues des soins du fait du non recours ou de la difficulté à ouvrir leurs droits en matière de protection sociale. La complexité des démarches, le manque d'accès à l'information ou le défaut d'accompagnement sont autant de facteurs qui expliquent le non recours aux droits d'assurance et de couverture maladie.

Les conséquences du non recours aux droits sont désastreuses tant au plan de la santé des personnes qu'au plan des charges que cela entraîne pour le système de protection social et pour les établissements de santé. Afin de faciliter l'accès aux droits à l'assurance et à la complémentaire maladie par tous, Médecins du Monde et la FHF préconisent de simplifier les procédures et de rapprocher les lieux d'ouverture de ces droits des lieux de prise en charge.

- Donner aux usagers précaires l'occasion d'être acteurs

Expérimenter des programmes de médiation au sein des établissements de santé, mettre en place des formations coréalisées par des usagers à destination des professionnels.

- Faire de l'épidémiologie sociale un véritable domaine d'études

Il est primordial dès aujourd'hui de développer des programmes et une méthodologie de recherche pour les questions de santé et de précarité et d'intégrer ces questions à la formation de l'ensemble des professionnels hospitaliers.

En conclusion, ce rapport met l'accent sur le fait que la prise en charge des personnes les plus vulnérables est une mission sur laquelle il est nécessaire de s'interroger afin de l'adapter aux évolutions de notre société.

1.1.5.3 Le Fonds CMU

La couverture maladie universelle est un régime de couverture médicale « universalisé », par une assurance maladie universelle dont l'affiliation ne repose pas sur une condition de travail mais sur une condition de résidence. Elle est issue de la loi du 27 Juillet 1999 (39) et rendue effective à compter du 1^{er} janvier 2000. On distingue la couverture maladie universelle de base (CMU de base) de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est un dispositif supplémentaire, issu de la loi du 13 Août 2004 (41), visant les personnes disposant de ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-c.

Jusqu'en 1983 existait l'Assurance médicale gratuite AMG créée par la loi du 15 juillet 1893 permettant l'accès aux soins de santé des malades les plus pauvres. L'aide médicale était alors à la charge de l'état et était attribuée sans contribution préalable. À la suite des lois de décentralisation de 1982 (42), la loi du 22 juillet 1983 (43)(44) relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, la charge des prestations d'aide sociale, parmi lesquelles l'aide médicale est transférée alors sur les départements. C'est la création de l'aide médicale départementale AMD .

Jusqu'en 1993, il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour l'assurance maladie que pour l'AMD. La loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France (45), dite « loi Pasqua » introduit cette condition pour bénéficier de l'assurance maladie.

La création de la CMU en 1999 devait à l'origine faire disparaître l'AMD et unifier pour tous les résidents de France dans une protection maladie « universelle », égale pour tous. Le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour l'assurance maladie a conduit au maintien d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier, il s'agit de l'actuelle Aide Médicale d'état AME . Depuis 1999 existe donc un système dualiste : la CMU pour les résidents réguliers d'un côté, l'AME pour les sans-papiers d'un autre côté (38).

La CMU de base

Elle permet une affiliation automatique au régime général d'assurance maladie, sous la condition de résider en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, pour toutes les personnes n'ayant pas accès à l'assurance maladie à un autre titre. Elle donne accès au même panel de soins couverts que les autres assurés. Une cotisation est due. Les personnes dont les revenus annuels dépassent 9534 euros (du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014) paient 8% de la part de leurs revenus fiscaux. Ce seuil est identique quelle que soit la composition du foyer. Cependant pour les personnes dont le revenu est inférieur, ils bénéficient gratuitement de la CMU de base. Fin octobre 2013, on comptait 2 180 511 bénéficiaires.

La CMU-C

Elle assure la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et des frais supplémentaires concernant les soins dentaires, les soins en lunetterie et les prothèses. Elle donne droit également à une dispense d'avance de frais ou « tiers payant », le panier de biens est opposable.

La CMU-C est une garantie complémentaire attribuée en fonction de conditions de ressources. Au 1^{er} juillet 2012, le plafond pour une personne seule était fixé à 7 934 euros par an, soit 661 euros par mois. Au 31 décembre 2011, on estimait à 4 419 942 le nombre de bénéficiaires de la CMU-C tous régimes confondus. Au 31 octobre 2013, on dénombre 4 819 716 bénéficiaires de la CMU-C pour la France entière, tous régimes confondus.

Cette condition de ressources pour accéder à la CMU-C induit un effet de seuil, pénalisant les personnes qui se trouvent juste au-dessus de celui-ci. Ceci a justifié la création de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) par la loi du 13 août 2004. Il s'agit d'une aide financière concrète pour les personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-c et ce même plafond majoré de 35%, c'est-à-dire au 1^{er} juillet 2012, pour une personne seule entre 7 934 euros et 10 711 euros par an, soit entre 661 euros et 892 euros par mois.

Fin octobre 2013, on estimait à 1 119 703 le nombre de bénéficiaires d'attestations d'ACS.

La mesure de revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS prévue par le plan pauvreté est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013 : plus 8,3% dont 7% de revalorisation exceptionnelle.

Selon la dernière évaluation de la DREES, la population cible en métropole, pour 2012, se situe dans une fourchette allant de 5 à 5,9 millions de personnes pour la CMU-C et de 2,7 à 3,9 millions pour l'ACS, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit une fourchette corrigée allant de 2,1 à 3,1 millions de personnes.

Le taux de recours pour la CMU-C se situe entre 66 % et 79 % et pour l'ACS entre 30 % et 43 %.

Pour 2013, l'impact de la mesure pauvreté est estimé en calculant le nombre de personnes qui auraient été éligibles à la CMU-C ou à l'ACS en 2012, avec un plafond d'éligibilité à la CMU-C moyen de 2012 majoré de 7 %. Ainsi, la population cible pour la CMU-C se situerait entre 5,3 et 6,3 millions et celle pour l'ACS entre 3,4 et 4,9 millions, soit entre 2,7 et 3,9 millions en données corrigées. Le nombre de personnes éligibles à l'un ou l'autre des dispositifs serait donc compris entre 8 et 10,2 millions (données corrigées).

Les progrès apportés par la création de la CMU, la CMU Complémentaire et l'aide à la complémentaire sont donc indéniables dans le domaine de l'accès aux soins des personnes se trouvant en situation de précarité.

1.1.5.4 Le renoncement aux soins

Pour poursuivre il paraît fondamental de s'appuyer sur les résultats de la recherche menée par le Dr Caroline Desprès, chercheur associé à l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), et de ses réflexions partagées lors de la 11^{ème} journée de santé publique bucco-dentaire. Celle-ci apporte des éléments qui éclairent la notion de renoncement aux soins en partant de travaux sur une analyse des parcours de soins en milieu précaire mais

également dans d'autres milieux. Deux axes ont ainsi mené la recherche : la signification du renoncement et les déterminants du renoncement aux soins.

La notion de renoncement aux soins est particulièrement étudiée et développée depuis les années 1990. Pour prendre l'exemple de l'enquête de l'IRDES la question est posée sous la forme suivante « au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même à certains soins pour des raisons financières ? » L'étude (31) montre que 15,4% de la population déclarent un renoncement aux soins, dont 10% concernent des soins dentaires et que ce pourcentage s'élève à 22,1% pour les bénéficiaires de la CMU-c. La question est de savoir ce que signifient ces chiffres, comment les personnes enquêtées comprennent cette question et enfin pourquoi les bénéficiaires de la CMU-c renoncent plus que la population dans son ensemble pour des raisons financières ? Ce constat paraît en effet étrange puisque comme nous l'avons démontré précédemment ceux-ci bénéficient d'une gratuité des soins.

Tout d'abord, le premier résultat qui est apparu est que la notion de renoncement aux soins est absente du lexique des individus. En revanche, des situations qui s'apparentent à des renoncements aux soins ont bien été repérées. A savoir que le renoncement au soin est défini comme une absence de recours aux services de santé alors qu'il existe des besoins. La notion de besoin doit alors être définie, or de quels besoins s'agit-il ? Nous parlons souvent de besoins médicalement objectivés, « unmet needs » en anglais, mais il existe d'autres besoins à savoir les besoins ressentis. Or le renoncement aux soins se forge sur des besoins ressentis. Ce renoncement aux soins, conduite individuelle qui suppose une certaine forme de délibération est facilement identifié dans les parcours de soins notamment pour des raisons financières mais non qualifié comme tel par les personnes.

Caroline Desprès repère deux types de renoncement aux soins :

- Le renoncement barrière, plus large que la simple barrière financière, qui interroge les structures sociales ; le système de protection sociale et l'organisation du système de santé comme par exemple le délai des rendez vous, professionnels saturés et indisponibles, refus de soins qui n'existent que pour les bénéficiaires de la CMU-C.

- Le renoncement refus, qui marque soit une critique ouverte du système de santé soit une forme de désintérêt ou de résistance. Soit les personnes refusent de se faire soigner et préfèrent attendre que leur douleur passe, soit elles emploient des méthodes d'autogestion à la maison, soit se tournent vers des médecines dites non conventionnelles (parallèles). Parlons à présent du renoncement comme forme de résistance. Bien souvent, en matière de soins bucco-dentaires nous constatons des formes de désintérêt. Les soins dentaires se situent très souvent en bas de la hiérarchie et passent souvent après d'autres parties du corps. Les catégories précaires priorisent bien souvent l'aspect fonctionnel à l'apparence. Par ailleurs, on constate que celles-ci possèdent une grande capacité à tolérer les symptômes et la douleur. Par conséquent, ils diffèrent les soins dans le temps. En même temps, certaines personnes affirment ne pas aimer aller chez le dentiste parce que les soins dentaires sont douloureux et préfèrent ne s'y rendre qu'en cas de rage de dents. Discours paradoxal puisque se faire soigner est souvent bien moins douloureux que de supporter une rage dentaire. Ceci montre, pour Caroline Desprès, que ce discours sur le dentiste qui fait mal cache autre chose sur le rapport aux professionnels de santé et en particulier au dentiste.

En conclusion, nous notons des attentes variables selon les milieux liées à des normes de santé socialement différenciées. En fonction de ces attentes, il est possible de repérer des renoncements masqués. Ainsi certaines personnes déclarent des renoncements quand elles n'ont pas les moyens de se faire poser un implant mais qu'elles le souhaiteraient. La norme en milieu précaire est de ne pas remplacer les dents manquantes et de porter un appareil quand on ne peut plus faire autrement. Ces normes différenciées proviennent tout d'abord d'un rapport au monde selon lequel les personnes évitent de désirer ce qui est inaccessible. Certains auteurs, en particulier Schwartz (46) parlent d'une morale du renoncement. Ces formes d'auto-privation et d'auto-restriction constituent des manières de consommer et d'être. Par conséquent ils conservent cette manière de se soigner malgré la gratuité des soins. Dans un contexte durable de privation et de difficulté d'accès aux soins pour des raisons financières, quand la pauvreté s'installe, ces normes deviennent ce que Bourdieu appelait un habitus, à savoir des normes propres à un groupe(10). Les personnes s'adaptent à leur environnement et leurs besoins se

calent sur les normes propres au groupe. Les situations de renoncement aux soins sont sous-estimées il s'agit de renoncements maqués. Tout n'est pour autant pas figé et les personnes ne sont pas prisonnières de leurs normes, celles-ci peuvent se retourner positivement.

Les deux types de renoncement ainsi décrits sont imbriqués et s'articulent. Pour autant, le renoncement aux soins appartient à un ensemble très complexe basé également sur des aspects psychologiques, sociaux et psychosociaux.

1.2 La santé bucco-dentaire : enjeux, déterminants, contexte et données épidémiologiques en santé bucco-dentaire

1.2.1 Les enjeux de la santé bucco-dentaire

La cavité buccale joue un rôle essentiel dans la mastication, la digestion, la respiration, la phonation, l'expression faciale et la réception sensorielle. Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité de maladies bucco-dentaires. Inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à distance et favoriser l'apparition, la progression ou la gravité de certaines maladies générales comme nous allons brièvement l'expliquer à présent.

1.2.1.1 Risques pathologiques en santé générale

1.2.1.1.1 Risques infectieux à distance

Un foyer infectieux d'origine parodontale et/ou dentaire à travers la vascularisation des muqueuses et de l'os pourra être à l'origine d'une diffusion dans le corps de bactéries et entraîner des infections à distance. Il n'y a en fait qu'un seul risque d'infection dite focale, c'est-à-dire sur un organe sain, qui concerne le cœur, les autres risques d'infection qui peuvent toucher n'importe quelle autre partie du corps concerneront des organes lésés, pathologiques ou ayant subi des restaurations avec des matériaux ou des tissus exogènes. C'est pourquoi dans un certain nombre de cas, comme par exemple certaines pathologies cardiaques, prothèse de hanche, greffe etc. L'élimination de tout foyer infectieux ou parfois tout risque de foyer infectieux potentiel est normalement un préalable. De la même façon, il peut être préjudiciable pour des patients immunodéprimés, par exemple sous chimiothérapie, d'avoir des foyers infectieux dentaires.

1.2.1.1.2 Risques d'induction ou d'aggravation de pathologies générales

- Les pneumopathies

De nombreuses études ont établi que la cavité buccale peut influencer l'initiation et/ou la progression de maladies pulmonaires comme la pneumonie et broncho-pneumopathie chronique obstructive. Les études ont montré qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou une maladie parodontale pouvaient favoriser la colonisation de la région oropharyngée par des pathogènes respiratoires.

- Les maladies cardiovasculaires

L'athérosclérose est la principale maladie responsable de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire dans les pays industrialisés.

Des études ont établi des associations entre maladie parodontale et athérosclérose, mais également entre maladie parodontale et accidents cardiaques et cérébraux-vasculaires.

On a pu mettre en évidence des bactéries orales dans la plaque d'athérome carotidienne pouvant impliquer une réaction inflammatoire au niveau endothélial et que les cytokines inflammatoires produites au niveau parodontal peuvent induire l'agrégation plaquettaire, la thrombose et la formation d'athérome. Dans des modèles animaux une relation étiologique entre bactéries orales et athérosclérose a été trouvée. Cependant les études épidémiologiques et cliniques, si elles relèvent qu'il peut y avoir une association, ne permettent pas de conclure à un lien causal.

- Le diabète

Des études ont trouvé que le traitement des maladies parodontales, plus particulièrement quand un traitement antibiotique systémique était associé au débridement mécanique du parodonte, avait une incidence sur le contrôle du diabète en diminuant le taux d'hémoglobine glyquée.

L'explication potentielle de ce phénomène serait la production sur le site des maladies parodontales de cytokine pro-inflammatoire et de facteur de nécrose tumorale (TNF- α susceptibles de provoquer une résistance à l'insuline.

L'autre incidence des maladies parodontales sur le diabète serait de favoriser les complications du diabète en particulier au niveau microvasculaire et macrovasculaire.

Si Les études disponibles supportent l'hypothèse d'une incidence de la maladie parodontale sur l'équilibre du diabète, il y a encore besoin d'études rigoureuses pour clairement établir cette relation.

- Bébés prématurés et de petit poids

En 1996 une étude a trouvé une corrélation entre maladie parodontale et naissance de bébés prématurés et de petit poids.

Les mécanismes mis en avant pour expliquer un effet possible des maladies parodontales sur la grossesse sont le passage dans la circulation générale de germes bactériens gram- anaérobie ou de liposaccharides ou médiateurs de l'inflammation d'origine parodontale induisant une action au niveau de l'unité foeto-placentaire. Des expériences sur modèles animaux de contact de bactéries parodontales avec l'unité foeto-placentaire auraient donné des résultats probants.

Cependant bien qu'il puisse apparaître une association entre maladie parodontale et naissances prématurées/de petits poids il n'est pas à ce jour clairement établi de relation causale.

1.2.1.2 Risques de perturbations musculo-squelettiques à distance

Une perturbation des rapports dentaires occlusaux statiques ou dynamiques peut avoir des conséquences sur l'articulation temporo-mandibulaire et l'équilibre des jeux musculaires de l'appareil manducateur.

Il est admis que ces troubles de l'ATM peuvent se communiquer de part en part, par les déséquilibres des jeux musculaires induits, en premier lieu à la région cervicale voire plus loin.

1.2.1.3 Risques liés à l'alimentation

La mastication constitue la fonction première des dents. La perte de dents modifie les capacités masticatoires. Celles-ci diminuent avec le taux d'édentation. La présence d'une prothèse adjointe ne restaure pas complètement ces capacités, et peut même en cas de mauvaise adaptation ne pas apporter, ou très peu, de bénéfices. Se pose alors la question de l'incidence de la perte de capacité masticatoire d'une part sur l'équilibre nutritionnel et d'autre part sur la partie gastro-intestinal du tube digestif.

1.2.1.3.1 Troubles digestifs

La digestion commence en bouche par la mastication et l'action de l'amylase salivaire. La bouche est le seul lieu du tube digestif où nous avons une action mécanique sur les aliments, dans le reste du tube digestif l'action est chimique. Moins les aliments sont mastiqués plus cela entraîne, en compensation une surcharge de travail particulièrement au niveau stomacal. Par ailleurs la mastication et la salive permettent la fabrication du bol alimentaire pour le transit œsophagien.

Un défaut de capacité masticatoire pourra générer des irritations œsophagiennes et des troubles digestifs.

1.2.1.3.2 Troubles nutritionnels

Il a été montré que le défaut de capacité masticatoire, ou les gênes et douleurs engendrées par un mauvais état de santé bucco-dentaire, modifiait les choix alimentaires vers une alimentation moins variée, plus molle et moins riche en nutriments.

Par ailleurs l'absence de mastication aurait une incidence sur la capacité d'absorption, et donc d'assimilation, des nutriments des aliments.

De ce fait un mauvais état de santé bucco-dentaire peut entraîner un déséquilibre nutritionnel.

1.2.1.4 Impacts psychologiques

- Le plaisir : le regard, le sourire, l'expression du plaisir

La bouche est le lieu d'un sens, le goût, mais celui-ci est, dans l'appréciation des aliments, associé à un autre sens : l'odorat. Saveurs et saveurs participent au plaisir de manger. Pour que les sens puissent trouver leur pleine expression le temps et la capacité de mastication jouent un rôle important.

Par ailleurs, l'impossibilité de manger certains aliments du fait d'une capacité masticatoire réduite, peut créer une frustration car on ne peut manger tout ce que l'on aurait envie de manger.

- L'estime de soi

Une société promeut des critères normatifs esthétiques et de représentation sociale. En Chine, par exemple, auparavant, les dents des femmes étaient laquées de noir. Dans certaines tribus d'Afrique les canines étaient taillées en pointe. A Madagascar la présence de dents antérieures en or symbolise différentes choses en fonction des dents concernées etc. Dans nos sociétés occidentales le critère est celui des dents blanches bien alignées. Il s'impose dans les magazines, chez les stars, etc., et à travers cela à l'ensemble de la société. Cependant la façon de réagir aux normes est individuelle et purement subjective et une même situation ne produira pas forcément la même réaction et le même comportement chez deux individus différents.

Des dents altérées, en particulier antérieures, peuvent avoir un impact psychologique par une baisse de l'estime de soi en rapport avec une image corporelle dégradée. Une diminution de l'estime de soi aura des répercussions sur la

confiance en soi. Une apparence altérée pourra modifier l'attitude vis-à-vis des autres, absence de sourire ou évitement, cette perturbation dans la relation sociale ayant en retour une conséquence psychologique.

Les défauts d'élocution pourraient également être évoqués.

1.2.1.5 Impacts sociologiques

- La relation sociale

Si l'apparence peut modifier l'attitude de la personne vis-à-vis des autres ceci ayant en retour des répercussions sur l'attitude des autres vis-à-vis de la personne, elle peut modifier également d'emblée l'attitude des autres du fait des préjugés et des représentations. Une mauvaise haleine aura également des conséquences.

Si cela concerne l'ensemble des relations, ce peut être plus vrai en ce qui concerne les rapports de séduction et avoir des conséquences sur la sexualité.

- Le travail

Se présenter à un entretien d'embauche avec des dents altérées peut entraîner un préjugé défavorable de la part de l'employeur ou de son représentant.

Mais quand on postule pour un poste en relation avec le public cela est rédhibitoire.

Il n'est pas rare de rencontrer des gens à qui on a demandé de se faire soigner les dents pour pouvoir envisager d'être embauché. Or plus les dents sont abimées plus les soins sont sophistiqués, plus ils coûtent cher et moins ils sont remboursés. Ces personnes se retrouvent donc dans un cercle vicieux. Il faut qu'elles se fassent soigner pour pouvoir postuler et elles ne peuvent pas assumer le coût des soins.

1.2.1.6 La qualité de vie

En santé publique on évalue maintenant de plus en plus souvent la santé sous l'angle de la qualité de vie. Or différentes études, utilisant des indicateurs en santé orale de qualité de vie, ont montré que la santé bucco-dentaire pouvait avoir un impact sur la qualité de vie.

1.2.1.7 Conclusion

Les dents appartiennent au corps, elles sont intégrées dans le corps, qui est lui-même une composante de l'individu. La santé bucco-dentaire ne se résume pas à la santé et aux fonctions des dents. Une mauvaise santé bucco-dentaire va avoir une incidence sur l'ensemble des dimensions de la santé générale de l'individu : physique, psychique, sociale.

S'occuper de ses dents et prendre en charge sa santé bucco-dentaire, c'est considérer beaucoup plus que ses dents.

1.2.2 Les données épidémiologiques en lien avec la grande pauvreté santé bucco-dentaire

Les études disponibles concernent principalement les enfants et la carie. Depuis les années 70 dans les pays industrialisés nous assistons à une diminution de l'atteinte carieuse chez les enfants avec une augmentation du nombre d'enfants indemnes. Les études françaises corroborent ce qui est constaté dans les autres pays industrialisés. A 12 ans, le CAO est passé de 4,2 en 1987 à 1,23 en 2006. Des études sur l'adulte réalisées dans d'autres pays ont montré une diminution du nombre d'édentés totaux chez les adultes. On peut considérer que cette évolution est imputable à la prévention.

La maladie carieuse est liée à différents paramètres socio-économiques : la catégorie socio-professionnelle, il y a plus d'atteintes chez les inactifs, les ouvriers ou les employés que chez les cadres ; le revenu, les personnes à haut revenu ont une meilleure santé bucco-dentaire que les personnes à bas revenus, le niveau d'éducation ; l'état de santé varie dans le sens positif parallèlement au niveau d'éducation ; le pays d'origine. En reflet, on constate un plus mauvais état de santé dans les ZEP.

Les études sont rares en ce qui concerne les maladies parodontales. On peut penser que les facteurs socio-économiques entrent également en jeu.

De la même façon, il s'agit de déclaratif, le nombre de dents manquantes non remplacées varient avec la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'éducation, le revenu ou le fait d'être actif ou inactif. Par ailleurs on constate plus de prothèses amovibles chez les ouvriers et employés que chez les cadres et plus de prothèses fixes chez les cadres que chez les ouvriers et employés. Les bénéficiaires de la CMU-C ont plus de prothèses que les non-bénéficiaires d'une couverture complémentaire mais il s'agit le plus souvent de prothèses amovibles. Tout ceci peut révéler d'une part des états de santé différents mais également un accès aux soins différent.

Il existe donc une inégalité sociale forte en santé bucco-dentaire. Si l'amélioration de la santé bucco-dentaire chez les enfants a concerné toutes les couches sociales, les inégalités sociales de santé perdurent.

Les études chez les enfants ont révélé un besoin en soins important, c'est-à-dire des caries non soignées. Ce besoin en soins est plus important chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres. Alors que l'aspect financier rentre peu en compte pour les soins chez les enfants, cela indique qu'il y a d'autres déterminants pour le recours au chirurgien-dentiste.

1.2.3 Quel paradigme, quelle représentation pour la santé bucco-dentaire ?

Généralement la santé bucco-dentaire est évoquée, en particulier par les politiques, pour souligner les inégalités d'accès aux soins. Cette vision de la santé bucco-dentaire, comme pour la santé en général en France, dénote une appréhension curative de la problématique. Si cette dimension doit être prise en compte, sa mise en avant démontre pour le moins une mauvaise appréciation sinon une méconnaissance du sujet.

Les mécanismes de la carie ont été découverts dans les années 60. C'est à partir de ce moment-là que la prévention, et ses moyens, ont pu être développés. Pour la France l'essor de la prévention a commencé au début des années 80.

Au début des années 70, la prévention étant encore peu développée, la très grande majorité de la population faisait l'expérience de la carie et la seule réponse résidant dans le soin les inégalités étaient devant celui-ci. Depuis le début des années 90, avec le développement de la prévention, nous avons assisté, en particulier chez les enfants, à une baisse considérable de l'atteinte carieuse. Par exemple chez les enfants de 6 ans nous sommes passés de 30% d'enfants indemnes de carie dans les années 70 à presque 80%. Il est communément admis,

au niveau international dans les pays développés, que 20 à 25% des enfants présentent 80% des caries dépistées. Si l'inégalité devant les soins demeure, la première inégalité maintenant est devant la santé. Beaucoup d'enfants n'ont jamais expérimenté la carie alors que d'autres cumulent les atteintes. De plus, cette situation est fortement déterminée par le facteur social.

Il en est sûrement de même pour la maladie parodontale.

Il faut noter par ailleurs que la longévité d'un soin dépend également des conditions dans lesquelles il se trouve et donc de la mise en œuvre d'un comportement préventif de l'utilisateur.

Nous avons donc évolué d'une approche curative vers une approche globale préventive et curative où la prévention vient en première intention. D'abord mettre en œuvre la prévention, les soins intervenant en second lieu quand celle-ci n'a pas été suffisamment efficace. La prévention tout en permettant de conserver une bonne santé est également le meilleur moyen de réduire les inégalités d'accès aux soins dans un contexte où la prise en charge n'évoluera pas : en effet, quand on n'a pas besoin de soins le coût des soins ne rentre plus en considération.

Comme le dit Philippe Batifoulier (47):

« La santé ne constitue pas uniquement une affaire de soins. Il n'est pas utile d'aller chez le dentiste pour se brosser les dents. Les inégalités des états de santé proviennent des conditions de travail, de l'insuffisance des revenus, des mauvais logements, des conditions de vie précaires, du chômage. L'état de santé des individus découle des conditions sociales d'existence. Finalement, les inégalités de santé constituent la traduction de la stratification sociale dans les corps. Il est question d'inégalités sociales de santé parce que les plus déshérités souffrent des plus grands problèmes de santé. Pour le dire de façon très lapidaire et simpliste, plus une personne est pauvre, plus elle est malade. Cette situation ne vient pas uniquement du système de soins et de la politique en matière de santé mais des conditions sociales d'existence et des inégalités sociales.

A ceci s'ajoutent les inégalités d'accès aux soins. Quand les personnes ne vont pas voir le dentiste, ce n'est pas parce qu'elles ont peur d'avoir mal comme c'était souvent le cas il y a longtemps. Aujourd'hui, certaines personnes ne consultent pas le dentiste parce qu'elles n'en ont pas les moyens et elles associent fréquemment le dentiste à l'idée de cherté du fait de la faiblesse des taux de remboursement. Les inégalités d'accès aux soins, qui ne sont pas des inégalités d'état de santé, se rajoutent aux inégalités d'état de santé. Plus une personne est pauvre, plus elle est malade et moins elle est couverte. Il y a donc un cumul d'inégalités. »

1.2.4 Les déterminants de la santé bucco-dentaire

1.2.4.1 Généralités

1.2.4.1.1 Facteurs de risque

- La carie

La carie est une maladie infectieuse multifactorielle présentant un facteur causale, la plaque dentaire bactérienne, deux facteurs favorisant les glucides dans leur mode de consommation et le terrain. Le terrain représente les caractéristiques propres de l'individu : qualité des dents, disposition des dents et surtout qualité de la salive. Il faut la réunion de ces trois facteurs sur une certaine durée pour avoir un développement de la maladie carieuse.

- La maladie parodontale

La maladie parodontale est une maladie infectieuse multifactorielle présentant un facteur causal, la plaque dentaire bactérienne, et des facteurs favorisant : le terrain avec un facteur génétique, le tabac et le diabète.

1.2.4.1.2 La prévention

- Le comportement individuel

Il met en jeu les moyens de prévention répondant aux facteurs de risque : l'hygiène bucco-dentaire pour l'élimination de la plaque dentaire bactérienne, avec un dentifrice fluoré pour favoriser la résistance du terrain, une alimentation équilibrée, évitant un grignotage d'aliments solides ou liquides contenant des glucides, l'arrêt du tabac. Il dépend des connaissances, donc d'une éducation pour la santé, réalisée soit de façon collective, soit de façon individualisée au cabinet par le chirurgien-dentiste. Il est influencé par les qualités propres de l'individu et par son environnement.

- Les soins prophylactiques

Ce sont les soins préventifs réalisés au cabinet dentaire par un chirurgien-dentiste : le détartrage, les applications fluorées (verniss et gel fluoré), les sealants, les protections intra-buccales et l'orthodontie.

- Les mesures publiques

Elles peuvent consister en programmes collectifs d'éducation pour la santé ou en mesures collectives de prévention primaire comme la fluoruration de l'eau de distribution ou l'implémentation de sel fluoré dans les cantines comme dans certains pays. Elles résident également dans la couverture sociale de la prévention primaire, éducation pour la santé et soins prophylactiques.

1.2.4.2 Les soins

1.2.4.2.1 L'accès aux soins

Il est lié à la couverture sociale et à l'offre de soins

1.2.4.2.2 Le recours aux soins

Il est lié au comportement de l'individu influencé par ses qualités propres et par son environnement.

1.2.4.2.3 La qualité des soins

Elle est liée aux caractéristiques propres du professionnel de santé, au système de formation initiale et continue et au contrôle.

1.2.4.2.4 Synthèse

Les déterminants de la santé sont exposés sur deux schémas complémentaires, le schéma de Philippe Hugues (figure 10), le schéma de Fisher-Owens (figure 11) traitant des déterminants de la santé bucco-dentaire chez l'enfant.

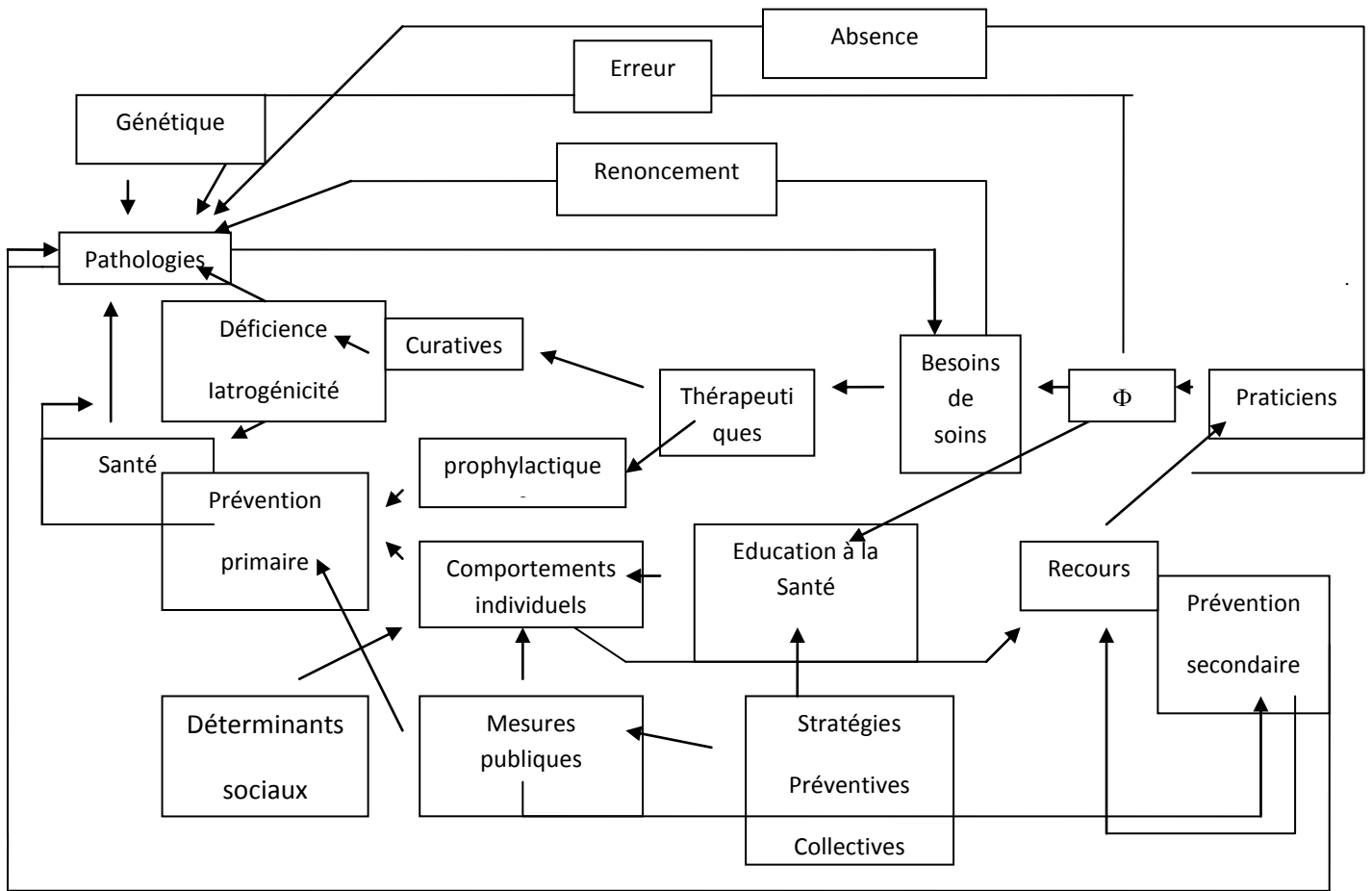


Figure 10 : Hugues 2005

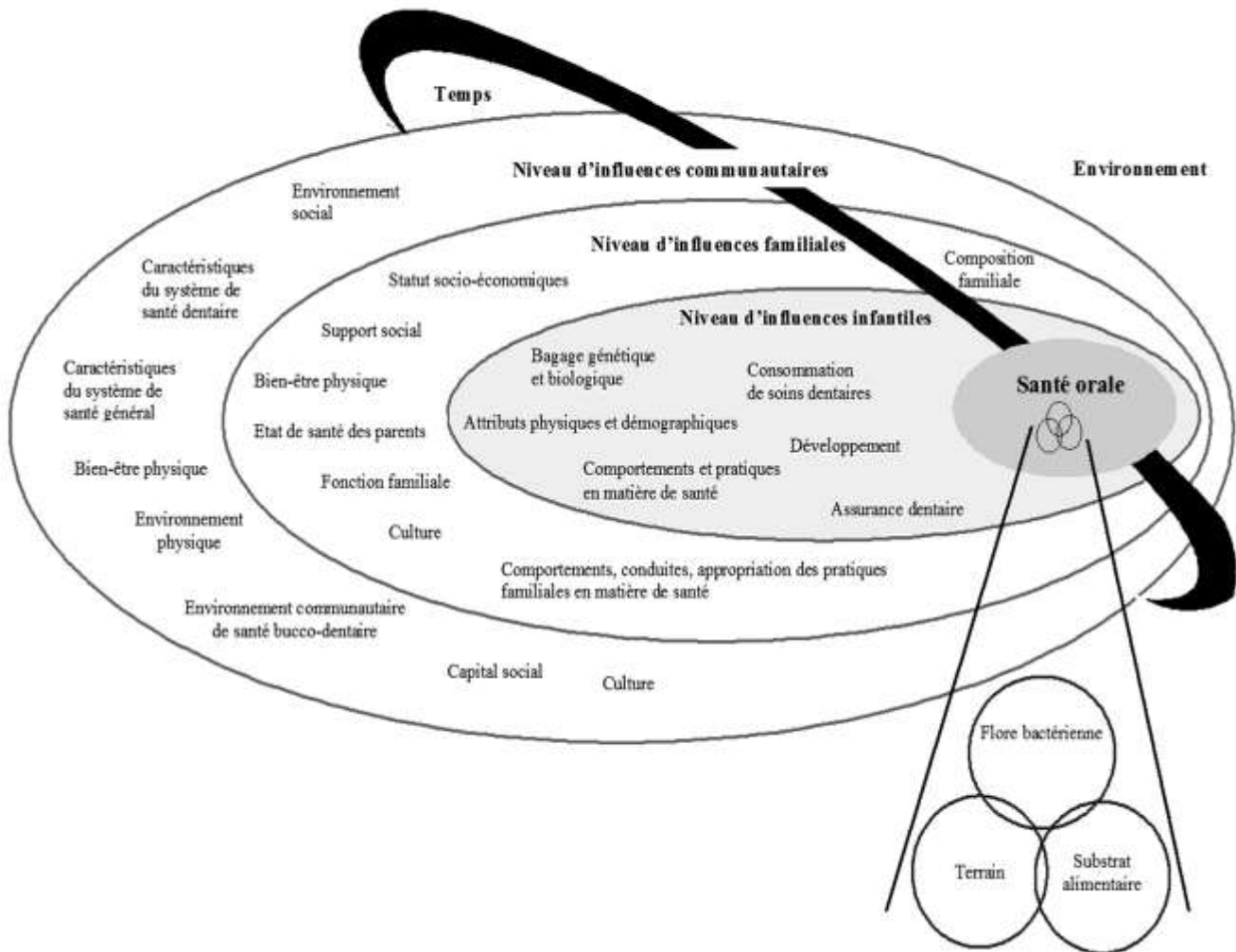


Figure 11 : Fisher-Owens and al. 2007

1.2.4.3.2 L'accès à la prévention

Au-delà de l'absence de programme de prévention, on remarque que l'éducation pour la santé au cabinet n'est pas prise en charge. De plus vernis et gels fluorés ne sont pas couverts, alors que l'indication est posée pour les individus à risques et que ceux-ci se recrutent majoritairement dans les milieux les moins favorisés. Enfin l'orthodontie n'est pas entièrement remboursée ce qui pénalise également les milieux les moins favorisés. Seuls les sealants font l'objet d'une prise en charge.

Nous pouvons noter que la France reste un des derniers pays développés à ne pas posséder d'hygiénistes dentaires, alors que l'éducation pour la santé est rarement réalisée en cabinet, ce qui montre que le système n'a pas encore été réorienté vers la prévention.

Nous constatons enfin que la TVA sur les produits d'hygiène bucco-dentaire est au taux fort, alors qu'ils constituent un élément majeur de préservation de la santé bucco-dentaire, renchérissant par là leur coût.

1.2.4.3.3 Déterminants préventifs de la santé bucco-dentaire

Au départ on résumait la prévention aux moyens qui devaient être mis en œuvre par l'individu. C'est Fejerskov, (48), qui en 1997 a donné une autre approche en incluant comme déterminant l'individu, qui doit mettre en œuvre ces moyens de prévention, dans toutes ses dimensions, figure 12. C'est bien entendu le comportement individuel qui va déterminer pour la plus grande part la présence ou l'absence des facteurs de risque. L'adoption d'un comportement approprié dépend de la connaissance du sujet. Cependant la connaissance est une donnée nécessaire mais pas suffisante. L'attitude, c'est-à-dire les perceptions, représentations et motivations, va induire le comportement. Elle est étroitement liée aux caractéristiques socio-économiques de l'individu la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'éducation et les revenus.

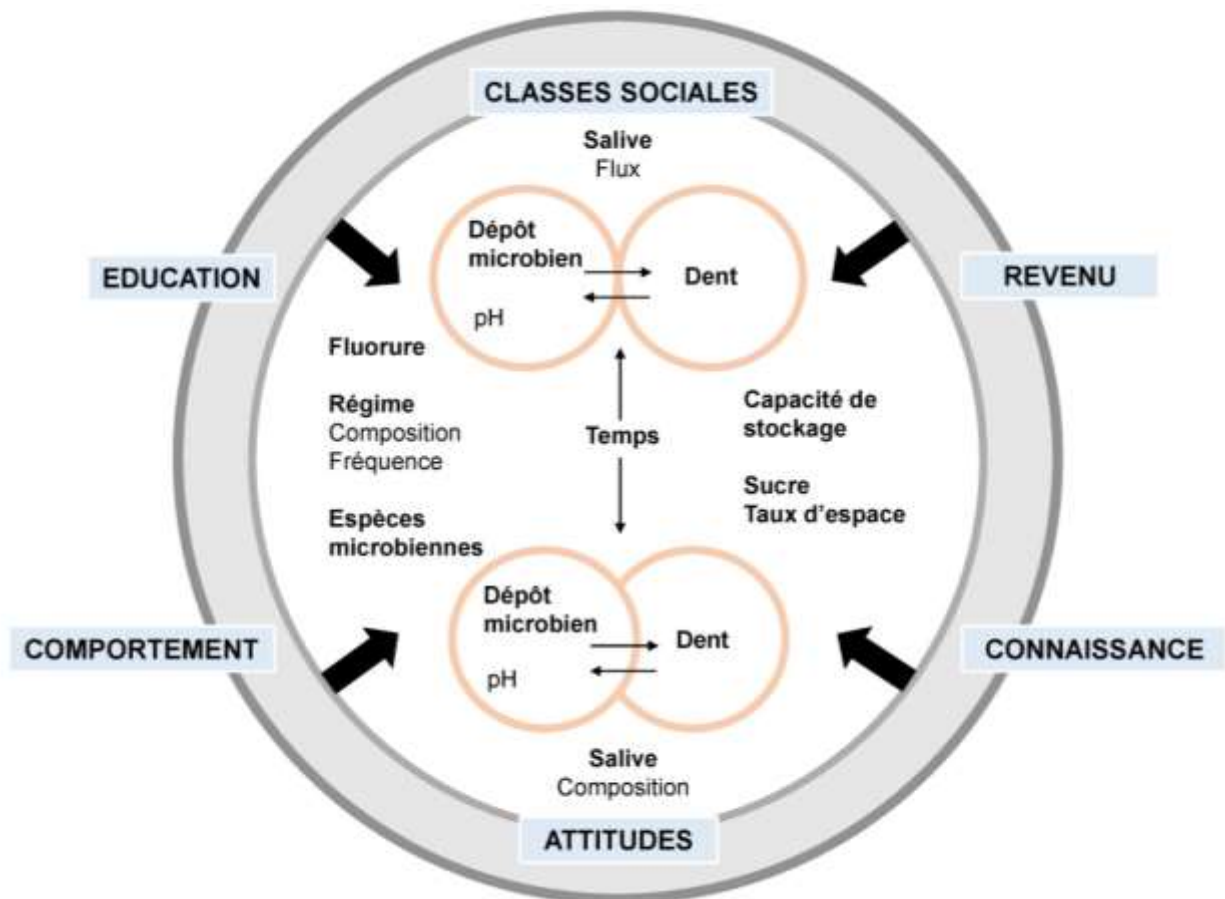


Figure 12 : Fejerskov 1997 (48)

En 2009, dans le cadre de l'évaluation du volet petite enfance (Crèches et Centre de PMI), le Conseil général du Val-de-Marne a diligencé une étude qualitative auprès des parents (49).

Il en est ressorti que les parents utilisaient trois registres correspondant à trois perceptions de la santé bucco-dentaire pour expliquer la nécessité de l'hygiène bucco-dentaire : majoritairement le registre santé, le registre Beauté (esthétique) et très minoritairement le registre social rapport à l'autre .

Trois attitudes face à la santé bucco-dentaire déterminent 3 profils de parents, figure 13 :

| | Les rigoureux | Les passifs | Les non-initiés |
|---------------|--|---|--|
| Les registres | Ils utilisent uniquement le registre santé pour en parler. | Ils utilisent les 3 registres | Ils utilisent davantage les registres beauté et social pour en parler |
| | <p>Des parents qui soit ont reçu une éducation similaire, soit ont eu des problèmes carieux importants dont ils veulent préserver leurs enfants.</p> <p>Le brossage est une étape obligatoire et nécessaire.</p> <p>Elle fait partie de l'éducation et constitue un véritable rituel.</p> | <p>S'ils lui reconnaissent un enjeu santé, le brossage est tout de même perçu comme un moment fortement contraignant qui empiète sur autre chose : le départ à la crèche, le coucher...</p> <p>D'autres leçons d'éducation passent avant : bien manger, avoir fait ses devoirs, le passage aux toilettes avant le coucher...</p> <p>Une opinion qu'ils justifient en jugeant le discours de santé publique (= 2 fois par jour min), comme excessif et relevant plus d'une convention sociale.</p> | <p>Ils ne pratiquaient pas régulièrement le brossage avant de venir vivre en France, ils ne connaissent pas cette "norme".</p> <p>Ils le jugent facultatif, son utilité étant plus liée à l'esthétique (avoir de belles dents) et à la facilitation de l'intégration puisqu'ils estiment avoir une bonne "résistance dentaire".</p> |

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| Rapport au brossage | Le brossage est une priorité | Le brossage est important | Le brossage est accessoire |
| | <p>" J'ai eu beaucoup de problèmes dentaires, encore aujourd'hui d'ailleurs, et je ne veux pas que cela arrive aux petits"</p> <p>"Je me brosse les dents même dans la journée si je mange un gâteau"</p> <p>" Je ne peux pas aller me coucher ou sortir le matin sans m'être brossé les dents, il faut qu'elles soient propres, c'est important, et puis on m'a appris comme ça "</p> | <p>" Le brossage c'est important c'est vrai, mais si on l'oublie ce n'est pas dramatique "</p> <p>" C'est tellement la course le soir, qu'on ne peut pas tout surveiller "</p> <p>" Je préfère leur apprendre d'autres choses comme par exemple bien manger ou le pipi du soir, ils sont encore petits "</p> | <p>" Je leur dis qu'il faut se brosser les dents pour avoir les dents blanches et propres mais moi je n'ai pas été habituée, dans mon pays, tout le monde ne le fait pas "</p> <p>" On n'a pas de problème dans la famille, elles sont solides, on craint rien "</p> <p>" On les brosse de temps en temps"</p> |
| Structure du foyer | Des foyers traditionnels et monoparentaux. La taille de la fratrie excède rarement 3 enfants. | Des foyers traditionnels et monoparentaux. La taille de la fratrie excède rarement 3 enfants. | Des foyers traditionnels et monoparentaux. La taille de la fratrie excède rarement 3 enfants. |
| Catégorie socio-professionnelle | Plutôt des CSP moyennes à élevées. | Plutôt des CSP moyennes. | Plutôt des CSP basses |

| | | | |
|-------------------------|---|---|---|
| <i>Origine ethnique</i> | Ils sont Français, ou plus largement européens. Certains ont des origines africaines ou des îles, mais ont toujours vécu en France. | Ils sont Français, ou plus largement européens. Certains ont des origines africaines, indiennes, ou plus minoritairement maghrébines. | Ils sont arrivés en France il y a une dizaine d'années. Ils sont d'origine africaine ou des îles (Haïti, Madagascar...) |
|-------------------------|---|---|---|

Figure 13 : Attitudes face à la santé bucco-dentaire

Les trois attitudes vont conditionner une éducation et des comportements différents.

1.2.4.4 Les soins

1.2.4.4.1 L'accès aux soins

1.2.4.4.1.1 La couverture sociale

○ La couverture générale

➤ La nomenclature

L'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale indique : « La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut, elle-même, être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. »

Depuis le 30 mars 2005 la Classification Commune des Actes Médicaux CCAM s'est substituée à l'ancienne liste : la nomenclature générale des actes professionnels NGAP . Cependant dans le secteur dentaire la CCAM n'est rentrée en application que depuis le 1^{er} juin 2014 et ne sera définitivement appliquée qu'à partir du 1^{er} août 2014. Tous les documents disponibles portent sur la période de l'application de la NGAP. Quoi qu'il en soit la CCAM, si elle fait rentrer l'essentiel des actes au sein de la nomenclature, ne change rien pour l'utilisateur car ce sont les mêmes actes que précédemment qui donnent lieu à un remboursement selon les mêmes modalités.

Il ressort d'emblée que la liste des actes donnant droit à un remboursement, qui a peu évolué dans le temps si ce n'est dans la période d'il y a 10-15 ans avec la revalorisation du détartrage et l'introduction des scellements de sillons, mesures allant dans le sens de la prévention, ou l'introduction des inlay-core d'un point de vue prothétique, est restreinte. Nous ne nous lancerons pas dans une analyse fastidieuse point par point et préférons noter dans les grandes lignes les actes ne donnant pas droit à une prise en charge :

- En termes de prévention et d'éducation pour la santé, les applications topiques de fluor, les mainteneurs d'espace pour les pertes prématurées de dents temporaires évitant des malpositions en denture permanente ;
- Des traitements pédodontiques comme la coiffe pédodontique ou le traitement endodontique des dents permanentes immatures ;
- La quasi-totalité des traitements parodontaux ;
- Tous les traitements de prothèse conjointe à l'exception des inlay-core et des couronnes : les inlays, les éléments collés et plus évocateur les intermédiaires de bridge ;
- En prothèse adjointe les prothèses immédiates et transitoires, les éléments fixés pour overdenture ;

- Les implants.

➤ La tarification des actes

Les articles L 162-9 et L 162-14-1 du Code de la sécurité sociale indique que les rapports entre les organismes d'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives des chirurgiens dentistes. Cette convention a pour objet, entre autres, de déterminer les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes en dehors des cas de dépassements autorisés par la convention.

○ La CMU-C

D'après les articles L 861-1 et L861-3 du Code de la sécurité sociale les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret ont droit à une couverture complémentaire qui assure, sans contrepartie contributive, la prise en charge de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires et des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale dans des limites fixées par arrêté interministériel et sont dispensées de l'avance de frais.

Par ailleurs l'article L 162-9 précise que la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal, pour la prothèse et l'orthodontie, du dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés. Les tarifs prothétiques et orthodontiques sont donc fixés.

Contrairement à l'idée communément répandue que la CMU complémentaire donne accès à tous les soins dentaires elle ne donne accès, en fait, qu'aux soins qui étaient inscrits à la nomenclature NGAP et qui font maintenant l'objet d'un remboursement dans le cadre de la CCAM, à l'exception du bridge trois éléments qui fait l'objet maintenant d'une prise en charge.

- L'AME

L'article 187-2 du Code de la famille et de l'aide sociale indique que tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du Code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge, au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. L'article 187-3 du même code établit une prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour les soins et prothèses dentaires par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Il ressort de cela que la prise en charge ne concerne, bien évidemment, que les actes anciennement à la nomenclature NGAP et maintenant remboursés dans le cadre de la CCAM mais que de plus les dépassements de tarifs prothétiques ne sont ni fixés, ni couverts.

- L'EBD, l'examen bucco-dentaire de prévention

En 1997 dans le cadre de la convention entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes un examen de prévention, le bilan bucco-dentaire (BBD), était instauré, concernant les 15-18 ans. En 2003 il a été étendu aux 13-14 ans. La convention de 2006 a substitué au BBD l'EBD, l'examen bucco-dentaire de prévention, qui cible lui les âges de 6, 9, 12,15 et 18 ans. L'EBD prend en charge à 100% un examen de prévention sans avance de frais et les soins conservateurs, chirurgicaux et radiologiques consécutifs avec avance de frais.

L'avenant n°2 à la convention, signé en 2012, a étendu l'EBD à la femme enceinte partir du 4^{ème} mois de grossesse. L'avenant n°3 de 2013 a confirmé ce dispositif, qui ne porte que sur l'examen et ne couvre pas les soins consécutifs.

○ La couverture complémentaire

Selon l'enquête ESPS 2012, 89 % des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire hors institution déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé et 6 % de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Ainsi, en 2012, 5 % de la population déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé (50).

Les individus non concernés par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (salariés hors secteur privé, non-salariés, chômeurs et inactifs) déclarent en moyenne plus souvent n'être pas couverts par une complémentaire santé (50).

Dans l'enquête ESPS 2008, 12% des ménages les plus pauvres ne disposaient pas d'une complémentaire santé contre 3% des ménages les plus riches. L'insuffisance de revenus est la première raison de non-recours à une complémentaire santé, mais elle n'est pas la seule. Cette raison est évoquée une fois sur deux dans les ménages les plus pauvres contre seulement une fois sur 6 dans les ménages les plus riches (51).

Parmi les individus couverts par une complémentaire santé privée 46,4 % déclarent être bien ou très bien pris en charge pour les prothèses dentaires (50).

Les contrats d'assurance complémentaire varient en termes de primes et de couvertures pour une grande part en fonction de l'optique et de la prothèse dentaire. Plus le niveau de couverture augmente plus le niveau de prime augmente toutefois l'augmentation d'un niveau à l'autre n'est pas forcément proportionnellement élevée, environ 5%. Le taux de couverture pour la prothèse dentaire peut aller d'une couverture inférieure à la couverture du tarif de responsabilité (5% des contrats) jusqu'à des couvertures de 650% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie (5% des contrats à 480% ou plus). Le taux moyen de couverture est de 194% du tarif de responsabilité (52) (53).

L'IRDES a fait des études sur les assurances complémentaires en fonction de la couverture de l'optique et du dentaire (52). Elle a classifié les contrats en catégories : faibles en optique et en dentaire, moyens en optique et en dentaire, fort en optique et fort en dentaire. Le premier groupe représente 39,8% des contrats, le deuxième groupe représente 42,6% des contrats et le dernier groupe 7,5 % des contrats.

Cependant ceci ne nous semble pas exactement refléter le dentaire car dans la partie moyenne il y a des contrats faibles en dentaire, dans les forts en optique il y a des contrats faibles etc. En regardant la distribution des contrats sur le document de l'IRDES, même si cela n'est pas très scientifique, a priori plus de 50% des contrats propose un remboursement inférieur ou égal à 200% du tarif de responsabilité ce que l'on peut considérer comme faible en dentaire. Si nous prenons en considération un tarif moyen pour une couronne céramique estimé par l'Assurance Maladie de 650 euros cela laisse un reste à charge d'au moins 360 euros.

Le niveau de couverture est lié à la catégorie socioprofessionnelle et au revenu du ménage, et de façon plus fine au revenu du ménage par unité de consommation et augmente avec ceux-ci. Il y a donc une inégalité sociale devant le niveau de couverture. Cependant l'existence de contrats collectifs, proposés par les entreprises, qui couvrent 7 salariés sur 10 dans le secteur privé hors agricole, avec dans certains cas une participation de l'entreprise au paiement, offrant des niveaux de couverture globalement supérieurs aux contrats individuels, module cette inégalité, certains ouvriers ou employés, en quantité non négligeable, pouvant accéder à des contrats moyens ou même forts. Un autre paramètre qui module le paramètre social de la couverture est la démarche individuelle qui prévaut au choix de sa couverture : on constate que des cadres ont une faible couverture(53)(54).

Pour envisager globalement le problème il faudrait aussi tenir compte du poids du reste à charge en fonction des revenus du patient. Deux personnes qui ont une couverture moyenne et un même reste à charge n'envisageront pas forcément les choses de la même façon en fonction de leurs revenus. Ceci est à prendre en compte dans les inégalités d'accès aux soins liées à la couverture.

○ Le renoncement aux soins pour raisons financières

Selon les comptes nationaux de la sécurité sociale de 2012 publiés par la DREES les dépenses de soins dentaires avaient été couvertes pour 32,15% par la sécurité sociale, pour 3% par l'État (AME) et la CMU-C, pour 38,3 % par les assurances complémentaires et pour 26,55 % par les ménages.

En 2012, selon l'enquête ESPS, près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. En France métropolitaine, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans. Si on examine le renoncement aux soins dentaires en fonction de la complémentaire santé il est de 16,2 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé privée, de 21,6% pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 41,4 % pour les non-bénéficiaires d'une complémentaire santé (50).

La complémentaire santé joue un rôle important dans le comportement de recours aux soins. La CMU-C a eu un accès positif sur l'accès aux soins de ceux qui en ont bénéficié(55) (31).

Il y a un gradient social du renoncement. Les catégories sociales les plus basses déclarent le plus de renoncements. Les actifs occupés déclarent moins de renoncement que les inactifs ou les chômeurs (56).

Le cumul de vulnérabilités sociales apparaît comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, et ceci quels que soient les soins concernés et le niveau de revenu donné (31).

Au total, neuf dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore conjuguées. On peut les caractériser comme suit :

- les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe ;

- la situation présente ou récente, au cours des douze derniers mois : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances ;
- la perception du futur proche : crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l'année qui vient.

La présence de professionnels pratiquant des honoraires libres peut aussi expliquer le renoncement. Le renoncement aux soins pour raisons financières est le plus fréquent pour les soins dentaires dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés (31).

1.2.4.4.1.2 L'offre de soins

o La démographie médicale en santé buccodentaire

D'après le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes il y avait au 1^{er} octobre 2012, 40229 chirurgiens-dentistes en activité, ce qui correspondait, en utilisant les données démographiques de 2009, 64 dentistes pour 100 000 habitants. Cependant en considérant la métropole nous trouvons une grande disparité géographique de la densité de chirurgiens-dentistes qui variait selon les départements de 35 à 135 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants à Paris. Les taux les plus faibles se trouvaient dans des départements ruraux. Toutefois des disparités urbaines existaient. En regardant la densité sur Paris et la petite couronne on s'apercevait que la Seine-Saint-Denis, département le plus défavorisé socio-économiquement, avait la plus basse densité de praticiens, inférieure à la moyenne nationale.

Les projections au regard du numerus clausus prévoyaient en 2030 un nombre de 27000 praticiens. Cela a amené à augmenter le numerus clausus mais pas au point de compenser les départs à la retraite. Bien évidemment le nombre adéquat de praticiens doit être défini par rapport aux besoins de la population sachant que les jeunes générations présentent moins d'affections bucco-dentaires.

Toutefois, à l'heure actuelle, alors que les cabinets sont pleins, toute une frange de population à besoins spécifiques n'est pas prise en charge.

Nous pouvons peut-être nous inquiéter dans le futur sur l'offre de soins en milieu rural ou en zone urbaine défavorisée.

○ La nature de l'offre de soins

En 2012, toujours selon l'ONCD, l'offre de soins était à 93% libérale. Si on excepte les services hospitalo-universitaires l'offre odontologique hospitalière est négligeable. La répartition de l'offre odontologique hospitalière est très inégale et celle-ci est absente dans certaines zones. Le reste de l'offre salariée se retrouve dans les centres de santé : Centres municipaux de santé, Centres de CPAM, Centres mutualistes et autres centres de santé privés. La répartition de ces centres est très inégale. Il faut noter que ce sont les personnes les moins favorisées qui ont le plus tendance à fréquenter les services hospitaliers et les centres de santé, or cette offre est limitée.

○ Le refus de soins dans le domaine des soins dentaires

Deux études par testing en région parisienne, l'une dans 6 villes du Val-de-Marne, l'autre à Paris, commanditées par le fonds CMU, ont donné respectivement 39,1 % et 31,6 % de refus de rendez-vous imputable à la CMU-C (57)(58). Dans la première étude il est indiqué qu'il s'agissait d'une demande de soins de base et que peut-être le taux aurait été plus important s'il s'était agi d'une demande prothétique. Par contre une troisième étude menée dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne a donné des taux de refus respectivement de 13,6% et de 4,9% (59). Cependant on note l'existence de refus déguisé comme des délais de rendez-vous très importants. En ce sens le Service de santé publique dentaire du Conseil général du Val-de-Marne qui gère un dispositif de panier de soins bucco-dentaire complémentaire au panier de soins de la CMU-C destiné aux allocataires du RSA reçoit des demandes d'aide pour des devis portant sur des soins prothétiques

entièrement pris en charge par la CMU-C mais pour lesquels les tarifications de la CMU-C ne sont pas respectées. Ce peut être lié à une méconnaissance de la CMUC par le praticien ou une façon de refuser sans refuser de recevoir.

Par ailleurs l'étude pour le Fonds CMU dans le Val-de-Marne relève que d'autres formes de discrimination peuvent être démasquées, bien que plus sournoises et moins objectives :

- restrictions aux soins,
- aménagements spécifiques,
- qualité de l'accueil

La restriction de l'accès aux soins pourrait être illustrée par une étude de 2003 de l'Assurance maladie sur la comparaison de l'état de santé bucco-dentaire entre la population générale et la population des bénéficiaires de la CMU-C, et ce après la réalisation de traitements prothétiques. Si dans les deux populations un nombre important d'individus présentait des pathologies non traitées après traitement prothétique, induisant une absence de remise en état de la bouche avant la prothèse, le nombre de cas était significativement plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (59).

L'attitude des professionnels peut être mise en relation avec l'éthique personnelle, la méconnaissance ou des a priori sur la population des personnes en situation de précarité, la méconnaissance du dispositif de la CMU-C, l'environnement socio-économique du cabinet etc.

1.2.4.4.2 Le recours aux soins

Nous avons vu précédemment l'existence d'un renoncement aux soins pour raisons financières. Ce mode de renoncement peut exister aussi a priori pour les gens ayant à l'esprit que les soins dentaires coûtent cher et n'entamant même pas la démarche de recours au chirurgien-dentiste.

Cependant les raisons financières n'expliquent pas à elles seules les comportements de recours aux soins et les renoncements.

Une étude, réalisée par le Service de santé publique dentaire du Conseil général du Val-de-Marne, de contrôle du recours au chirurgien-dentiste suite à un dépistage, par des enfants pour lesquels des caries avaient été détectées et de l'information transmise aux parents, a montré un taux de 46,5% en CM2 et de 23% en classes spécialisées. Or ces enfants bénéficiaient de la part de la Caisse primaire d'Assurance Maladie du Val-de-Marne d'un titre de prise en charge à 100% de la consultation et des soins conservateurs sans avances de frais (60).

Le taux de réponse au bilan bucco-dentaire BBD et maintenant à l'examen bucco-dentaire (EBD) est relativement peu important, alors que l'examen est gratuit sans avance de frais et même si les soins conservateurs sont gratuits mais avec une avance de frais.

En 2005, dans la consultation du CHU de Toulouse 28,2 % des personnes non précaires n'allaient pas au bout du premier soin, ce qui ne peut s'expliquer simplement que d'un point de vue financier au regard du taux de couverture par une complémentaire de cette population (61).

Régnaut (62) a étudié les motifs de non réalisation des soins et a relevé au-delà des paramètres financiers d'autres paramètres. En premier lieu la peur : peur du dentiste, sans liaison significative avec le vécu, correspondant à une image culturelle ; les craintes physiques de la douleur, de la piqûre ; les expériences négatives liées à des douleurs dentaires ou à des soins dentaires ; l'appréhension devant toute investigation médicale. En second lieu l'absence de motivation pour la

santé dentaire, conjointe à l'absence de culture médicale. Elle relève le repère qui fait sens : l'absence de douleurs et de sensations. Enfin elle note le refus de la prothèse amovible lié à l'inconfort ou à l'impact psychologique de son port.

Sophie Emmanuelli qui a travaillé auprès des sans domicile fixe, en ce qui concerne les personnes en grande précarité met en avant les modifications de l'image corporelle et du rapport au corps (63). La désocialisation liée à la précarité ne permet pas de retrouver le chemin des structures médicosociales classiques, ni d'avoir un comportement socialement approprié et nous savons que pour se réinscrire il est nécessaire d'avoir un accompagnement.

Nous pouvons nous poser la question suivante : lorsque l'on est à la recherche d'un emploi, que l'on est préoccupé par la question du logement, le problème de manger, est-ce que cela n'amène pas à secondariser certaines choses ?

En 2012, en France métropolitaine, 17 % des bénéficiaires majeurs de l'Assurance Maladie déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parce que le délai d'attente pour un rendez-vous était trop long, et 3 % parce que le cabinet était trop éloigné ou que les individus avaient des difficultés de transports. Contrairement au renoncement pour raisons financières, ces renoncements pour des difficultés d'accès ne sont pas liés à la détention d'une complémentaire santé ni à des facteurs économiques (50). La proximité du cabinet avait joué un rôle également dans la participation au BBD(64).

D'après l'évaluation du BBD les adolescents qui avaient déjà un suivi régulier ont plus participé au BBD (64).

Le recours aux soins, et plus significativement la consultation préventive chez le chirurgien-dentiste sont liés à différentes caractéristiques (56). Les cadres sont la catégorie faisant le plus souvent appel aux soins, les ouvriers non-qualifiés et les agriculteurs le moins souvent. Il en va de même pour le recours préventif. Le recours augmente fortement selon le niveau d'études, tant en soins qu'en recours préventif. La distinction actifs occupés / chômeurs semble par contre inopérante en matière de soins, les inactifs recourant moins. Par contre les actifs occupés recourent plus en

préventif. Le recours aux soins diminue en général avec le revenu, sauf pour les deux tranches de revenus les plus basses. Peut-être doit-on voir dans cette dernière donnée un effet CMU. Le recours au préventif est, lui, proportionnel au revenu.

Dans le cas du BBD, il a pu y avoir un effet d'aubaine pour les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées mais les personnes les plus défavorisées n'y ont pas souscrit (64).

Christophe Bedos a travaillé, au Québec, à travers des entretiens, sur le rapport à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de grande pauvreté (65).

« En premier lieu, les personnes en situation de pauvreté ne consultent pas de manière préventive, estimant qu'en l'absence de symptômes elles sont exemptes de caries et que, par conséquent, la consultation n'est pas nécessaire ».

En cas de problèmes, elles ont recours à l'auto traitement avec des méthodes empiriques qui aident à supporter la douleur. Elles ne se décident à consulter que tardivement, lorsque la douleur devient insupportable. Il arrive que ces personnes négocient les plans de traitement avec le praticien et demandent des extractions plutôt que des soins conservateurs. Par ailleurs, l'interruption des traitements est relativement commune lorsque, après une première visite chez le dentiste, la douleur a disparu. Nous avons constaté beaucoup d'anxiété et de peur vis-à-vis du chirurgien-dentiste : autant ces personnes ont une tolérance élevée au mal de dents autant leur peur de la douleur au fauteuil dentaire est grande.

Un autre point inquiétant doit nous interpeller, c'est le manque de confiance accordée à la profession de chirurgien-dentiste. Les personnes en situation de pauvreté trouvent que les dentistes ne les comprennent pas, qu'ils ne comprennent pas leur parcours et les difficultés qu'elles rencontrent. Elles trouvent que les professionnels privilégient leur intérêt personnel aux dépens de l'intérêt des patients. Par ailleurs, les personnes interrogées souhaitent obtenir des traitements rapides, peu chers et durables. En l'occurrence, elles préfèrent souvent l'extraction au

traitement endodontique et s'orientent progressivement vers la prothèse complète qui devient la « chirurgie plastique des pauvres ».

Les personnes interrogées nous ont décrit leurs expériences négatives au cabinet dentaire : expériences traumatisantes reliées à la douleur, mais également du fait de leur incapacité à payer certains traitements, la couverture de base excluant les traitements endodontiques et les prothèses fixes. Elles se sentent souvent stigmatisées, humiliées par leur situation de pauvre, et rapportent parfois le sentiment d'être exclues, d'être traitées différemment des autres.

Il a donc observé chez ces personnes un cycle de rejet du système de soins dentaires. Ce cycle comprend trois composantes :

- des stratégies d'utilisation caractérisées par le non-recours aux soins,
- des attitudes de rejet envers la profession dentaire,
- des expériences négatives au cabinet dentaire.

Caroline DESPRES a également étudié, en France, le renoncement aux soins en particulier dans les populations précaires (66). A côté du renoncement aux soins pour raisons financières, elle a repéré deux types de renoncements. Le premier est le renoncement barrière qui, plus large que la simple barrière financière, interroge les structures sociales, le système de protection sociale et l'organisation du système de santé. Nous pouvons par exemple penser aux délais de rendez-vous, aux professionnels saturés et indisponibles, des refus de soins qui n'existent pas que pour les bénéficiaires de la CMU-C. Les personnes évoquent également un autre type de renoncement, nommé renoncement refus, qui marque davantage soit une critique explicite du système de santé, soit une forme de désintérêt ou de résistance.

Ce refus est équivalent au rejet de Christophe Bedos. Nous retrouvons les mêmes constats que chez ce dernier. Mais elle note également un désintérêt en matière bucco-dentaire. Les personnes établissent des hiérarchies corporelles. Le type de fonction ou de partie du corps qui est touché par une maladie, par un désordre ou par une dysfonction varie d'une personne à l'autre. Les soins dentaires se situent très souvent en bas de la hiérarchie et dans la majorité des cas, ils passent après d'autres parties du corps qui sont plus valorisées. Par ailleurs, les

catégories précaires priorisent l'aspect fonctionnel sur l'apparence. Cette priorisation est importante en matière dentaire.

En analysant l'ensemble des entretiens, elle a pu noter des attentes variables selon les milieux, liées à des normes de santé socialement différenciées.

1.3 Le Mouvement ATD Quart Monde

Le Mouvement ATD Quart Monde (Agir Tous pour la Dignité), créé en 1957 par Joseph Wresinski sous l'impulsion de quelques familles très pauvres, a rappelé l'existence d'une population qui, au plus bas de l'échelle sociale, dans toutes les sociétés, subit la misère depuis plusieurs générations.

Cette couche de population, exclue de la vie associative, syndicale, politique, religieuse, démunie face aux procédures administratives, est dépendante des œuvres d'entraide, figures¹⁴ et 15. Elle appartient à un même peuple, avec une histoire, des analyses et des espérances communes. Que la misère soit vécue en Afrique, en Europe, aux États-Unis ou ailleurs, elle parle d'une même histoire, a les mêmes difficultés et les mêmes stratégies. Ce peuple du Quart Monde où qu'il vive ne bénéficie pas des mêmes conditions de droits que les autres citoyens : il est écarté de l'accès normal au logement, à l'alimentation, à la protection de la santé, à l'instruction, aux métiers, il n'a pas vraiment droit à la parole.

Joseph Wresinski voulait que ces familles pauvres et exclues puissent vivre dans la dignité, qu'elles aient les moyens d'élever leurs enfants, qu'elles puissent participer, par leur expérience et leur travail, à l'avenir de leur pays, qu'elles prennent place dans les projets de société, qu'elles acquièrent les moyens d'expression et les moyens de représentation dont disposent les autres groupes de citoyens.

La loi de lutte contre les exclusions en France du 29 juillet 1998, aboutissement des préconisations du rapport Wresinski du Conseil Économique et Social de 1987, proclame dans son article 1 que « *La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance* »(37).

La métaphore du trampoline

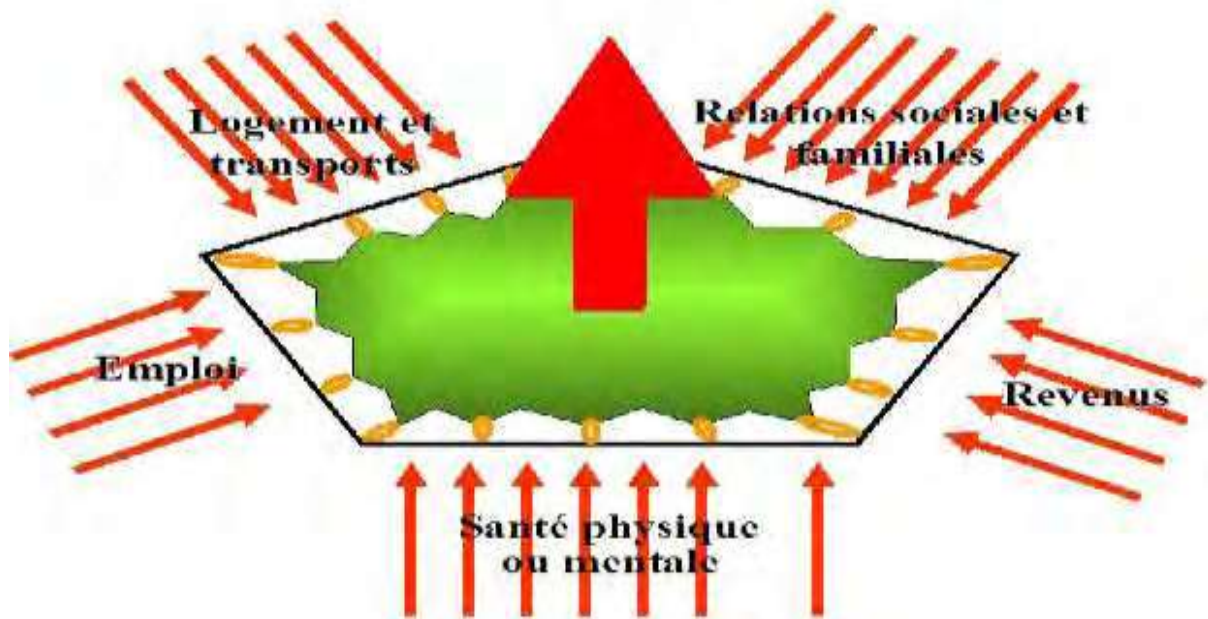


Figure 14 : Métaphore du trampoline

La parabole du trampoline Pierre Larcher

La pauvreté est le résultat d'un cumul de précarités, c'est la perte d'un ensemble de ressorts qui permettaient à la personne de rebondir dans la vie comme sur un trampoline. Chaque atteinte à un droit fondamental a un effet sur les autres car, plus la situation devient difficile, moins il y a de possibilités de répondre aux sollicitations et à la fin, comme un trampoline qui a perdu trop d'élastiques, tout saute et on ne rebondit plus dans la vie, on s'enferme dans la misère. Ainsi la perte du logement a un impact sur la santé, la perte du lien social a un impact sur l'alimentation, sur le bien être psychique et sur la santé, et la perte de la santé a un impact sur les conditions d'accès au travail, sur les revenus et sur le lien social. On ne peut pas non plus dissocier les atteintes aux droits, notamment celui à l'alimentation.

La parabole du yo-yo Marie France Zimmer

« Le problème de cette assistance dans la misère qui se dessine, c'est le problème du yo-yo. Tu sais, tu pars de bas, on te remonte un peu, tu y crois, tu refais des projets dans la vie et on te l'enlève subrepticement, l'air de rien. Tu replonges plus bas, avec des frais sur le dos et bien des frustrations, t'y as cru ! Le mieux ce serait de ne plus dépendre des autres, de pouvoir retravailler. Quand ce que tu as, tu l'as avec ton travail, tu sais qu'on ne te le reprend pas. Quand on arrive dans les aides sociales, on tombe sous des puissances qui nous dépassent. Quand une personne tombe dans la précarité, elle est à la merci des pouvoirs qui distribuent les aides sociales, il devient ainsi très dur de prévoir l'avenir. Plus on vit dans la précarité, plus on dépend des aides et rien ne garantit qu'elles pourront continuer à être attribuées. Si on arrive à monter une ou deux marches et qu'à cause d'une décision prise en haut lieu, on se voit descendre quatre marches en arrière, tu vas de plus en plus bas... et au bout d'un moment, tu abandonnes, tu te replies. »

Figure 15 : Parabole du trampoline, parabole du yo-yo

1.3.1 Objectifs

Le Mouvement ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde est un mouvement de défense des Droits de l'Homme, apolitique et aconfessionnel. Reconnu d'utilité publique, le mouvement s'est engagé avec des personnes vivant dans la grande pauvreté pour défendre les convictions suivantes :

- La misère n'est pas une fatalité. Elle est une violation des Droits de l'Homme
- Les Droits de l'Homme sont indivisibles. Sans la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels aussi bien que les droits civiques et

politiques, aucune personne, aucune famille ne peut vivre dans la dignité et assumer ses responsabilités

- L'assistance ne suffit pas pour permettre aux personnes et aux familles les plus démunies de sortir de la misère et de mettre en œuvre leur projet de vie : la prise en compte de leur pensée et de leur expérience est indispensable si l'on veut vaincre la misère.

Le mouvement a été fondé en 1957 par Joseph Wresinski, prêtre dans un bidonville de la région parisienne. C'est lui qui, en 1968, forge le mot « Quart Monde » en référence au « quatrième ordre » qui tenta de se faire représenter aux Etats généraux de 1789. Geneviève de Gaulle Anthonioz en a été la présidente, de 1964 à 1998, puis Paul Bouchet de 1998 à 2002, Pierre Saglio de 2002 à 2011. Le président actuel est Pierre-Yves Madignier.

1.3.2 Engagements et représentations

Présents aujourd'hui dans 25 pays, les membres du mouvement ATD Quart Monde s'engagent :

- Pour permettre à des familles très démunies de faire valoir leurs droits par des actions menées dans les domaines de l'accès au savoir, de la formation, de la santé, du logement, de la prise de parole
- Pour rassembler des personnes de toutes conditions refusant la persistance de la grande pauvreté
- Pour qu'au plan local, national ou international les aspirations des familles les plus pauvres soient prises en compte

Le Mouvement ATD Quart Monde mène des actions

- Avec les personnes en situation de pauvreté : des actions essentiellement de type culturel pour donner les moyens à ces personnes de devenir réellement des partenaires et pour créer du lien social (université populaire, bibliothèque de rue, semaines de l'avenir partagé etc.

- Auprès de la société pour que l'ensemble des citoyens change son regard sur les plus pauvres et les considère comme des personnes ayant leur dignité (journée internationale du refus de la misère le 17 octobre)
- Auprès des responsables, à tous les niveaux, de la commune aux instances internationales, pour que les lois, les textes, les procédures tiennent compte de la vie, de la pensée et des aspirations des personnes en situation de pauvreté. Ainsi ATD Quart Monde, avec d'autres associations, a eu un rôle décisif dans l'élaboration de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions en 1998, ainsi que la loi sur la création de la CMU en 1999. Le mouvement est actuellement représenté au Conseil Economique et Social, au Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, à la Commission Nationale Consultative des Droits de l'homme, à l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale, à la Conférence Nationale de Santé, à l'Agence Nationale d'évaluation des politiques sociales et médico sociales et au conseil de surveillance du fonds CMU.
- Le Mouvement ATD Quart Monde a été largement porteur du courant qui bouscule l'idée que « l'on n'a rien à apprendre des pauvres », mais qui affirme bien au contraire que c'est aussi par leur prise de parole et par leur participation aux actions de lutte contre la pauvreté que l'effectivité de l'accès aux droits se construit. C'est l'échange entre professionnels et usagers qui permet une meilleure connaissance de la réalité. Cet échange a été nommé « croisement des savoirs ».

ATD Quart Monde dans le domaine de la santé

Les travaux menés généralement dans le domaine de la santé sont du ressort du «droit à la santé » (droit à l'accès aux soins, droit au geste thérapeutique, à l'accès financier...) Mais pour ATD Quart-Monde, les droits fondamentaux font appel au droit de la « protection de la santé » qui implique plus généralement une attention à un environnement vivable, à des déterminants de la santé et des déterminants sociaux favorables à la protection de la santé ; la santé bucco-dentaire est dépendante de ces déterminants comme nous l'avons vu. Une attention particulière

est ainsi apportée aux recherches menées par le Mouvement dans le domaine environnemental et social en lien avec la santé des plus pauvres pour :

- Mettre en cohérence les politiques de développement durable et la santé des plus pauvres

Le développement durable et ses politiques permettent de lier plusieurs objectifs fondamentaux entre eux : la cohésion sociale, les plans « santé environnement », la protection de la santé des individus, la lutte contre l'extrême pauvreté et l'éradication de la misère. Ces politiques sont impulsées au niveau international et le lien entre le développement durable et la santé est clairement établi. Dans la Déclaration finale de Rio sur le développement durable, « les Chefs d'État et de gouvernement et représentants de haut niveau avec la participation pleine et entière de la société civile » affirment clairement que leur vision commune pour l'avenir est l'éradication de la pauvreté pour laquelle les mesures permettant de lutter contre la faim et la malnutrition sont fondamentales : « L'élimination de la pauvreté est le plus grand défi auquel le monde doit faire face aujourd'hui et un préalable indispensable au développement durable. Ainsi sommes-nous déterminés à affranchir d'urgence l'homme de la faim et de la pauvreté »(67).

Le développement durable est une question qui est au cœur de la réflexion du Mouvement ATD Quart Monde. Les revues Quart Monde du mois d'Août et Novembre 2010 (n° 215 et 216) développent cette question essentielle : « Développement durable : avec ou sans misère ». Préserver la cohésion sociale, favoriser l'épanouissement de tous les êtres humains, lutter contre le changement climatique, préserver les ressources, produire et consommer de manière responsable, sont des finalités qui nous questionnent. Lors d'un séminaire de travail « Santé, Précarités et Développement durable : les plus pauvres acteurs et partenaires ? », nous avons pu rechercher des analyses et des préconisations communes en mettant les gens pauvres au cœur des projets, au cœur des préoccupations et en travaillant avec eux pour faire remonter des solutions et harmoniser les politiques prenant en compte les différentes finalités des politiques de développement durable. Actuellement, un travail est aussi mené pour interroger les objectifs du millénaire pour le développement à la mesure de l'éradication de la

pauvreté : étudier l'impact de ces politiques sur l'éradication de la pauvreté, leurs conséquences pour les plus pauvres.

- Rendre effectif le droit à la protection de la santé

Afin que change une situation scandaleuse : le non accès à des conditions de vie qui permettent une vie saine et suffisante d'une partie des enfants et des adultes de notre pays, le département santé et l'institut de recherche d'ATD Quart Monde France ont, depuis plusieurs années, mis la priorité sur les recherches qui concernent l'accès des familles pauvres aux conditions nécessaires pour protéger leur santé et particulièrement pour se nourrir. Car, « fondamentalement, la cause du problème de la faim et de la malnutrition n'est pas le manque de nourriture mais le fait que de vastes segments de la population mondiale n'ont pas accès à la nourriture disponible, en raison entre autres de la pauvreté. »(68) « **Tout le monde a droit à manger, tout le monde a droit à acheter** » disait une militante. Le travail d'ATD Quart-Monde s'inscrit dans la volonté d'avancer vers des solutions permettant de garantir à tous le droit d'obtenir dignement les moyens d'accéder à une nourriture adéquate afin de se nourrir et nourrir ses proches, et par là d'assurer la mise en œuvre et le respect du droit humain fondamental à l'alimentation en France (69), consacré notamment dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 (art 25) et dans le Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux de 1966 (art 11).

Une action de veille et de proposition

Des réseaux Wresinski ont été créés par ATD Quart Monde dans chacun des champs définis par la loi de lutte contre les exclusions en lien avec les droits fondamentaux pour assurer une veille permanente sur l'application de la Loi de 98. Ces réseaux sont constitués sur tout le territoire avec des personnes engagées à ATD Quart Monde : universitaires, professionnels de terrain, professionnels des administrations, bénévoles, mais aussi militants du Quart Monde continuant à vivre la réalité de la précarité et de l'exclusion tout en se battant avec le Mouvement pour faire disparaître les racines de la misère. Lors des travaux du Réseau WRESINSKI Santé sur les représentations, deux paraboles ont été imaginées(70). Elles illustrent chacune à leur manière, avec des mots différents « la grande pauvreté » suivant qu'il s'agit d'un médecin ou d'une militante Quart Monde qui s'expriment. Elles rappellent

les mécanismes à garder en mémoire lorsque l'on travaille sur la protection de la santé en milieu défavorisé.

Une action de valorisation du savoir des plus pauvres et de leurs capacités à émettre des préconisations et à les faire exister

- Reconnaître le savoir issu de l'expérience vécue

« Oui, mais avant, il faut se rencontrer, comprendre et se comprendre, expliquer et s'expliquer »(70).

L'idée de base est qu'il existe trois types de savoirs : le savoir universitaire, le savoir professionnel d'action, et le savoir issu de l'expérience vécue. Ce dernier est un véritable savoir d'analyse de la vie dans la misère, mais aussi du monde environnant qui la fait subir. Les deux premiers savoirs sont reconnus et organisés, ce qui n'est pas le cas de celui de l'expérience vécue. On va donc ici le reconnaître et mettre en place les conditions pour qu'il soit organisé.(70) L'objectif est d'éradiquer la misère dont l'un des moyens peut passer par une meilleure connaissance des constats et des préconisations des personnes qui vivent cette misère. Sans les trois types de savoirs, sans celui des personnes qui vivent la misère, toutes les solutions mises en place pour la faire reculer ne peuvent être pertinentes. C'est dans cette dynamique que le département santé d'ATD Quart Monde a initié des recherches-actions dans le domaine de la santé. Pour en prolonger les acquis, à partir de 1999, le département santé a organisé des « focus group » puis des « laboratoires d'idées ». Ils ont pour but non pas d'enrichir le patrimoine intellectuel d'universitaires mais de donner aux familles pauvres et aux professionnels de terrain des outils pour recueillir et approfondir les contenus abordés. Ils le sont sous forme de constats formalisés, tout en recherchant des solutions ou des propositions d'amélioration et l'ensemble est restitué pour animer les réflexions autour de l'accès à la santé et de la prévention pour les personnes les plus en difficulté.

- Au cours des dix dernières années, la recherche du Mouvement ATD Quart Monde a abordé différents thèmes autour de la santé qui concernent (45) :
 - La relation soignant-soigné-institution dans l'accès aux soins des plus pauvres
 - La démocratie sanitaire et les conditions de la participation des usagers vulnérables
 - Le recours à la médecine de proximité et les stratégies et dynamiques mises en œuvre autour de l'accès aux soins des différents acteurs, usager, professionnels et institutionnels (la prise en charge des maladies chroniques par le médecin généraliste dans les populations en précarités ; La place de la pharmacie de quartier, la prévention buccodentaire, les problèmes posés en soins primaires par l'absence de couverture complémentaire santé des personnes en situation de précarité etc.)
 - L'accès à une protection sociale de droit commun pour tous, accès à des complémentaires santé et des contrats de prévoyance fin de vie et obsèques pour les personnes en situation de précarité.
 - La souffrance morale et le Mal être induit par la pauvreté
 - La petite enfance et les inégalités sociales de santé
 - Le handicap et la grande pauvreté
 - L'accès à l'alimentation et l'étude du rôle de l'alimentation durable pour l'inclusion sociale des personnes en situation de précarité.

1.3.3 Méthode

○ Les focus groupes

Au sein du département santé du Mouvement ATD Quart Monde, depuis 1999, la parole des personnes en situation de précarité a été recueillie selon la méthode sociologique et anthropologique des *focus group*.

▪ Choix et intérêt de la méthode

Les *focus group* sont des entretiens de groupe permettant de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il s'agit d'une technique de recherche qualitative qui, en permettant une interaction au sein du groupe, favorise l'émergence de toutes les opinions, sans avoir pour objectif la recherche du consensus. Elle permet en revanche le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles.

Leur utilisation auprès d'une population en situation de précarité pouvait sembler hasardeuse, tant cette situation difficile peut être la source d'un sentiment de honte et d'un désir de ne pas dévoiler sa vulnérabilité. Mais contrairement à d'autres études sociologiques, nous n'avons pas rencontré de problème pour entrer en contact avec les personnes en situation de précarité ayant participé à la recherche, en raison des liens établis dans la durée au sein du Mouvement ATD Quart Monde. La méthode utilisée du *focus group* permet un véritable savoir collectif ce qui est une plus-value par rapport aux entretiens individuels habituellement utilisés dans ce genre d'études.

L'objectif est de laisser parler les personnes et d'approfondir par des relances, des reformulations et surtout de ne jamais faire apparaître son opinion, son approbation ou désapprobation. Les personnes peuvent exprimer leurs griefs, leurs idées, leurs attentes, leurs remarques sur les sujets demandés mais sans que l'enquêteur impose ses mots et son rythme. Il est évident que ce type d'entretien nécessite du temps (en moyenne une heure et demie à deux heures par séance). Outre des réponses aux questions posées par la thématique, l'entretien de groupe permet un débat contradictoire.

Les entretiens sont enregistrés, décryptés, retranscrits et constituent un matériau de base pour effectuer des analyses et ainsi contribuent à une recherche de fond. La durée et la régularité sont le gage de la qualité des documents. Le cabinet de sociologie Études et Développement (*Études et Développement, Bureau d'études sociologiques appliquées, 54700 Maidières*) apporte son soutien logistique et méthodologique à ces travaux.

Ainsi ce sont plus de deux mille pages d'échanges au fil des ans, décryptées et couchées sur du papier, qui constituent un socle de connaissance essentiel à nos recherches. Des personnes en situation précaire se sont rencontrées mensuellement pour traiter de ces sujets durant treize années. La majorité des personnes est issue de quartiers « prioritaires » en termes de cohésion sociale.

▪ **Préalables déontologiques :**

Des préalables déontologiques ont été définis garantissant le respect de la parole et créant les conditions indispensables à l'expression des personnes en situation de précarité afin que leurs paroles ne soient pas des alibis mais que celles-ci soient réellement prises en compte comme l'expression d'une vie et d'une culture propre.

- Le savoir des plus pauvres est à considérer comme indispensable et complémentaire au sien
- Les personnes doivent être reconnues comme telles et respectées
- Les personnes ne sont pas isolées, elles doivent avoir des espaces de paroles et de réflexions en groupe, elles doivent valider les écrits.
- L'espace de parole doit être correct pour chaque participant égalitaire et respectueux . Les personnes participantes sont fragiles et ont besoin d'être mises en confiance : certaines n'ont pris la parole qu'après quatre années de présence muette mais assidue
- Personne ne doit être défini par sa situation sociale
- L'animateur doit veiller à ce que les contributions aillent au-delà d'une simple présentation des aléas de la vie.

- Éviter que ce soit uniquement les personnes les plus à l'aise qui prennent la parole, prendre le temps de faire émerger le savoir de tous les participants. Éviter des situations de prise de paroles inégalitaires et manquantes de respect et d'écoute de la parole de chacun.

- **Autres approches dans le domaine de la santé**

Une centaine de personnes, dont certaines sont des militants, sont en lien dans un réseau, conçu comme une plateforme d'échanges et de propositions, le « **Réseau santé Wresinski** » (*Réseaux créés suite à la loi de lutte contre les exclusions dans les différents domaines des droits fondamentaux qui a pour mission le partage de la connaissance acquise auprès des personnes en situation difficile, le partage et la connaissance du fonctionnement et du dysfonctionnement de la société à leur égard, le soutien à leur engagement, la participation à la création d'un courant du refus de la misère et de l'exclusion*). Il met ainsi en lien des professionnels du secteur sanitaire et social qui, dans leur domaine d'activité, ont le souci d'atteindre les personnes les plus démunies et de les faire participer aux décisions les concernant. C'est l'occasion pour les professionnels de partager leurs expériences, leurs réflexions et leurs initiatives relatives à leur travail avec les personnes en précarité. Les professionnels trouvent dans ces échanges un soutien à leur engagement et un support pour entraîner peu à peu leur milieu dans cette démarche :

- une dizaine de personnes issues de la grande pauvreté travaillant depuis plus de 30 ans sur ce thème de la santé sont dans ce réseau à titre « **d'experts d'expérience** » de **pauvreté**. Elles permettent de confronter les expériences et les savoirs des professionnels au vécu, au ressenti et au cheminement des personnes en difficulté sociale(71).

- des réunions d'**Université populaire** (U.P.) (72) offrent un lieu de prise de parole pour les personnes très pauvres devant des décideurs, permettant une confrontation des pratiques et des savoirs : il s'agit de faire émerger ce que vivent ces populations précaires en matière d'accès à la santé, ce qu'elles proposent comme réforme des politiques publiques, comme évolution des pratiques professionnelles, mais aussi d'obliger les uns et les autres à

construire un dialogue. *(Les animateurs des groupes dans les quartiers sont formés dans le cadre de l'Institut de Recherche et de Formation aux Relations Humaines du Mouvement ATD Quart Monde. La totalité des échanges est décryptée et fait l'objet d'une analyse qualitative. Une synthèse des pratiques constatées, et des propositions d'améliorations correspondantes peut alors être formalisée sur des thématiques choisies.)*

- **Des co-formations en santé**

Elles permettent de croiser les connaissances entre professionnels et personnes en grandes difficultés sociales avec les outils issus du programme expérimental Quart-Monde Partenaire, Il s'agit d'une méthode mise au point par le mouvement ATD Quart Monde. L'idée de base est qu'il existe trois types de savoir : le savoir universitaire, le savoir professionnel d'action, et le savoir issu de l'expérience vécue. Ce dernier est un véritable savoir d'analyse de la vie dans la misère, mais aussi du monde environnant qui la fait subir. Les deux premiers savoirs sont reconnus et organisés, ce qui n'est pas le cas de celui de l'expérience vécue. On va donc ici le reconnaître et mettre en place les conditions pour qu'il soit organisé. En règle générale, 20 à 25 professionnels et 8 à 10 militants travaillent ensemble pendant 3 jours sur leurs représentations de la santé et de la misère, du rôle des professionnels et des personnes en difficultés, puis analysent des situations pour trouver les conditions afin d'être acteurs ensemble dans un projet de santé. C'est ce travail en commun qui est formateur.

2. ETUDE

2.1 Objectifs

Ce travail a pour objectif d'une part de connaître les représentations, les perceptions, les demandes, les besoins ressentis et les difficultés en santé bucco-dentaire des personnes en situation de grande pauvreté et d'autre part de recueillir leurs propositions pour améliorer le système de santé bucco-dentaire.

2.2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée sur la base de focus groupe.

Les *focus group* sur lesquels porte notre étude se sont déroulés dans le cadre des rencontres du Groupe Santé de l'antenne nancéienne d'ATD Quart Monde.

Les groupes ont été constitués selon une représentativité qualitative : c'est-à-dire respectant la prise en compte des diversités de situation. Les entrées et sorties dans ces groupes sont libres et permanentes. Un noyau d'une dizaine de personnes assure la continuité. Les personnes viennent au groupe par l'intermédiaire de l'un ou l'autre de ses membres. Les réunions sur une thématique choisie sont mensuelles mais le groupe peut être sollicité entre temps pour répondre à des questions de conjoncture.

L'animation est réalisée par une sociologue et une infirmière ou une dentiste qui réalisent l'accompagnement des personnes, le soutien logistique, le soutien personnel aussi, toutes sont impliquées dans le Mouvement ATD Quart Monde. L'accompagnement sur le plan personnel et logistique est un des ressorts de ce travail accompli dans la confiance et dans la durée.

Les entretiens ont une durée moyenne de deux heures. Ils sont enregistrés après information et accord de tous les participants, puis décryptés et retranscrits en respectant l'anonymat de chacun, et enfin analysés avec les participants. De nombreuses thématiques autour de la santé ont été abordées dans ces *focus group* et si le sujet de la prévention bucco-dentaire n'a été véritablement traité qu'en 2004, la santé bucco-dentaire est un thème central qui a été évoqué de façon spontanée depuis le début de ces entretiens. La relecture de l'ensemble des retranscriptions des treize années de travaux, a permis de recueillir un riche matériau de base pour l'analyse du ressenti et du vécu des personnes en situation de précarité vis à vis de la santé bucco-dentaire et de leurs propositions. Enfin, par la validation des informations contenues dans cette étude par les participants, nous pouvons avancer que les propos recueillis reflètent le savoir des personnes en situation de précarité et leurs préconisations.

Échantillon

Recrutement des participants : il s'agit des participants au Groupe Santé d'ATD Quart Monde et des personnes qu'il compte. Ils sont militants au sein du Mouvement ATD, ou participent suite à l'invitation d'un membre du groupe.

Caractéristiques de la population : lors des rencontres du focus group depuis 2012, au total 32 personnes en situation de précarité ont participé. Il s'agit de 21 femmes et 11 hommes. Le groupe présente une moyenne d'âge de 45 ans, avec des âges allant de 27 à 72 ans. Parmi ces 32 personnes, près d'un tiers d'entre elles présente une situation de handicap et/ou une maladie chronique, reconnue ou non en ALD.

Pour les années 2000-2011, une soixantaine de personnes en situation de précarité ou militants ATD Quart Monde ainsi qu'une quinzaine d'accompagnants de ces personnes, ont participé aux focus group.

Caractérisation de la précarité : en ce qui concerne la caractérisation des populations précaires, et notamment de celles qui ont participé à nos études, nous notons des personnes qui ont des situations instables tant au niveau financier, que social. Elles sont mal logées, sans travail ou avec des contrats précaires. Certaines cumulent l'ensemble de ces difficultés et ce sont celles qui se présentent elles-

mêmes comme des personnes en grande pauvreté. Dans nos études, le terme grande pauvreté ne sera donc pas rattaché simplement à une valeur monétaire.

2.3 Résultats

Nous avons sélectionné les paroles des personnes selon différents thèmes.

2.3.1 Connaissance, perceptions, risques liés à la mauvaise santé bucco-dentaire et préconisations

Les personnes disposent de connaissances sur la santé bucco-dentaire, parfois sur l'importance en termes de santé, mais les maladies bucco-dentaires peuvent être minorées et ne constituent pas toujours une priorité et l'aspect esthétique peut primer. Certaines représentations sont ancrées dans le temps.

Des formules sont apprises dès l'enfance.

« Le mal de dent : c'est le mal qu'on ne plaint pas ; c'est le mal joli, c'est le mal d'amour. »

« Donc, contre ce mal-là, il n'y a rien à faire ».

« Les dents, ça fait mal quand ça vient, ça fait mal quand ça pousse, ça fait mal quand on te les enlève, c'est une espèce de mal naturel. »

« Les caries, ce n'est pas grave, c'est juste des trous. »

« Les dents de lait c'est pas à soigner. »

Des habitudes sont liées à leur environnement :

Beaucoup de personnes ont gardé des représentations, des remèdes ou des façons de se soigner qui remontent au temps des grands-parents. Pour certaines, cela les empêche de bénéficier pleinement des traitements bucco-dentaires.

« Le problème du dentier ce n'est pas que j'ai envie de vomir quand je le mets, ce n'est pas que je me sens moins bien ou plus bien, parce qu'il y a plein de gens qui me disent : « oh ça te change quand même quand t'as le dentier ». Moi la seule peur, moi en fait c'est une peur ancestrale de casser le dentier si je mange avec ; et elle a beau me dire que ça ne cassera pas, vous avez dit que vous l'avez cassé au bout de 6 mois alors... »

« J'ai été élevée comme ça, mes parents ont été élevés comme ça et mes grands-parents ont été élevés comme ça. Je veux dire le brossage de dents ça n'existe pas chez mes grands-parents, ça n'existait pas chez mes parents malheureusement. »

Animateur : « C'est quoi la méthode des anciens ? »

M-F : « Moi mon grand-père par exemple, je sais qu'il se lavait les dents avec du gros sel, c'est-à-dire qu'il mettait du gros sel dans la bouche, alors il faisait un peu tourner sur ses dents, et puis il rinçait. C'était ça son brossage de dents! Et les brosses à dents, le dentifrice existaient déjà.»

M-J : « Ma mère c'est ce qu'elle faisait avec mon beau-père : quand il attrapait des aphtes ou des trucs comme ça, c'était avec du sel. »

M-J : « Si ce n'était pas du sel, c'était du vinaigre, dans de l'eau chaude. »

HB : « Alors en Espagne, c'est de l'urine, je vous le dis, en bains de bouche. Et bien c'est remarquable ! Ca arrête le mal de dent immédiatement ! »

Les connaissances du risque infectieux lié à la mauvaise santé bucco-dentaire sont présentes :

Animateur : « Alors est-ce que les dents ça fait partie de la santé ? »

G : « Oui ! »

G : « Si tu as mal aux dents tu n'es pas bien, tu es malade. »

Animateur : « C'est un mal d'amour, ce n'est pas grave ! »

G : « Ben tiens ! Mal d'amour ! »

Animateur : « Pour vous ça fait partie de la santé ? »

M-F : « Quand tu as mal aux dents, ou quand tu n'as plus de dents, tu as mal à l'estomac. »

M-J : « Cela amène des problèmes cardiaques, ça amène des tas d'autres problèmes. »

N : « On m'a toujours dit : les dents c'est un nid à microbes, dès le départ.»

M-F : « Quand on est malade, ou quand on est cardiaque, il faut soigner ses dents, comme les diabétiques, faut plus surveiller les dents, je sais pas pourquoi, mais il faut plus surveiller. »

Les participants font remarquer que pour eux le risque bucco-dentaire doit être considéré comme un risque vital.

« Ils ne se rendent pas compte dans quelle situation ils mettent les gens (en les faisant payer), alors que normalement, les soins dentaires, ça devrait être obligatoire, si on ne se soigne pas les dents, on n'a que des problèmes. Ils m'ont dit que les dents, ce n'est pas vital. Moi, je peux vous dire que c'est vital pour avoir été sans dents. »

Cependant les participants constatent la difficile priorisation des soins de santé face aux difficultés multiples rencontrées pour mettre en route un parcours de soins ainsi que de son inaccessibilité

« Je me fais soigner les dents, mais j'ai envie de dire, ça passe après tout le reste. Les dents, les yeux, ça passe après tout le reste. Les dents je crois que ça passe même après les lunettes. »

« Soit les familles vont tardivement se soigner et se font disputer, soit elles ne peuvent pas assurer au niveau financier et elles traînent : on fait passer d'abord le principal, les besoins des familles avant les soins. On se néglige souvent par rapport aux soins qu'on devrait avoir ». « Quelquefois, on entame une procédure de soins suite aux recommandations de l'école ou de nos proches, mais c'est une énergie pour rien : le système n'est pas de notre côté et dépendre du bon vouloir des responsables ça nous met dans l'inquiétude, rien n'est jamais acquis. ... On dépend de ce que les autres nous donnent, des seuils choisis par des gens dans les bureaux, on tend le dos on risque toujours de perdre ce qu'on a ... alors on n'entreprend pas ... on hésite. »

Perception de la santé bucco-dentaire et de sa prise en charge :

Une gageure pour la personne en grande pauvreté qui met en jeu ses repères temporels et relationnels, et pour le professionnel, à qui il est demandé de rejoindre son patient dans sa réalité sociologique et faire équipe avec lui pour que la prise en charge soit efficiente.

Le temps du patient, le temps du professionnel et le temps politique :

Subir des frustrations immédiates pour un bien être futur ! Comment concilier cela avec le manque de repères dans le temps : futur et bien être ? Comment qualifier le bien être quand on a une vie de galère ? « Et pour tout cela, on doit subir des étapes difficiles ! ».

Les réflexions de ce chapitre concernent les soins dentaires, mais le groupe était d'accord pour dire que les éléments analysés ici sont valables pour tout type de soins.

Même s'il n'y a plus de problèmes financiers, le soin peut ne pas se mettre en place. Le problème dentaire nous semble symbolique de ce qui se passe dans la santé des plus démunis : il y a un problème d'argent, mais pas que ça. C'est un ensemble de problématiques. Se soigner amène à « subir un désagrément pour un mieux-être à long terme ; une frustration à court terme pour un bien-être à long terme ».

Les désagréments à court terme sont d'abord : « la peur du soin, la difficulté d'aller sur le lieu du soin, la durée des transports, l'attente, l'inquiétude dans la salle d'attente, la gestion des rendez-vous, être à l'heure, ne pas oublier, ne pas être angoissé de rater le rendez-vous ».

L'aspect préventif des soins peut aussi être ressenti comme contraignant : « C'est trop lourd à gérer : aller régulièrement chez un dentiste quand on gère sa vie au jour le jour ».

Et puis vient le geste de soin : « la douleur, il faut être allongé sans remuer, la bouche ouverte et subir le soin ». « Et on nous promet que ça ira mieux, on n'aura plus mal dans dix séances et on aura peut-être des couronnes si on peut les payer... ».

Subir un désagrément initial pour un mieux être, c'est difficile pour tous.

L'éducation à la santé peut aussi être comprise comme une frustration à court terme, comme pour l'alimentation, les régimes, les suppressions de bonbons, etc.

La mauvaise image de soi amène à se résigner, à ne pas avoir de dents pour sourire.

« Il me manque une dent devant, je ne peux pas la refaire, car il faut payer et moi, je ne peux pas payer. »

« Les soins de la bouche, c'est trop cher pour nous »

La malnutrition provoque des carences marquées et visibles dans l'état de santé buccodentaire mais elle est aussi caractérisée par une grande fatigue, une lassitude qui handicape la personne pauvre dans sa recherche de droits.

« C'est vraiment la malnutrition qui a fait que j'ai perdu mes dents, c'est mon déclencheur. Au départ tu ne t'en rends pas trop compte, ce n'est que quand mon corps me crie : « Au secours ! » que j'agis. C'est au fil des ans que ça s'est dégradé. »

« C'est la malnutrition. Quand j'étais enceinte j'avais des moments où ce sont les gosses qui mangeaient pour moi. Je mangeais mais le reste du temps c'était plus pour eux. »

« Dans le temps on excusait les gens qui avaient de mauvaises dents , c'était les dents de la guerre, des carences qu'ils avaient eu tous pendant la dernière guerre où ils mangeaient pas à leur faim, et résultats, ils avaient plus de dents scorbut et caries et tout ça , mais maintenant il y a plus que nous qui avons les dents de la misère... mais c'est les mêmes ... les conséquences de pas manger ! »

« Tout est lié, les mesures axées sur l'alimentation sont essentielles parce qu'elles permettent de réduire plusieurs inégalités, de santé, de travail, au niveau physique... tout est lié finalement hein ! »

« Ben oui, quand on démarre, tu veux un logement, t'en as pas parce que tu n'as pas de nouvelle adresse. Tu veux manger, t'as pas de sous parce que t'as pas de logement, t'as pas de travail... Et ta santé, elle pâtit parce que tu manges pas à ta faim et équilibré surtout, le grand mot ! »

« On est loin de manger équilibré hein, la pauvreté hein ! »

« C'est la possibilité de se nourrir correctement qui permet d'avoir l'énergie et d'aller chercher après les autres droits, quoi ! »

« Quand on n'a pas assez à manger, on n'a pas assez d'énergie, hein etc. »

Propositions

a) Avoir un avenir devant soi

Pour accepter cette frustration générée par l'accès aux soins ou cette contrainte d'accès aux soins, cela suppose qu'il existe une possibilité pour le patient de se projeter dans le temps : cela suppose un équilibre au quotidien, cela suppose d'avoir une compensation de bien-être dans son quotidien, si on accepte le désagrément ou la frustration ou la souffrance du soin dans l'immédiat. C'est aussi avoir une projection dans le temps en ce qui concerne les ressources financières.

« Quand j'ai su que je pouvais rentrer à l'armée après un an d'attente d'emploi, je suis allé me faire refaire les dents, mettre des couronnes et depuis je fais une vérification deux fois par an pour que tout aille bien. ».

« Quand j'ai arrêté de boire, tu vois, tu te vois là, la peau, le visage tout change et là t'as envie de te soigner et de te faire les dents, c'est ce que j'ai fait ! »

« Lorsqu'on ne prend pas soin de ses dents ou qu'on est sur la défensive c'est pour éviter que les gosses ne payent. Il faudrait pouvoir avoir accès aux soins pour que ça coûte moins après finalement. »

« Mais quand tu dépends des aides, tu es sous des puissances qui te dépassent, quand tu as ce que tu as avec ton travail, tu sais que tu le tiens. »

b) Travailler sur les représentations

« Il faut pour les enfants couper les proverbes sur les dents. »

« Travaillez avec nous sur l'appropriation et la légitimité des soins dentaires et prothétiques pour notre classe sociale. »

c) Tenir compte de la malnutrition

« Il faut au moins que les enfants mangent à leur faim et équilibré. »

« Travailler sur le risque, c'est aussi montrer les risques lorsqu'on est malnutri et ça on le sait un peu mais « c'est les dents de la misère ». »

d) Retrouver de l'énergie positive

« Si on n'était pas sous-alimentés, on aurait un niveau d'énergie meilleur et on pourrait se battre pour avoir accès à ses droits de citoyens » mais on retrouve de l'énergie lorsqu'on est dans un compagnonnage. « L'accompagnement ça fait baisser le niveau d'énergie qu'il faut pour arriver à se soigner ».

e) Trouver l'estime de soi

« Il faut qu'on se dise déjà dans la tête qu'on a envie d'avoir des bonnes dents.»

f) Donner du temps

« Avant, pendant et après l'examen pour qu'on puisse s'exprimer et dire ce qu'on a au fond de nous-même. »

g) Connaître le milieu du soigné

« Par exemple, connaître nos possibilités de poursuivre le soin dans de bonnes conditions. »

h) Donner de la stabilité dans les décisions politiques

Il est nécessaire que le manque de confiance dans le système mis en place soit intégré comme un élément essentiel de recul des populations démunies face aux soins et au dépistage proposés.

« Une voisine du quartier disait qu'elle-même ne pouvait pas commencer les soins, de peur de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout, de peur qu'on lui retire ses droits et qu'elle doive payer. Il y a toujours une angoisse quand même. »

Malgré tout, ils se disent qu'on peut se faire retirer les droits parce que quelqu'un a décidé de changer la règle.

« Il reste qu'on n'est pas à l'abri : tu trouves un CES (Contrat Emploi Solidarité), t'as un gamin qui travaille en formation et là, hop ! On t'enlève la carte... et tu perds tout d'un coup : les yeux, les dents, les oreilles, le spécialiste... c'est fini. Alors, la peur, elle reste. »

Aujourd'hui, avec la CMU, ils se disent : « fais gaffe, on va se retrouver comme avec la carte santé ». Il faudra maintenant du temps pour redonner confiance. « On se dit toujours : si on a pu nous la retirer un jour, il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas nous le refaire. La confiance est perdue. Après, tu es long à remettre la confiance en quoi que ce soit ».

i) Prendre en compte en santé bucco-dentaire les données concernant la socialisation des patients

- Le rapport à soi

« Attends t'as pas que des dents, t'as un corps aussi et pis une vie et puis des problèmes plus que des sous ! Ils voient que tes dents noires....on leur a pas appris à ouvrir les yeux sinon il faut qu'ils fassent les mécaniciens de bagnole, pas de personnes »

C'est une recherche constante des jeunes en grande pauvreté : « être accepté par les autres ». Les parents dans cette étude proposent que soit orientée la sensibilisation à la santé bucco-dentaire vers cette recherche de socialisation. Ils proposent de travailler en lien avec le corps, plutôt qu'en parlant de la douleur, pour faire naître la demande de soins et l'attention à la santé bucco-dentaire. « Attention,

les filles, elles te regarderont mieux si t'as des belles dents, que si t'as des grosses dents toutes noires et toutes écaillées ! »

Les personnes en grande pauvreté souffrent beaucoup dans leur corps, la douleur dentaire n'est pour eux qu'une des nombreuses composantes de cette douleur. Et ils ne craignent pas de souffrir !

« Moi quand j'ai mal, je prends un chichon, c'est moins cher que de payer le dentiste. »

« Pour les dents c'est trop lourd () et avoir eu très mal ne sert pas de leçon ».

- Le rapport au lieu et au temps

La difficile socialisation est un facteur de recul face à l'attente, au lieu, et particulièrement les lieux d'accueil et la salle d'attente :

« 8h 30 ... 11h 30 : il faut aller chercher les enfants à l'école. Et si tu les amènes les enfants, il y a un problème dans la salle d'attente ».

« Le fait d'être assis dans un lieu où tu ne peux rien faire, c'est mal vécu ».

« Les jeunes enfants bruyants, il faut les tenir. C'est vrai, si tu viens avec les petits, on te regarde de travers ».

« Il y a une tension nerveuse dans les salles d'attente ».

« Les gens s'énervent tout seuls, tu les vois, ils regardent leur montre, ils soupirent ».

« On accepte d'attendre si on peut lire ; sinon, c'est de rester là une heure, pour ceux qui ne savent pas lire, c'est long ! ».

- Le rapport entre le soigné et le soignant

Changer les conditions créant la violence exprimée et vécue :

« Les professionnels avec qui on a débattu disaient aussi qu'il fallait éduquer les gens à ne pas être agressifs, à ne pas vouloir revendiquer leur droit. Moi, j'ai eu un moment donné l'impression qu'ils disaient qu'il faut éduquer les gens, faire les choses pour qu'ils rentrent dans le moule. Ce qui m'a énormément choqué : les médecins surtout, disent à deux trois reprises que c'est par manque d'éducation que les parents sont agressifs dans le cabinet médical et qu'ils appellent le médecin pour une urgence qui n'en est pas une. Alors je suis désolé, mais il y a beaucoup de gens qui manquent d'éducation et pas seulement les gens qui ont le cœur brisé ».

Etablir une « vraie relation de soins » :

« S'il y a la personne qui accueille et la personne qui soigne c'est plus facile pour faire une bonne relation entre le soignant et le soigné. Les soignés doivent surmonter le sentiment de honte, de culpabilité ou d'agressivité, retrouver la confiance, et considérer le dentiste comme un individu partenaire. »

Plus qu'une relation égalitaire qui ne serait pas juste, c'est une relation de participation qui doit s'instaurer, relation où chacun respecte l'autre.

« Accepter pour les dentiste que c'est pas leur projet professionnel qui prime, c'est notre survie ! »

« Faut-il faire parvenir la personne à un état de santé qui correspond au schéma que se fait le professionnel de santé ».

« Faire comprendre que nous n'avons pas les même rapport à l'argent que les dentistes qui sont pleins aux as »

« Prendre conscience qu'un euro pour nous c'est le pain de la semaine alors des prescriptions qui coûtent c'est nous mettre en difficulté sur autre chose, il faut que les dentistes et les médecins ne nous mettent pas dans les dettes. »

« Même les personnes qui prescrivent ne connaissent pas toujours les coûts et les durées de traitements. »

Avancer dans une meilleure connaissance mutuelle :

« Faire du compagnonnage : faire avec quelqu'un qui connaît la problématique : effectuer un véritable apprentissage »

2.3.2 La prévention

2.3.2.1 Connaissance, perception, représentation et comportement ; préconisations

Les personnes en situation de précarité définissent la prévention et sont à l'aise avec la prévention primaire, celle qui leur permet de prendre conscience de leurs corps et d'intervenir sur celui-ci, de mieux être. En revanche elles dénoncent la prévention secondaire, celle qui est liée pour eux à la culpabilisation, celle qui se traduit par des injonctions paradoxales comme la détection de caries, la responsabilisation des enfants mais sans donner les moyens financiers et une offre de soins possible géographiquement aux parents. Ils disposent de connaissances sur ce qu'il convient de faire en termes de prévention bucco-dentaire.

- Leur définition

Animateur : « Si on parle de prévention, ça vous dit quoi ? »

Fille 1 : « Ben c'est prévenir, non ? »

Animateur : « Alors « prévenir », qu'est-ce qu'il y a comme autres mots qui vous viennent à propos de prévention ? »

Garçon 1 : « Prévenir les risques »

Fille 1 : « Oui mais quels risques ? A propos des dents il y a juste les caries, mais on les voit quand elles sont là »

Garçon 1 : « Tu as raison -Et on les sent en plus ! »

Animateur : « Qu'est-ce qu'on fait pour les prévenir ? »

Fille 1 : « On va chez le dentiste »

« Qu'est-ce la prévention pour vous ? »

« C'est du luxe ! »

« Pour les gens qui sont au RMI, c'est du luxe. »

« Pour nous qui avons un petit revenu, oui c'est du luxe. »

- Les examens de dépistage sont ressentis négativement et redoutés

« C'est souvent culpabilisant, ils te donnent des lettres, le dentiste, les yeux. Si tu ne l'as pas fait, t'as une lettre 3 mois après, puis 6 mois, puis 9 mois après, comme quoi tu n'y es pas allé. Ça s'arrête là au fur et à mesure des rappels. L'année après, ils te disent : je vous l'avais dit.»

« Quand tu reçois quelque chose pour prévenir d'autres problèmes, c'est comme si t'as une mauvaise note... C'est difficile de ne pas être culpabilisant.»

« C'est sûr que les caries dentaires, tu les vois d'année en année.»

- « Les actions d'éducation à l'école sont bien, mais il faut accéder aux soins ».

« Les dentistes à l'école, c'est bien, les maquettes, l'information. Mais le problème de la prévention, c'est que ça sert souvent de coup de pub. La prévention en soins dentaires devrait être longiligne dans les classes.»

Lors d'une récente opération de dépistage, les populations pauvres ou bénéficiant de la CMU se sont vu contraintes à répondre à des questions embarrassantes et stigmatisantes. Dans le questionnaire, on différencie les bénéficiaires de la sécurité sociale et d'une mutuelle à celles, bénéficiant de la CMU, on demandait au soignant de se prononcer sur le suivi de soin engendré dans la fratrie par le dépistage d'un des enfants. C'est aller au delà de ce que la déontologie permet, on ne peut demander à la prévention que ce qu'elle peut donner. « J'ai peur qu'on demande trop à la prévention, trop à la prévention en santé scolaire en tous les cas. »

Il existe une variabilité quant à la mise en œuvre des moyens de prévention. Le facteur générationnel entre en ligne de compte et le cadre familial avec la transmission par les parents est souligné. Savoir ce qu'il convient de faire n'implique pas qu'on le fasse.

- L'hygiène bucco-dentaire

« Mon grand, il est maniaque là-dessus : il s'achète un produit pour éviter les aphtes, du Pyralvex, C'est cher et pas remboursé. Il se brosse les dents et il garde le produit trente secondes dans la bouche. Il aime mieux faire ça que d'aller toujours chez le dentiste, parce qu'il dit, on n'en sort plus. »

« Mon gamin, il allait au collège, au lycée, avec sa brosse à dents et puis son petit gobelet »

M-J : « Parce que moi on m'a toujours dit les dents c'est un nid à microbes, dès le départ.»

M-F : « Oui mais je vais devenir l'avocat du diable. Moi aussi on m'a toujours dit les dents il faut les soigner, il faut les brosser, il faut les machins, il faut les trucs, c'est un nid à microbes, et machin, mais j'ai envie de dire que ce n'est pas parlant...Je ne sais pas comment expliquer ça, mais moi ça ne me touche pas, tu peux me dire vingt-cinq fois par jour que les dents c'est un nid à microbes, bien pour moi, ah oui point ! C'est un nid à microbes ! Point, ça ne m'amènera pas à ... »

M-J : « à les brosser plus, comme moi.»

M-F : « Ça t'a amené à les brosser plus parce que tu sais que c'est un nid à microbes ? »

M-J : « Nan, ben pas plus que d'habitude »

« Quand on dit pour le brossage « il faut trois minutes » : ça représente quoi trois minutes ? »

Animateur : « Une chanson »

M-C : « Dans la tête d'un gosse, très long ! »

M-F : « Trois fois trois minutes par jour ! Dix minutes de brossage de dents dans la journée ! »

M-J : « Pour les gosses c'est long parce que ça fait dix minutes en moins pour jouer. »

M-F : « Si on veut qu'ils se brossent les dents trois fois par jour, ça fait trois fois trois minutes par jour, ça fait bien neuf minutes ! C'est long ! »

L'implication parentale

M-F : « Mes parents sont nés juste avant la guerre de 40. Donc dans leur enfance, les brosses à dents, les dentifrices, ce n'était pas primordial. Et c'est ce que je t'explique : on ne t'a jamais expliqué qu'il fallait te brosser les dents ou qu'il fallait aller chez le dentiste ! »

« Moi, ma mère ne m'a jamais fait brosser les dents parce que, jamais, elle ne se les était brossées avant. »

M-F : « Alors moi je dis, que je n'ai pas été éduquée enfant, on s'occupait pas de nous. »

M-C : « Moi pareil. »

M F : « Moi ma mère ne m'a jamais fait brosser les dents parce que jamais elle se les était brossées avant. »

« Ma mère non plus, tu sais c'est aussi dans la manière dont tu es élevé que tu apprends. Moi j'ai du mal, mes gosses commencent à bien se les brosser, moi j'ai encore du mal. Des fois je n'y pense pas, bon ça va, j'en ai presque plus, donc...j'en ai moins à brosser quand j'y pense, mais, c'est aussi toute une éducation,- elle rigole parce qu'elle le sait, je lui dis tout le temps ! Ça joue beaucoup ; je sais bien qu'il y a de la prévention à l'école, mais si les parents à la maison n'ont pas le réflexe, ça reste inutile, ça doit devenir un réflexe, pour les gamins c'est devenu un réflexe. Je veux dire que jamais ils ne vont partir un matin sans s'être lavé les dents, pour moi ce n'est encore pas un réflexe ! »

G : « Moi j'ai dans ma salle de bains un autocollant, c'est marqué : « Brossez-vous les dents », entre l'étagère à brosse à dents et le lavabo, alors ça fait que quand ils vont se laver, ils voient « oh, la maman, elle n'a encore pas enlevé ça », ils me disent : « faut l'enlever, l'étiquette là », alors je dis « non, non, tant que vous n'aurez pas compris ! », parce que mon D, il a encore jamais été chez le dentiste, hein mon numéro deux, jamais ! Mais je lui dis quand même alors il sort de table, bon il a son appartement, mais quand il sort de table, ou quand, avant de manger, il va se laver les mains, il dit « hop, maman, après, faut que je me brosse les dents », donc il a sa brosse à dents toujours chez nous, et puis chez lui, quoi. Mais cette étiquette-là, elle est figée entre mon étagère à brosses à dents, et mon lavabo, alors il n'y a pas de problèmes. Alors comme D n'a jamais eu de problème de dents, ça serait dommage qu'il se les brosse pas et puis qu'il ait des caries. »

M-F : « Moi mes gosses c'est devenu un réflexe, mais pour moi ce n'est encore pas un réflexe. Alors des fois j'y pense, alors j'ai oublié de me laver les dents et puis j'ai oublié de les mettre ! Là je ne les ai pas, mais c'est pas parce que j'ai oublié. »

Animateur : « Vous avez dit que se brosser les dents, ce n'est pas une habitude, mais alors pour les personnes âgées, ou personnes plus âgées, est-ce que vous avez des idées par rapport à cela ? »

M-C : « Les papis et mamies ? »

G : « C'est dur parce que mon père quand il a fallu l'emmener il n'avait pas de brosse à dents, ni de... C'est dur de leur faire comprendre ! »

M-J : « Parce que ce sont des anciens, ils ont leur méthode à eux, ils ont pas la même que la nôtre. »

Animateur : « C'est-à-dire ? »

M-J : « Et bien nous sommes entre les anciens et puis la nouvelle génération. »

Les mauvaises habitudes alimentaires

« Le coca cola, ce n'est pas bon pour les dents, je n'en achetais pas aux enfants. Je le savais et je prenais les dispositions, pas tous les jours, de l'eau, il faut savoir se limiter. »

Les messages publicitaires de par leur formulation peuvent induire une compréhension erronée entraînant de mauvais comportements préventifs

G : « Tu vois la pub à la télé ? Moi j'ai M, il m'a dit « Maman, j'ai plus besoin de me brosser les dents ! » « Ah bon pourquoi ? » « Le chewing-gum Machin ! » Et il a pas quinze ans, il en a vingt-deux ! Dans sa tête, il se dit « ben je me brosserai plus les dents, va me chercher du chewing-gum ! » Voilà ! Voilà les pubs ! »

M-C : « Le chewing-gum ou l'autre truc, tu sais, pour blanchir les dents.»

M-F : « Et il y a le produit pour blanchir les dents et il y a encore le scotch, là, pour enlever tout ce qui est impuretés : tu mets de ce scotch et puis après tu retires ! Et puis tes dents elles sont lisses ! Enfin je sais pas vu que j'ai pas essayé, mais c'est vrai que les pubs font du mal aussi.»

Animateur : « Elles font du mal ou elles font du bien ? »

G : « Elles font du mal parce que un gosse qui voit une pub pour une marque de chewing-gum, il va plus se brosser les dents, il dit à sa mère « va me chercher des chewing-gums, je me laverai plus les dents ! » Ça fait quoi ça ! Elles sont mortelles les pubs là ! Et il a vingt-deux ans mon M, c'est plus un gamin ! Quand j'entends qu'il me dit ça, je lui dis « mais t'es pas bien, ça remplacera pas la brosse ! »

Il y a une perception que la prévention est un bon moyen de répondre aux difficultés financières rencontrées pour réaliser des soins

« La prévention, c'est pour éviter que les gosses ne payent »

Propositions :

- Il faut un fort dialogue avec la personne pour ne pas la culpabiliser en faisant de la prévention. Mais la démarche de prévention peut aussi être trop lourde pour le soigné.
- La prévention collective doit être relayée à la maison et instaurée au quotidien

« La prévention à l'école c'est bien, mais que si c'est suivi à la maison, ça ne sert à rien autrement. »

« Si, ça sert huit jours, allez on va dire gentiment huit jours, les gosses vont se rappeler qu'à l'école le dentiste il leur a dit « il faut que tu te laves les dents comme ceci, comme cela, et comme ils leur ont filé un petit tube de dentifrice, un gobelet et une brosse à dents, ils sont tout heureux de l'utiliser. Et puis au bout de huit jours, si toi t'es pas derrière « continue, continue, continue ! », le jeu il est terminé, c'est plus si amusant que ça, à faire. »

« Moi la mienne elle a quand même compris ; elle utilise les chewing-gums beaucoup le midi parce qu'elle dit que ça peut aider, mais elle a quand même compris, elle se les lave quand même le matin et le soir. Mais le midi si elle sort sa brosse à dents, son dentifrice et puis que tout le monde se fout de sa gueule, alors là, ce n'est même plus la peine, ce n'est plus que le matin et le soir ! »

- Il faut associer les parents

« Il faut arriver à soutenir le parent qui agit ; le côté « éducation à la santé » non, promotion c'est plus ça, le côté moraliste non.»

« Il faut donner confiance aux parents afin qu'ils ne perdent pas leur place.»
Les parents souhaitent décider pour leurs enfants « ma gosse avait besoin de se faire soigner les dents et si je n'y avais pas été en premier je pense qu'elle n'y serait pas allée ».

- Soutenir les sensibilisations à l'école, les autocollants et la distribution de matériel de brossage qui sont chers et inaccessibles pour certains

La prévention dans les écoles a été plébiscitée. Les participants ont suggéré d'étendre ces actions à d'autres lieux comme les crèches, les PMI, les colonies de vacances ou les centres aérés. Les personnes relais ou associations en contact avec les parents pourraient également être sollicitées. La maternité est citée comme un lieu où la présence d'un dentiste dans des groupes de parole ou lors de la préparation à l'accouchement pourrait avoir une action positive.

Des aménagements matériels relevant du bon sens et dont la mise en œuvre peut être faite lors de réhabilitations sont demandées. Par exemple, dans les écoles maternelles : baisser les lavabos pour les enfants, mettre une tablette pour poser les brosses à dents, éloigner les endroits où on se lave les dents des toilettes.

- Organiser les temps pour avoir les moyens à la fois de se brosser les dents en milieu scolaire, professionnel ou associatif.

Pour contrer certaines réticences liées aux risques sanitaires dans les collectivités, il a été proposé que l'enfant emporte une trousse de toilette avec sa brosse à dents comme il emporte une trousse de feutres ou de crayons.

« Ce ne serait pas difficile d'avoir une trousse personnelle avec brosse à dents comme on a une trousse de crayons, non ?

- Ne pas enfermer les populations dans leurs quartiers

« Mais attention, si on ramène tout dans les quartiers, les gens ne sortiront plus en centre-ville pour un renseignement et ce sera le ghetto, vous savez, certaines personnes ne sortent de notre quartier que pour aller à la sécurité sociale »

- Prendre en compte le problème de l'illettrisme

« Au centre social, il y a eu peut-être 4 dépliants sur la PASS. Mais encore faut-il que les gens sachent de quoi ça parle. Surtout qu'au départ, ça ne dit pas tout. Tu peux dire aux gens : là tu peux avoir des informations. Il faut déjà que tu sois formé pour expliquer. Mais par exemple, les gens qui sont en situation irrégulière, ils ne vont jamais mettre les pieds dans un centre social : le bouche à oreille a bien fonctionné. »

« L'information écrite : je suis désolée, ça met de côté une grande frange de la population qui ne lit pas ».

« Je trouve dommage, la Sécu par rapport aux soins dentaires a fait un gros effort. Elle a envoyé un pavé de trois pages qui t'expliquait, on n'a pas tout compris, mais ils t'envoient ça à quelqu'un qui ne sait pas lire ».

- Lutter contre les messages mensongers de la télé sur les produits dentaires

« Quand c'est la télé qui le dit, c'est forcément vrai chez nous, on est des enfants de la télé »

2.3.2.2 L'organisation de la prévention au niveau collectif

- Il y a une demande pour l'organisation de la prévention.

M-J : « J'ai travaillé dans une cantine. Les gosses après la cantine allaient directement dans la cour, ils n'allaient pas trop se nettoyer les dents. Je n'ai même pas vu s'ils avaient des serviettes et des gants de toilettes pour se nettoyer la figure. »

M-F : « A la cantine du midi, quand les gamins sortaient de la cantine on leur lavait rapidement les mains, mais rien n'était prévu dans l'organisation de la cantine ou de l'école pour le brossage des dents. Le pire c'est qu'ils allaient dans la cour et un quart d'heure après ils allaient à la sieste. Mais là, c'est comme la nuit, quand tu dors, c'est à ce moment-là que tous les trucs abîment les dents ! C'est pour cela que

je dis, les gosses, même les grands, devraient avoir la possibilité de se laver les dents quand ils mangent à la cantine, et ce n'est pas prévu. »

M-J : « Ce qu'il faudrait faire c'est attirer tout au moins dans l'école et les lycées au moins la doctoresse ou l'infirmière sur place et leur en parler par rapport aux gosses qui sont à la cantine. »

M-F : « L'infirmière scolaire va dire que ça ne rentre pas dans son rôle. »

G : « Oui, mais ça fait partie de la santé ! »

M-J : « Il faudrait voir avec des professeurs ou avec l'intendant du lycée, demander qu'il y ait au moins un suivi au niveau dentaire »

Mais la prévention doit être faite en tenant compte de ce que sont les gens

« La prévention doit coller avec la vie des gens, on est dans la vraie vie, pour certaines choses ils dépensent des milles et des cents et ça passe à côté ».

2.3.2.3 Accès à la prévention

Les conditions de vie et les ressources financières ne permettent pas toujours d'adopter le comportement préventif approprié. De ce fait, la prévention peut-être ressentie comme inaccessible ou pas comme une nécessité première. Cependant, le jugement sur l'accès à la prévention considère souvent la visite de contrôle chez le chirurgien-dentiste.

« Pour les personnes précaires, c'est difficile de bien se nourrir. Les gens qui vivent dans la rue (SDF, etc. pour eux, c'est impossible d'être bien nourris et ça se ressent au niveau des dents. »

« L'alimentation saine et équilibrée est un élément extrêmement important de la prévention mais elle n'est pas à la portée des personnes démunies.»

« Je ne peux pas me permettre de mettre vingt-trois euros dans une consultation de prévention, le dentiste de la Sécu a dit à ma dentiste (*lors d'une analyse d'activité*) que si on veut se faire compter les dents, on n'a qu'à payer. Vingt-trois euros, ça risque de casser mon budget pour le mois. »

Propositions :

- Des actions de « promotion de la santé bucco-dentaire »

Les actions développées autour des dents leur semblent toujours axées sur le brossage comme si les dentistes avaient oublié que les dents font partie du corps tout entier et que les conditions de vie affectent cette santé aussi.

« Parce que c'est bien beau les dentistes qui te mettent un produit sur tes dents et qui te disent c'est mal lavé, parce que là et là il y a des traces. C'est bien qu'ils disent au gosse c'est mal lavé, mais au bout du compte ça changera quoi dans la vie du gosse ? »

Ils suggèrent de favoriser les actions de promotion de la santé en groupe pour les raisons suivantes :

« Le groupe a une force d'expression. »

« Le groupe a une émulation. »

« Le groupe, c'est un échange : on parle d'autres. »

« Le groupe est facile : il permet un équilibre on ne parle pas que de nous-même. »

« Dans un groupe de plusieurs parents, c'est plus facile de parler des enfants. »

« Un groupe permet de relever un message ou un autre en fonction de ce que les gens ont entendu. »

Ils suggèrent également de favoriser la vidéo, la télé

« La vidéo valide le discours.»

« La parole de la télé est forte.»

« La télé avec vidéos dans les salles d'attente, ça c'est une piste.»

« Ce que dit le médecin est « understandable » si la télé le dit.»

En évitant les actions de type scolaire

« Rester assis est difficile et pas dans leurs habitudes.»

« Être dans un lieu où on ne peut rien faire, c'est dur. »

Porter une grande attention aux enfants

« La prévention, pour moi ce n'est pas des grandes idées mais chercher le détail qui favorise l'amitié chez l'enfant pour son corps. Les enfants très jeunes découvrent leur corps et à ce moment-là ils acceptent très bien qu'on leur parle d'un morceau d'eux et ce qu'il faut faire pour le garder. Ils n'ont pas d'idées préconçues sur ce qu'il faut faire, pas faire, la morale, pas la morale. Ils ont un corps ; à quoi ça sert ? »

Les livres qui racontent à l'aide d'images, de logos et de textes simples permettent de faire passer les messages de prévention et de dédramatiser les interventions des dentistes.

Les dessins animés sont également des outils qui plaisent et desquels les participants gardent d'excellents souvenirs.

Les autocollants distribués lors d'actions de sensibilisations ont aussi prouvé leur efficacité.

Pour les ados : revenir à leur vie sociale

« Un gamin, même à quinze ans, il peut comprendre que sa vie sociale elle peut être perturbée si ses dents sont sales. Pour des jeunes qui ont entre quinze et vingt ans, tu vas leur dire c'est un nid à microbes, c'est ceci, c'est cela, à part ceux qui font médecine, ou infirmière, ou je ne sais pas quoi, les autres ça va leur passer largement au-dessus de la tête. C'est bien de faire de la prévention, mais en même temps il faut trouver une prévention adaptée, trouver quelque chose qui les intéresse...tu vois je vais te raconter un truc : samedi y avait la fête du quartier, et il y a une dame qui fait ce qu'on appelle la petite fabrique du livre, c'est-à-dire que les gamins ils inventent une histoire, ils l'illustrent, et ils la font en livre, ils la relient, enfin ils apprennent tout, de A à Z, de l'écriture à la reliure, la décoration. Cette année ils n'étaient que deux gamins, et il y a un des deux gamins qui a raconté : « Ben voilà : ma maman tous les soirs me disait « Lave-toi les dents ! », et moi je lui disais j'y pense, mais je le faisais pas, et je me cachais et je le faisais pas et je le faisais pas ! Et puis à l'école je comprenais pas pourquoi j'avais pas de copains, je ne comprenais pas pourquoi ça allait pas... » Et donc il raconte son histoire, et puis au bout d'un moment il y a de ses copains qui lui dit « tu sais , si tu sentais moins de la bouche, t'aurais plus de copains » il dit : « bon j'ai grandi et puis je me suis rendu compte que les filles elle me regardaient mieux si j'avais mes dents bien brossées. » et donc il raconte son histoire comme, ça, et à la fin il dit « maintenant j'ai trente-deux ans , je suis marié et j'ai un enfant qui a cinq ans, et devinez ce qu'il dit tous les soirs ? « Je ne veux pas me brosser les dents ! » ». Mais la manière dont il raconte, je suis sûre qu'un gamin de dix ans qui lit cette histoire-là, ça lui parle ! Tu vois quand je dis qu'il faut adapter ? C'est comme quand on discutait la dernière fois dans le train de « Il était une fois la vie », c'est bien pour des tout petits, c'est tellement bien raconté ! Moi j'ai trouvé ce dessin animé c'était une merveille, parce que c'est tellement bien raconté, que les gamins ils le vivent ce qui est projeté, ils le vivent, donc ils comprennent, ça rentre dans leur tête. L'histoire du petit gosse qui raconte « je veux pas me brosser les dents parce que j'ai pas envie, et parce que pourquoi je le ferais. » C'est pas une histoire de « si tu te brosses pas les dents t'auras des caries » t'as du social qui est différent parce que tu te brosses pas les dents, et ça, un gamin, même à quinze ans, il peut comprendre que sa vie sociale elle peut être perturbée si ses dents sont sales.

Mais si toi, tu vas lui dire « si tu te brosses pas les dents, t'auras des caries. » il va pas l'entendre comme ça, alors que si tu lui dis « attention, les filles elles te regarderont mieux si t'as des belles dents, que si t'as des grosses dents toute noires et toute écaillées ! » ça, à quinze ans, un gamin, il est tellement, c'est sexuel, y a que ça qui tourne ! Et ben il le comprend ! Tu les laves au même titre que le reste, mais il faut trouver des trucs qui les touchent, qui sont proches d'eux ! »

Des actions médiatiques ou évènementielles comme des spots à la télévision sur le brossage des dents, une journée « prévention buccodentaire », des affichages dans la rue peuvent toucher un large public qui ne se rend pas chez le dentiste ou dans des établissements collectifs.

- Une réflexion et des mesures sont à prendre pour l'accès à une alimentation équilibrée

« La prévention, oui, mais les personnes doivent avoir accès à une alimentation durable, celle qui permet de ne pas être carencé depuis l'enfance.»

« Pour la prévention des caries, il faut faire des bonbons moins sucrés. »

- Il faudrait consulter le public avant de diffuser des publicités

« Ce qu'ils devraient faire c'est demander aux gens, avant de le mettre sur les ondes de télé, demander ce qu'ils en pensent et qu'ils l'essayent déjà avant »

2.3.3 Les soins

2.3.3 1 L'accès aux soins

2.3.3.1.1 Le coût trop élevé

« Mes cousins ont 6 et 8 ans, c'est plus des dents, c'est des crevasses. Ils ne veulent pas aller : ça coûte trop cher. Des enfants ont même des rages de dents, des chiques, la maman ne les emmène pas. Elle ne peut pas payer. »

« Les soins de la bouche, c'est trop cher. Les caries, ce n'est pas grave, c'est juste des trous. Il me manque une dent devant, je ne peux pas la refaire car, il faut payer et moi, je ne peux pas payer. Je ne travaille pas et je suis à la rue. Alors aller me refaire les dents, c'est impossible. »

« Ils ne se rendent pas compte dans quelle situation ils mettent les gens (en les faisant payer), alors que normalement, les soins dentaires, ça devrait être obligatoire, si on ne se soigne pas les dents, on n'a que des problèmes. Ils m'ont dit que les dents, ce n'est pas vital. Moi, je peux vous dire que c'est vital pour avoir été sans dents. »

Ces coûts peuvent varier en fonction des pratiques des professionnels.

« J'avais depuis 18 ans une dentiste que j'aimais bien. Un jour, on est arrivé, le cabinet fermé, plus personne, pas prévenu. On était suffoqué. On a essayé de voir un autre dentiste. On a eu un jeune. Alors là, ce n'est pas la même chanson. Il était très —homme d'affaires», désagréable, des prix comme on n'en avait jamais eu et depuis, on galère. Beaucoup de praticiens proposent des prix tout de suite trop élevés alors que, certainement, on doit faire autrement. Comme notre bonne dentiste qui était très humaine. »

2.3.3.1.2 Des problèmes en lien avec la couverture sociale

- Cela touche des gens qui ne sont pas éligibles à la CMU complémentaire, sans pouvoir avoir des revenus assurant d'autres recours, mais également des personnes qui travaillent avec de faibles revenus qui ne leur permettent pas une couverture suffisante

« J'aurais du me faire arracher les dents de sagesse l'année dernière, et en fait ma mère a perdu la CMU entre-temps, et quand on a demandé si on pouvait avoir une aide pour que je me fasse opérer, ils ont dit non. Ils ont dit que ma mère devait payer. »

« Pour les dents, il a vu un spécialiste qui l'a envoyé vers un autre spécialiste. Mon mari avait le scorbut. Le spécialiste l'a envoyé dans une clinique, il a fini dans une clinique pour se faire enlever les dents, le prix de la clinique et puis le prix des prothèses à payer de ma poche. »

« Pour des gens comme moi, c'est une frustration de ne pas pouvoir se faire soigner alors qu'on travaille. C'est bien que on est chez le Dr... on paie pas, on s'arrange mais, avec un travail, il faut donner de l'argent. Moi, je conduis un bus, ma femme est en congé parental mais c'est pas la peine qu'elle retourne à son boulot, avec la nourrice, le transport, son chef lui a dit : —est pas intéressant". Eh bien ! nous, on ne peut plus avoir accès aux spécialistes, même à l'hôpital. Pour les dents, c'est trop cher, alors les autres » (S, 35 ans 2 enfants). Depuis trois ans maintenant nous ne faisons plus soigner que le strict nécessaire ... on n'y arrive plus et même pour les enfants. Alors nous avons écrit à la Sécu :

« Madame, Monsieur, je me permets de vous écrire pour témoigner de la situation de mon ami et de moi-même. Nous avons tous deux besoin de soins dentaires très importants : mise en place de prothèses entre autres. En vue des tarifs et en plus de la suppression du tiers payant, ils nous est impossible actuellement de nous faire soigner correctement, en vous remerciant ».

- Il y a par ailleurs les soins et les médicaments qui étaient avant hors-nomenclature et maintenant pour certains à la nomenclature mais non couverts. Cela concerne également les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

« La dentiste m'a dit : je ne sais pas si c'est remboursé mais allez-vous renseigner quand même, je vous fais l'ordonnance. J'ai été à la pharmacie, c'est 5 € la boîte non remboursée. Donc, comment voulez-vous que je prenne la boîte ? Je n'avais pas l'argent sur moi, j'ai laissé tomber, mais je souffre des gencives. Je mets un appareil : j'ai les gencives qui sont gonflées. Et moi je ne le supporte pas, je ne peux pas mettre mon appareil. Ils enlèvent tellement de trucs, ce serait bien s'ils nous laissaient les médicaments pour les dentistes. »

« Alors, mon dentiste me les donne parce que, vu que ce n'est pas remboursé, je lui ai demandé s'il pouvait me les avancer, il me les a avancés. »

« L'acte n'est pas remboursé ou n'entre pas dans l'offre autorisée de soins (par la sécurité sociale) en particulier pour les actes de prothèse dentaire et auditive »

« La CMU ne couvre pas tous les actes médicaux notamment tout ce qui concerne les dents et l'optique, les gens doivent participer aux frais et donc sont très réticents. De plus ce qui est couvert est souvent considéré comme bas de gammes. L'obtention de devis pour ces actes est parfois problématique car ils sont souvent incompréhensibles. Les professionnels peuvent proposer tous les traitements aux personnes qui bénéficient de la CMU il n'y a plus de panier fermé, les personnes vont avoir à faire face à des frais auxquels ils ne s'attendaient pas. »

« Je lui ai signalé qu'il était à la CMU, il a diminué le prix de l'appareil provisoire, mais il revenait quand même à 350 euros »

« Moi j'ai la CMU, il y a des trucs qui sont pas remboursés tout à fait, et moi je suis obligée d'avancer, mais j'ai pas l'argent. »

- Et si les personnes se font soigner sans pouvoir payer elles se retrouvent avec des poursuites pour impayés

« Moi, je ne vais pas me faire soigner à l'hôpital, parce que je connais plusieurs personnes qui ont eu des poursuites d'huissier à cause de leurs dents soignées : si tu ne peux pas payer le supplément de suite, eux, ils déclenchent tout de suite l'armada... poursuites, etc. » (*Femme de 40 ans, mère de famille du Quart-monde*).

« Devant un huissier, même si la personne a des droits car elle a été injustement facturée, Eh bien ! Vous ne pouvez rien faire. Un homme a eu une saisie de biens ; ses chéquiers ont été supprimés. Tout ça pour des dents soignées à la fac dentaire, donc à l'hôpital et qu'il ne pouvait pas payer, il a eu un devis mais il ne sait pas lire il a signé sans comprendre et il ne pouvait pas payer les charges ».

(La personne a été poursuivie par le Trésor public qui facture aux patients les soins hospitaliers et ne pouvant pas régler. Le Trésor a prélevé sur ses minimas sociaux lui laissant juste un minimum légal pour vivre)

2.3.3.1.3 Avance de frais et facilités de paiement

Les personnes peuvent se retrouver dans l'impossibilité de faire l'avance de frais et du coup renoncer aux soins. Ceci dépend de la facilité de paiement offerte par le chirurgien-dentiste qui peut différer l'encaissement. De même pour des soins partiellement ou non-couverts, la réalisation dépendra de l'acceptation d'un paiement échelonné par le chirurgien-dentiste.

« Si, on est remboursé, mais bien après en fait. »

« Quelquefois tu as des retards... moi je vois pour mon appareil dentaire c'est parce que je n'ai pas encore les 100 euros de la mutuelle que je ne peux pas payer ».

« Donc vous ne voulez pas vous rendre chez le dentiste tant que ce n'est pas payé, j'ai un chèque de caution quand même de 847 euros, si la mutuelle ne paye pas... »

« Tant que la mutuelle ne m'a pas remboursé, il ne peut pas le déposer de toute façon, j'ai bien prévenu la banque avec les numéros du chèque afin qu'il soit bloqué... »

« On ne peut pas avancer ... on n'a pas de chéquier avec des minima sociaux... alors le dentiste peut pas attendre qu'on soit remboursé ... tu fais quoi ? Tu ne te fais pas soigner sauf rage de dent ... et je ne parle pas de prothèses »

« J'avais demandé pour le paiement du dentier : est-ce qu'on peut le faire en deux fois ?

Il m'a dit : *Non, Madame...*

Je lui ai dit : On vous doit quelque chose depuis que mes gosses sont nés ?

On a le dentiste depuis qu'ils sont nés et Dieu sait qu'ils ont eu des soins et nous-mêmes aussi...

Je lui ai dit : est-ce qu'à un moment donné vous avez eu des problèmes avec nous ?

Alors il me regarde bien en face et puis il dit non.

Je lui dis alors : pourquoi vous ne nous faites pas confiance pour payer en 2 fois... je lui dis : vous regardez le dossier, tous nos dossiers sont chez vous : il y a quand même une question de confiance.

Il m'a dit non, « *je ne peux pas parce que j'ai été trop roulé, surtout avenue M...* ». Il y a déjà le quartier qui joue son rôle. Peut-être que la Sécu joue son rôle mais le client est quand même roi. Si je veux me faire soigner et que je demande un délai de paiement. »

Propositions :

- L'application du tiers payant par les mutuelles couvrant des faibles revenus (au-dessus du seuil de la CMU).

« On devrait trouver un lieu unique, où t'as la CAF, la Sécu, le surendettement, et les assistantes sociales qui sont en lien avec la maison des dentistes ».

« Rétablir des postes pour des personnes assurant l'accueil dans la salle d'attente pour aiguiller les personnes vers les services compétents et permettre aux personnes de ne pas attendre si, par exemple, il leur manque des papiers. Cette personne permettrait le « débroussaillage » des dossiers. Donner à cette même personne la tâche d'explication de fonctionnement d'une borne interactive de la sécu posée dans ces lieux ».

- Aucune procédure de saisie ne doit être engagée pour des soins, ou l'accès aux soins, sans que les conditions d'ouverture des droits de la personne ne soient revues

« Dès que c'est au Trésor Public et même pour des sommes faibles, il y a poursuite : c'est impressionnant ».

« Dans les hôpitaux, si on réfléchit, si une assistante sociale que vous payez mais qui favorise l'entrée des soignés dans le dispositif est présente lors de l'accueil, elle rapporte plus à la société que ce qu'elle coûte en salaire, il est évident qu'elle rapporte beaucoup, car elle permet à des exclus du système de le réintégrer et ainsi c'est sa famille qui, à sa suite, réintègre le circuit classique et coûte donc moins cher à la société ».

« Devant un huissier, même si la personne a des droits car elle a été injustement facturée, hé bien vous ne pouvez rien faire. Un homme a eu une saisie, ses chéquiers ont été supprimés, 214 euros de frais. Il a 400 euros pour vivre. Comment faire ? Tout ça pour des dents soignées à la fac dentaire, donc à l'hôpital».

« On fait des dossiers, mais cela ne sert à rien : une énergie perdue devant l'institution ».

- Les relations entre les milieux hospitalier et ambulatoire doivent être améliorées, particulièrement pour les personnes en situation de précarité,

2.3.3.1.4 La difficulté de trouver un lieu de soins

- Cette situation se rencontre même en cas d'urgence, ce qui laisse la personne en situation de souffrance.

« On a une mutuelle MMA et tous les dentistes ont refusé de me prendre. J'ai dû aller à la faculté dentaire et à SOS dentiste sur Paris. »

« Je suis hébergé dans un foyer de l'ARS, j'ai été voir un dentiste, j'avais toujours mal. Au foyer, on m'a dit d'aller voir une dame qui prend toujours les gens qui viennent du foyer. Quand je suis arrivé, elle m'a expliqué qu'elle ne pouvait plus me prendre, elle n'avait plus de place pour me soigner complètement et elle n'avait pas le droit de me dépanner, le dentiste de la sécurité sociale l'avait reprise et lui avait fait payer une amende parce qu'elle avait trop de consultations avec des plans de traitement sans qu'elle les fasse, or elle avait trop de monde elle ne pouvait pas me soigner complètement avant un moment. Il fallait que j'aille à l'hôpital. Elle a téléphoné, elle a écrit un papier pour le docteur à l'hôpital et je suis allé. J'ai attendu trois heures et, comme j'avais mal au visage, ils m'ont fait un scanner, une panoramique, une ordonnance et ils ont dit que je dois aller voir un autre docteur. Le lendemain, ça n'allait pas mieux, je suis retourné voir la dame, elle m'a dit d'attendre que le médicament fasse effet. Le lendemain, je suis allé la revoir, je lui ai dit : —est vous qui devez me soigner, s'il vous plaît". Elle a alors dit : —ej vous l'arrache, cette dent. Venez avant mon travail..." et elle me l'a fait gratuit. Dix jours après, elle a reçu le compte-rendu de l'hôpital, mais moi, je n'avais plus mal.» (Femme étrangère des pays de l'Est de 45 ans)

« J'ai fait dix dentistes pour essayer d'être pris, j'ai mal aux dents et j'ai du mal à me faire soigner. » (*Homme jeune*).

M-J : « Et puis les dentistes, tu vas téléphoner, il y en a qui te prennent tout de suite, mais il y en a qui te prennent pas tout de suite »

G : « A la fac il y a toujours des étudiants disponibles, sauf le week-end »

Animateur : « Et le week-end vous faites comment ? »

G : « Tu vas à l'hôpital »

M-C « Non tu ne vas pas à l'hôpital, ils ne te prennent pas ! »

Animateur « Ils ne prennent plus maintenant à l'hôpital ? »

M-C : « Non »

« Je les ai cru. Je vais rien faire, j'ai vu un dentiste à Saint Nicolas, un autre à Lunéville, la Mutuelle, ils m'ont dit pour l'hôpital ... »

- La réalité des conditions de vie dans les quartiers en grande pauvreté est aussi une cause de la raréfaction de l'offre de soins

« Je ne suis pas sûre actuellement avec les problèmes qui existent dans nos quartiers que les professionnels de santé viennent ou alors, avec une voiture de police. Dans mon immeuble, c'est un gosse qui a été violé en plein jour ; dans son quartier, c'est des coups de couteau et ici, on a eu des voitures brûlées et le centre social abîmé, alors tu sais, il faut avoir du courage pour venir pour soigner »

- Les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire font elles-mêmes face à des refus de soins. Cette situation n'est pas systématique et dépend du praticien. Mais souvent les personnes nous font part de leur repli par crainte de se trouver face à un refus, elles mettent aussi en place des stratégies d'évitement pour se protéger. La situation est donc complexe.

« Moi, je n'ose pas y aller chez P. Comme j'ai la CMU, il paraît qu'il refuse la CMU. »

« On est montré du doigt : la CMU c'est une étoile jaune. »

« Toi tu es normal, tu n'es pas un vieux chien qui traîne dans la rue. Ben non, tu as une vrai Sécu. »

« Nous on a une sous-Sécu. C'est comme ça et tu ne peux rien dire. »

M-J : « Oui, oui chez mon dentiste là, et pourtant il y a que là que je vais, j'ose pas aller chez un autre dentiste parce que je panique tout de suite, et lui il m'a mis en confiance. C'est M-C qui m'a emmenée, et puis ça a été, et là normalement je devais refaire une vérification de mes dents, ben, j'ose pas y aller avec la truc de CMU. Par contre il prendrait mon gosse parce qu'il est à la Préviade. »

G : « Monsieur J moi il prend bien la CMU. »

M-F : « Non, mais son dentiste à elle, parce que ça c'est des ouï-dire, c'est des gens qui lui ont dit qu'il ne prenait pas. »

M-C : « Ou bien parce que tu as vraiment trop mal et qu'il y a que là que tu peux aller, il y en a beaucoup qui vont là en urgence. »

- Ce refus de soins aux personnes bénéficiaires de la CMU-C peut prendre des formes détournées, comme des délais de rendez-vous dissuasifs ou la non-application des tarifications de la CMU complémentaire. Mais ces situations sont vécues et décrites principalement autour des situations d'urgence.

« De toute façon : on était à deux vitesses et on arrive à la troisième vitesse pour ceux qui ne peuvent pas payer. Ceux qui peuvent payer qui ont du fric, payent et se font soigner, tu as ceux au milieu, la deuxième vitesse, ce sont les moyens qui ont leur propre mutuelle ou qui n'en ont plus et qui peuvent de moins en moins se soigner et tu as ceux qui n'avancent rien : la troisième vitesse ! Mais tu annonces que tu as la CMU et tu as rendez-vous trois mois plus tardmais tu ne paies pas»

« Les dents, c'est pareil : on ne sait pas ce qu'on va nous demander... J'ai ma dent de devant abîmée et noire, il faudrait une couronne... Le problème des dents, c'est que ça dépasse le plafond, les dentistes demandent pour savoir si je suis à la CMU, eux vous disent : c'est trop cher pour vous, ça dépasserait trop,... Non, je n'ai pas fait le devis, un m'a dit de rien faire du tout, l'autre demandait 485 euros de ma poche...A la mutuelle P, ils m'ont dit qu'il faut donner plus de 285 euros de votre poche pour la dent de devant à refaire avec la CMU, même si on va à l'hôpital dentaire. Ils ont dit : « on ne peut rien faire, avec la CMU, vous ne pouvez pas. » »

Animateur : « Vous savez qu'il y a un service d'urgence normalement chez les dentistes ? »

M-F : « Tu téléphones, au 15, ils te disent, « c'est tel dentiste », alors moi je te raconte : J'ai la CMU pour O ; urgence dentaire un samedi après-midi, on m'envoie à St Max, à St Max, « ça fait tant d'argent ». Alors elle l'a soignée, ça c'est sûr, mais « ça fait tant ». J'ai dit « mais attendez, madame, je suis à la CMU » « Nan, nan, moi je veux rien savoir, vous devez me payer » Elle a gardé tous les papiers de la CMU, tout ! Je suis retournée le lundi matin à la sécu, demander, si je devais payer ou pas, parce que moi j'avais entendu dire « si t'avances les sous, la CMU elle te rembourse pas. « Alors je savais pas quoi faire ! Ils ont téléphoné, et l'autre elle voulait pas savoir ! Elle disait : « Non moi, il faut qu'ils me payent, je ne prendrais pas la CMU ! Alors effectivement c'est un service d'urgence, ils l'ont soignée, mais au bout du compte, ça a été quinze jours de calvaire pour trouver la solution, puis moi je voulais pas payer ! Et puis je pouvais pas ! La solution c'était de faire le trottoir devant chez elle, après je pouvais la payer ! Ah oui, il faut des cuissardes, mais j'ai pas les moyens de m'en acheter ! Nan mais, voilà le service dentaire d'urgence le samedi et le dimanche ! Si c'est l'hôpital de toute façon ils te virent, et si c'est le dentiste de

ville, il va pas s'emmerder avec la CMU, à faire les papiers, vous venez une fois, vous payez, c'est tout ! Elle ne voulait rien savoir. »

Animateur : « Et comment la CMU, à la sécu a réagi ? »

M-F : « La sécu m'a dit qu'elle devait prendre la carte de CMU. Ben j'ai dit : « oui, mais de toute façon elle l'a, elle veut pas me la rendre tant que j'ai pas payé ! »

M-F : « Elle m'a dit « venez payer ! » J'ai dit « mais moi j'ai pas de raisons de vous payer, j'ai la CMU »

Animateur : « Combien elle te demandait ? »

M-F : « Je sais plus, parce que de toute façon je lui ai dit dès le départ que je paierai pas ! Je sais plus mais c'était 45 euros, ou comme ça, mais de toute façon ç'aurait été 5 ou 10 ou 20 euros, ça aurait été pareil ! C'était fin juin, début juillet. C'était à un moment où t'as pas de sous parce que les allocs sont pas réglées...Donc maintenant je sais ; j'ai prévenu : t'as mal aux dents, tu restes avec ton mal aux dents le week-end ! »

M-C : « Tu es retournée chez le dentiste dans les Vosges, après ? »

M-F : « Oui. »

C : « Elle avait votre carte CMU, comment vous vous en êtes sortie ? »

M-F : « Il ne m'a rien fait payer. C'était le dentiste de mes parents, il ne m'a pas demandé un centime, il m'a donné l'ordonnance pour la pharmacie en me disant : « votre maman peut vous avancer les sous pour la pharmacie ? ». Il m'a dit qu'effectivement on ne pouvait pas la laisser comme ça ! »

- La Sécurité sociale peut elle-même générer une restriction d'accès aux soins en définissant des procédures acceptables et en contrôlant les chirurgiens-dentistes

« J'ai eu un dentier fait à l'hôpital par les étudiants ; il ne me va pas du tout et je le pose. Un jour, le gosse l'a pris et j'ai marché dessus. Mon copain m'a dit d'aller voir une dame, elle est spécialiste et elle prend les CMU. Quand je l'ai vue, elle venait de se faire engueuler par la sécu, elle m'a dit de demander d'abord au dentiste conseil, parce que j'en avais eu un l'année d'avant. Alors je suis allé au contrôle. Là, une dame m'a dit d'aller en voir une autre. La dame m'a alors dit : « il y a pas de problème ». Elle m'a donné un papier disant qu'elle m'a reçue. Je suis retourné voir la dentiste spécialiste, elle a pas osé faire le travail : elle avait pas de papier disant que c'était d'accord et personne au téléphone. Ils lui ont dit de rappeler le lendemain. Elle doit payer 4000 euros à la sécu pour des trucs d'analyse. De toute façon, elle ne pouvait pas me donner rendez-vous avant trois mois, elle doit travailler moins. Alors, elle a écrit pour me recommander ailleurs. »

- Une prise en charge différente que pour le reste de la population, vécue ou ressentie particulièrement en situation d'urgence

« Je me suis fait agresser parce qu'on avait les dents cariées : « même quand on n'a pas de sous, on peut se soigner les dents ». Le dentiste n'arrêtait pas ; pendant une heure il m'a expliqué comment on se fait soigner les dents. En 4 séances, il a fait un détartrage. Après, j'ai dû amener ma fille en urgence chez le dentiste de ma mère pour un abcès, elle souffrait : 4 séances et l'urgent pas fait ».

M : « Il n'y a pas à dire quand tu as la CMU tu as quand même les soins de base, les soins ne sont pas pareils que quand t'as une mutuelle. »

Animateur : « Comment ça pas pareil ? »

M : « Sur la qualité des soins, et le temps passé. Tu restes avec du plâtre pendant une semaine quand tu as la mutuelle tu as tout de suite le plomb. CMU c'est j'encaisse, le dentiste se frotte les mains je sais pourquoi je me lève le matin, je vais

encaisser. Le plomb que ma fille avait il tombait tous les 3 jours fallait toujours retourner chez le dentiste. Ou alors il te voit une carie pis encore une autre après et une autre dont il t'avait jamais parlé avant »

« Les urgences laissent attendre les gens et disent carrément que les gens ne peuvent pas avoir les mêmes soins que les autres quand ils ont la CMU ; c'est vite fait, vite bâclé ».

« Avec la CMU, l'attente longue pour un rendez-vous on a l'impression d'un filtrage des patients »

« Pour le rendez-vous, il a dit: « je vous prends comme tout le monde; mais si vous ne venez pas sans prévenir, je ne vous prends plus ».

« De la pitié, comme j'étais pauvre, et sotte aussi, de la gentillesse de la pitié mais pas de plan. »

2.3.3 2 Le recours aux soins

- Il existe une variabilité de recours aux soins. Certains ont un comportement préventif de contrôle, d'autres pas. Certains vont chez le dentiste dès qu'ils ressentent un problème, d'autres pas.

« La prévention c'est déjà les contrôles ! Quand on peut rentrer dans le système, c'est sûr. Mais le contrôle annuel n'est pas remboursé par la sécurité sociale, on s'en moque, ma fille, se fait contrôler deux fois dans l'année. Elle paie ! Il vaut mieux se faire détartre, une visite de contrôle on n'a pas le droit. Sauf les enfants avec l'EBD c'est subtil...C'est pour ça que... ils te détartrent ton appareil dentaire ! Ah ! Bien oui, je ne veux quand même pas avoir une bouche... J__ai peut-être soixante-quatre ans, mais attends...

« Moi, une fois par an je fais un contrôle, parce qu'on ne sait jamais : s'il y a une écaille partie sur les dents, tu n'as pas mal et tu risques, si tu as une petite cassure sur le dentier, je ne vais pas refaire un appareil s'il y a juste une petite

réparation. Mon dentier, il a quinze ans et je me fais voir depuis que je suis chez ce dentiste, tous les ans. Mais je paye pour ça. »

« Alors Jean-Philippe c'est atroce. »

G : « Oui, il est un peu comme Denis, ce sont des maniaques de la bouche. »

M-C : « Même s'il sentait un tout petit trou, une épingle, ce n'était rien, il rentrait, il fallait que je téléphone tout de suite chez madame ___ pour qu'elle le prenne en urgence ! Il ne supportait pas une écaille ! »

G : « Ouais mais qui dit « écaille » dit « carie » parce que vaut mieux y aller tout de suite ! »

« Tant que j'ai pas mal moi j'y vais pas »

- La grande pauvreté engendre des ruptures dans le recours aux soins

« Avant j'avais un suivi régulier et puis au lieu d'aller tout droit j'ai tourné à gauche dans la précarité »

« On se soigne jusqu'au 10 du mois après on arrête on ne peut plus. »

- Le prix des soins amène les personnes à renoncer au suivi courant et les amène à consulter lorsque c'est vraiment grave

« C'est trop cher je préfère attendre d'avoir vraiment mal pour prendre rendez-vous. »

« Le dentiste c'est presque le plus cher, t'as un problème aux dents et ben t'y vas pas. »

- Le recours aux soins de la jeunesse en grande pauvreté est fortement compromis en raison de la rupture, du passage d'un statut à un autre

La couverture maladie des jeunes, surtout lorsqu'ils sont en situation de rupture, reste préoccupante :

« Les jeunes filles en foyer, jeunes adultes de 18 ans et demi, elles sont dans un no man's land du point de vue de la santé. La direction est tout à fait compétente : elle effectue toutes les démarches pour la Sécu. Mais il y a une inertie telle : il y en a une, cela fait 18 mois qu'elle n'a pas sa carte santé. Je peux vous dire qu'elle a fait les démarches. Mais ce sont des jeunes, alors, pour obtenir quelque chose avec leur bouille ronde, cela ne va pas marcher. C'est souvent des filles qui arrivent en foyer en catastrophe avec des histoires de famille à dormir debout. Très souvent, il y a des histoires terribles et en plus le système n'est pas là comme une structure fiable et solide. Cela rajoute à leur détresse. Il faut encore se battre pour avoir leurs droits ».

« Mon gamin avait dû attendre trois mois pour être couvert, pour qu'il retrouve une sécurité sociale. J'avais apporté à la Sécu le papier parce qu'il allait avoir 20 ans et j'ai dû me battre pendant trois mois pour qu'il soit couvert. Il avait entamé des soins dentaires, ils étaient finis et le temps qu'il se fasse rembourser, ça a duré encore 4 mois après ».

« Là, je vais avoir le problème avec Jennifer, parce qu'elle a eu 18 ans au mois de juillet ; je dois remplir des papiers, elle a sa carte vitale depuis deux ans. Il faut que je refasse tous les papiers en disant qu'elle est toujours sur son père et tout ce qui s'en suit, ce qui s'appelle ayant droit. C'est la même galère pour tout le monde, elle va rester ayant droit de la mutuelle, il faudra se renseigner à la mutuelle, jusqu'à quand. Si c'est un étudiant, peut-être jusqu'à 28 ans, s'ils étudient. Mais les mutuelles les conservent, mais il faut le déclarer aux mutuelles. »

- Recours aux soins et compliance en grande pauvreté :

Le rapport à l'écrit

« Il y en a qui sont pas capables de dire les noms des médicaments. »

« Les génériques ne sont déjà pas chers, on peut dépenser un peu d'argent pour mettre un pictogramme sur les boites, reconnaissable pour les personnes qui ne sont pas à l'aise avec l'écrit. Il faudrait tester pour avoir une image de présentation».

Les conditionnements

Les personnes en difficulté ont évoqué des méprises par rapport aux génériques. Les changements fréquents de conditionnement sont source de confusion. Les propos des personnes interrogées ne traduisent le plus souvent pas une opposition systématique aux génériques mais plutôt une inquiétude quant à son utilisation appropriée. Ils n'ont pas toujours compris leurs attributions. Ils craignent une différence de traitement par rapport à leur statut de bénéficiaires de la CMU.

« A un moment donné, j'ai cru que je m'étais trompé dans les prises de médicaments. Parce qu'avant celui pour le cœur, il était rouge et maintenant il est blanc comme celui pour le diabète et à un moment donné je me suis demandée si je ne m'étais pas trompée, que je ne prenais pas le double de médicament pour le diabète enfin je n'étais pas bien donc je pense que j'ai dû faire une grosse bêtise. »

« Certains sont complètement opposés, du style, moi je ne vois pas pourquoi j'aurais des médicaments au rabais, je ne vois pas pourquoi on m'en donne des moins bons, alors ça c'est vraiment celui qui supporte mal sa pauvreté et qui voudrait avoir la même chose que tout le monde en ne payant pas. »

« J'aimerais qu'il délivre les médicaments et pas des génériques. »

« Le pharmacien me donne quelques conseils sur les comprimés génériques qui ont la même molécule que les comprimés donnés par le médecin, je les prends. »

« Les génériques, ils les imposent à ceux qui ont la CMU; aux autres il laisse le choix. Ce n'est pas bien ».

- Le recours aux soins est lié à la psychologie de la personne, à la perception d'elle-même, de sa situation et de sa relation aux autres.

« Quand j'ai des problèmes, j'ai honte de confier mes soucis car ils vont penser que je suis pauvre; on pense que je suis pauvre. »

« Quelqu'un avait un dentier qui lui faisait mal et il l'enlevait pour manger, ce qui est un peu dommage. Il n'a pas osé retourner chez le médecin non pas parce que le médecin n'a pas été gentil mais parce qu'elle n'a pas osé le dire au médecin que ça ne va pas alors que ce n'est pas la faute du dentiste non plus mais voilà tout cet aspect un peu psychologique : je ne suis jamais allé voir le médecin. J'ai peur aujourd'hui et je ne sais pas comment cela va se passer. »

- Le recours aux soins dépend de la peur que l'on a du dentiste. Cette peur peut être liée à une représentation, un contexte familial, mais aussi à des vécus antérieurs de soins, en particulier dans l'enfance.

Animateur : « Aller chez le dentiste, est-ce que c'est une démarche facile ? »

En cœur « Non »

Animateur : « Pourquoi n'est-ce pas facile ?

Fille 1 : « Parce qu'ils font peur »

Animateur : « Ils font peur ? »

Fille 1 : « Oh non ! Il y en a qui sont gentils »

Fille 2 : « Oui, il y en a qui sont gentils, mais faut tomber sur les bons. Dès qu'on a une petite carie, on a droit à des réflexions... »

Fille 1 : « Non, chez Dr B, elle ne te dit rien, même si tu as des caries. »

Animateur : « C'est vrai, ils rouspètent ? »

Fille 1 : « Ben oui »

Animateur : « Et qu'est-ce qu'ils disent ? »

Fille 1 : « Tu as des caries, tu ne te soignes pas, tu ne te laves pas les dents. Je ne veux pas être méchante mais je me rappelle quand j'étais petite, je ne voulais pas y aller ! »

Fille 2 : « Tu vas chez Dr B, elle ne te dit pas ça »

Fille 1 : « Non mais ma dentiste non plus, tout dépend des dentistes, mais, je sais que celui que j'avais avant, jamais je ne retournerai chez lui ! »

Animateur : « Est-ce qu'on a peur aussi parce qu'il a une tenue un peu... »

Fille 1 : « Et aussi les appareils, les roulettes, la roulette, c'est ça qui me fait peur ! »

Animateur : « Pourquoi est-ce que cela fait peur ? »

Fille 1 : « Le bruit ! »

Fille 1 : « Il y a les piqûres aussi, les piqûres dans les dents ! »

Fille 1 : « Ah non moi j'aime bien ! »

Animateur : « Donc en fait, les parents ont une action de prévention très importante. »

Fille 1 : « Mes parents ont peur en fait du dentiste, mais ils nous disent d'y aller. On est un peu cobaye : il nous envoie, et après, quand on revient content, ils se disent, « c'est bon, on peut y aller vu qu'elle est bien ! »

Fille 2 : « C'est clair, ma mère, elle a envoyé mon frère avant ! »

Fille 1 : « Le plus péteux, c'est le père. »

Fille 2 : « On peut rigoler, mais je vous jure c'est comme ça que ça se passe ! C'est pratiquement dans toutes les familles, le père arrive à la fin, et il roule des mécaniques encore, il n'a pas peur ... ! Puis toi tu rigoles parce que tu vois bien qu'il avait la trouille ! »

Fille 2 : « Ben non il n'a pas peur, tu le vois bien, il a envoyé les gosses, la femme, sa belle-sœur, ... »

Fille 1 : « Moi j'enverrai le mari avant ! »

« A 12 ans j'étais soignée par une dentiste, j'avais la CMU j'y avais droit. Elle me soignait mais le plomb ou le plâtre tombait, ça ne tenait toujours pas. La dentiste me disait que c'était mes dents ».

« J'ai peur ! Est-ce que ça va marcher, est-ce que ça va marcher ? »

« Je n'ai pas mal ! Mais je ne peux pas manger, mais j'ai peur parce que quand j'étais jeune j'étais au foyer et le dentiste nous arrachait les dents sans anesthésie ! Ça reste quand tu es enfant »

Fille 1 : « Et toi C ? »

Garçon 2 : « Moi j'ai une frousse des dentistes depuis que je suis petit. »

Fille 1 : « Tu as de belles dents pourtant ! »

Garçon 2 : « Une fois on m'a arraché une canine, ça m'a suffit ! Oh le salaud ! Il m'endort d'un côté, il me tire sur la dent, puis de l'autre côté – ah fini - et puis il me l'a pété la dent en deux ! Après que je te couds tout ça. C'était une horreur, une horreur... »

Garçon 2 : « Et le pire c'est quand il a commencé à me piquer ! Laisse-faire. Et puis il ne dit rien. Il avait pris une espèce de pince, il l'a rentrée par le trou, et il m'a pété la dent en deux, après il creuse, il la reprend, il me dit « tu veux la regarder ? ». Non, du tout. Et j'ai dit, c'est fini le dentiste ! Fini ! »

Animateur : « T'es jamais retourné voir un dentiste après ? »

Garçon 2 : « Jamais ! »

- L'attitude du praticien et la relation établie sont primordiales.

« Je n'ose pas aller chez un autre dentiste parce que je panique tout de suite, et lui il m'a mis en confiance.

« L'accueil du dentiste est important. J'en ai vu un plateau de Haye il était sec pas chaleureux je suis allée voir une autre dentiste, elle, elle met en confiance. Si jamais une personne est déjà réticente je pense que le fait d'accueillir la personne d'une certaine manière, le premier contact est important »

« Des dentistes, il y en a des bons et des moins bons, il y en a qui font leur métier et il y a des charlatans, il faut savoir faire le tri. Ma fille travaille sur Paris. Elle était ici pour les vacances et voulait faire les soins ici. Elle avait une bonne mutuelle qu'elle payait cher jusqu'au 31 décembre et elle avait une couronne à faire. Le dentiste l'a soignée et le dernier soin devait être en janvier. Elle lui a expliqué qu'elle ne pourrait pas le faire parce qu'elle changeait de mutuelle. Il a ouvert le cabinet un samedi matin que pour elle et ça je ne l'oublierai jamais. Il s'est déplacé et la secrétaire, elle a fait pareil ça existe. »

« Je me suis fait agresser parce qu'on avait les dents cariées : « *même quand on n'a pas de sous, on peut se soigner les dents* ». Le dentiste n'arrêtait pas ; pendant une heure il m'a expliqué comment on se fait soigner les dents. En 4 séances, il a fait un détartrage. Après, j'ai dû amener ma fille en urgence chez le dentiste de ma mère pour un abcès, elle souffrait : 4 séances et l'urgent pas fait ».

« Moi j'avais un dentiste, il était super, il m'a fait des couronnes, je suis très contente et puis un jour il est parti en retraite, j'ai eu son remplaçant mais alors là... Il voulait me changer toutes mes couronnes alors qu'elles vont très bien, elles tiennent, j'avais 27 ans. »

- Le recours aux soins est lié à la mobilité de la personne et à la proximité des lieux de soins

« Quand je suis trop mal il faut quand même bouger (je n'ai pas de voiture) »

« Quand je suis malade, le bus pour aller le prendre et là où il me dépose ça fait loin quand je souffre »

- Le mode de recours en termes de professionnels varie. L'accueil et les modalités de prise en charge des structures ont une influence.

G : « Quand j'ai un gamin qui a mal aux dents, je vais chez le pharmacien, ou chez le dentiste, quand c'est ouvert. Le pharmacien il connaît, depuis le temps ! »

C : « Donc vous allez chez le pharmacien en urgence, pour patienter, c'est ça ? »

M-F : « Oui, il peut aussi »

Animateur : « Plutôt que l'hôpital ? »

G : « Ah oui, moi j'aime mieux le pharmacien que l'hôpital »

M-C : « De toute façon si tu vas à l'hôpital juste pour qu'ils te donnent des trucs pour calmer la douleur, ils refusent de te recevoir. »

Animateur : « Qu'est-ce que tu préfères ? »

Fille 1 : « Les dentistes »

Fille 2 : « De quoi le dentiste ou l'hôpital ? Ben le dentiste ! »

Fille 1 : « Ouais, tu te sens mieux accueilli, et je sais pas, l'hôpital t'attend trois heures »

Fille 2 : « Et encore, s'ils te prennent parce que ma cousine ils l'avaient même pas prise ! »

« Moi je préfère aller à l'hôpital tu t'endors on te fait tout, tu te réveilles, c'est bon ! Pis il te garde pas trop longtemps. »

« Tu vas à l'hôpital » !

« Mais attention à l'hôpital après tu as la facture et là... »

Propositions :

- La personne qui accueille est importante

« Etre souffrant fait peur, on arrive au cabinet on a mal, on a des choses à dire à celle qui nous accueille avant de faire les papiers, avant de voir le soignant. »

« Quand il y a une complicité entre l'accueil, le soin et le travail d'accès aux soins dans une équipe, les éléments apportés par chacun s'additionnent et se potentialisent. »

« Je pense qu'il peut y avoir agressivité parce qu'il y a peur et que l'agressivité va être l'expression de la peur et que si le soignant accepte que la personne soit agressive et l'écoute, il va peut-être entendre également qu'il y a un malentendu, que

le soignant se plaçait sur un point de vue, que le soigné se place sur un autre point de vue et il est mal entendu. »

« Quand on est agressif, c'est un signe de défense ; ce n'est pas tellement la personne qui est en face de nous, c'est la défense devant un système qui nous écrase. Ce n'est pas en mettant des pots de fleurs qu'on accueille. »

« Les personnes en situation précaire pourraient contribuer à un travail de supervision professionnelle ! »

« Les professionnels de santé pensent qu'ils savent, c'est pas toujours juste, qu'ils sentent qu'avec telle personne on doit agir comme ça, avec telle autre agir comme ça, parce que je la connais depuis longtemps ou parce que je ne la connais pas, parce que je la sens comme ça. Ce n'est peut-être pas de l'intuition, mais c'est du pragmatisme. »

« En quoi les usagers de la santé en grande pauvreté peuvent contribuer à aider à la prise de recul du professionnel sur ses propres pratiques. L'idée est intéressante ».

- L'accompagnement et la pairémulation

« Pour qu'un cheminement vers l'accès aux soins aboutisse, il faut bien souvent accepter et même provoquer l'aide des autres. Nos vis-à-vis de la santé n'imaginent pas quelle énergie il nous faut pour arriver jusqu'aux soins. »

Les participants ont insisté sur l'importance de l'accompagnement dans l'accès aux soins :

« Tiens, telle personne, on l'avait amenée chez le médecin ou chez le dentiste des démarches comme ça, c'est important. Les familles n'osent pas aller seules chez le médecin... ».

« Au premier rendez-vous pris, je ne dis rien, j'y vais, mais je rate mon deuxième rendez-vous. Mon amie demande un autre rendez-vous, le dentiste répond qu'il a perdu ½ heure pour rien. Elle l'assure que cette fois, à nouveau elle m'accompagnera. J'ai été accompagnée et ça a marché. Après, j'y allais seule ».

Une autre démarche d'accompagnement où la neutralité d'une présentation par une association crée une distance suffisante pour ne pas ressentir la honte ou la culpabilisation :

« Je n'osais pas, j'avais honte, j'étais timide ». Une rencontre avec les autres sous forme de théâtre, une rencontre en forme de jeu pour présenter ce que ça apporte en plus de se faire soigner, une forme de théâtre forum entre nous et les démunis du quartier, ce n'était pas un forum, mais avec notre cœur et notre expérience, chacun jouait sa situation chez lui et à leur avis, les autres disaient ce qu'on peut faire. Une personne accompagnait chez le médecin ensuite, c'est important de dire que quelqu'un accompagne ; on a moins honte. On cherche les feuilles à ATD, c'est un endroit neutre. J'ai dû expliquer l'usage des procurations, les médecins n'étaient pas au courant ».

« Seule, j'aurais rien fait, je serais à guetter derrière mes volets. Ils m'ont dit :
« *Viens, tu verras* ».

Pour certains patients, l'accompagnement est indispensable :

« Mais en plus, imagine quand la mère a plusieurs enfants et fait tout à pied et il faut trouver les bons soignants. C'est sûr, il faut dépenser beaucoup plus d'énergie pour se faire soigner quand on est pauvre et un accompagnant, ça aide, ça fait baisser le niveau d'énergie nécessaire. »

« J'aimerais qu'une personne m'accompagne » ;

« C'est bien la première fois que j'arrive à rester aussi longtemps avec le même dentiste avec l'aide du groupe santé d'une association ».

Pour certains autres, il faut éviter que cet accompagnement se révèle être un frein :

« La personnalité de l'accompagnant fait que, quelquefois, ils n'osent pas dire : « non, je veux être seul. »

« L'accompagnant parasite quelquefois les relations avec nous, il prend la parole, pose des questions pour lui. »

« Il faut dire que les soignants quelquefois ne s'adressent qu'à nous qui accompagnons, comme si la personne ne pouvait rien comprendre, comme si elle était trop bête parce qu'elle vient avec sa peur et pour la première fois. »

« On s'adresse plus facilement à la personne accompagnante. »

3. DISCUSSION

3.1 À propos de l'étude et de la méthode

La santé bucco-dentaire est un sujet très souvent abordé par les populations en situation de grande pauvreté. D'autre part, la profession s'interroge sur les difficultés et les inégalités d'accès aux soins et à la prévention d'une partie de la population. Il nous a donc semblé pertinent, à contrario des études habituelles qui recueillent notamment l'avis des praticiens ou des chercheurs sur cette question particulière, de favoriser une méthode de travail singulière afin de recueillir non seulement des constats dans différents domaines mais surtout de faire émerger des propositions.

Pour permettre cette approche, une méthode qualitative nous a semblé la plus adaptée. Elle permet d'approcher la diversité de la prise de paroles. Elle permet aussi d'affiner les notions, de préciser les difficultés et de valider dans le groupe les préconisations.

En utilisant la méthode du focus group utilisée et éprouvée dans cette étude, pratiquée depuis de nombreuses années par les chercheurs de l'institut de recherche du mouvement ATD Quart Monde, nous avons limité les risques trop souvent liés à une étude personnelle mise en œuvre par un étudiant dans sa thèse.

Cependant, nous sommes conscients que l'ensemble des résultats ne peuvent pas être représentatifs de toute une population même si la somme d'entretiens analysés sur ce thème de la santé bucco-dentaire est considérable.

D'autre part, en ce qui concerne l'échantillon, nous sommes lucides qu'ils ont été recrutés par le biais de l'association et des connaissances personnelles des membres du mouvement d'ATD Quart Monde. Nous pouvons aussi supposer que le noyau de dix personnes qui participe depuis de nombreuses années à ces études est, pour la plupart, déjà sensibilisé aux questions d'accès à la santé des plus démunis.

Pour autant, l'approche que présente cette étude de la population en grande pauvreté permet de recueillir des éléments caractéristiques. Nous avons

volontairement centré notre étude, non pas sur les populations en précarité, ni sur les populations pauvres ou nouvellement pauvres, mais comme nous l'avons défini dans notre première partie, nous avons ciblé des personnes relevant de la grande pauvreté.

Cette recherche devrait, nous semble-t-il, être étendue à un échantillon élargi de la population en grande pauvreté, à la fois en termes de nombre et en termes de répartition géographique.

D'autre part, il serait intéressant de confronter un certain nombre de constats et de préconisations à des populations élargies sous forme de questionnaires, pour obtenir une approche secondaire quantitative.

Un enrichissement de cette recherche pourrait valablement être obtenu en croisant les constats et les préconisations obtenus dans nos résultats avec ceux obtenus dans des focus organisés cette fois, avec des acteurs de la santé bucco-dentaire. Le croisement des expériences, pourrait ensuite être réalisé et un groupe de travail incluant les personnes en situation de grande pauvreté et des acteurs de la santé bucco-dentaire pourraient alors valider ces préconisations et les mettre en œuvre sous forme de recherche actions.

3.2 À propos des résultats

3.2.1 Grande pauvreté, santé bucco-dentaire et place de l'individu dans la société

L'analyse des résultats nous amène à une approche tridimensionnelle :

- Place de la santé bucco-dentaire
- Place du corps
- Place de l'individu dans la société

La réflexion sur la promotion de la santé domine par rapport à ce que l'on a l'habitude de traiter en santé bucco-dentaire à savoir le dépistage. Il faut donc tout d'abord s'alimenter, aller sur la sensibilisation, mettre en lien et faire que la santé des personnes en situation de pauvreté leur appartienne.

Comme décrit dans le colloque de l'OMS, ils sont conscients du risque infectieux lié aux dents. Pour autant, un constat d'inaccessibilité est fait. Celui-ci est lié aux formules apprises dès l'enfance, véritable habitus également décrit par Damien Bricard (30). Celui-ci vient également du fait que les personnes elles-mêmes se retirent quelque fois, elles s'excluent, car elles éprouvent le sentiment de ne pas y avoir droit, corroborant ainsi la théorie de Bourdieu (17). Le précaire désigne ce qui n'est pas fait pour durer. C'est bien cette dimension d'instabilité qui caractérise les parcours des personnes en situation d'exclusion, elles expriment ce processus de désaffiliation : ces personnes ont des droits, mais hésitent, et du coup n'en jouissent pas.

Cette résignation touche aussi leur propre corps par une mauvaise image de soi, ils se résolvent à accepter cette bouche, ce sourire. Les carences alimentaires qui marquent la santé bucco-dentaire induisent également une très grande fatigue et lassitude qui se transcrivent dans la recherche de leurs droits.

Au-delà de la représentation, de la nutrition, c'est en termes d'énergie positive que les personnes proposent de lutter. Contre la désaffiliation, nous trouvons des situations, où le niveau d'énergie est abaissé, pourtant nécessaire pour arriver à se soigner. Cette énergie, nous devons donc la retrouver dans la pair-émulation : le groupe de personnes est stimulant, de gens, comme eux, qui dédramatisent, se conseillent, mais aussi les aidants, les bénévoles, les associations sous forme de théâtres, forums, simulations de groupe. Nous avons pu assister à ces rencontres et mesurer à quel point le dynamisme de groupe d'association et de rencontre avec des professionnels peut être aidant. Dans ce même domaine de grande exclusion ou désaffiliation, nous pouvons noter que parmi les éléments qui vont rentrer en compte dans la représentation positive et lutte contre la disqualification (« les gens qui ne sont plus regardés ne se regardent plus »(14)) la sphère bucco-dentaire est un élément clef. Et leurs propositions vont dans ce sens, « il faut déjà qu'on se dise dans la tête qu'on a envie d'avoir de bonnes dents ».

Quand nous parlons du rôle des socialisations primaires, nous pouvons noter que de nombreuses propositions vont rejoindre l'attention aux enfants. Ils se sont souvent sentis martelés par l'éducation à la santé. Éduquer, c'est un mot qui leur laisse souvent un goût amer, comme s'ils ne savaient pas élever leurs enfants. Cette

socialisation primaire ils vont la chercher dans la notion de reflexe. Ils vont chercher un réflexe plus qu'une éducation. Car l'éducation est un mot chargé d'échec.

Dans cette socialisation, il y a aussi un appel de leur part de stabilité politique. Une demande de meilleure définition des rôles de chacun dans la promotion de la santé. Et pour terminer, il nous semble que la proposition majeure qui est faite rejoint la recherche constante de ces personnes d'être acceptées par les autres. Nous pouvons noter que leurs propositions sont en lien avec l'attention au corps de manière globale, l'inscription de la santé bucco-dentaire dans la santé de leur corps. Nous en voulons pour preuve leur remarque sur la malnutrition, sur les pathologies associées à la mauvaise santé bucco-dentaire, eux qui sont souvent porteurs d'ALD (affection longue durée).

En conclusion de cette partie, dans la socialisation, les professionnels répondraient à un mauvais état de santé bucco-dentaire par « vous allez avoir mal », les personnes répondent quant à elle « on a mal tout le temps », nous ne faisons pas bouger la perception de la santé bucco-dentaire, ce n'est pas un levier de faire peur aux gens.

La fracture entre les lieux de vie et les lieux de soins est difficilement supportable et constitue un élément qui fait que les gens ne sont pas à l'aise, « on ne sait pas lire, on ne discute pas avec les voisins, etc. ».

3.2.2 Les enjeux de la santé bucco-dentaire

Dans les résultats, nous notons que les personnes semblent conscientes du risque infectieux, et que contrairement à ce que nous aurions pu imaginer, elles sont relativement bien informées : maladies cardio-vasculaires, diabète, etc. Sur la prématurité des enfants, elles mettent en avant la malnutrition de la maman plus que le passage de germes. Sur les risques liés à l'alimentation, il leur semble que le risque le plus important est de « ne pas avoir d'alimentation » plutôt que les mauvaises habitudes alimentaires. Les impacts psychologiques et sociologiques ont été détaillés quant à eux précédemment. En conclusion de cette partie, nous avons bien entendu que pour se soigner, il faut l'avoir décidé. Nous retrouvons ainsi la

conclusion générale de notre seconde partie, enjeux, déterminants, contexte et données épidémiologiques en santé bucco-dentaire, s'occuper de ses dents et prendre en charge sa santé, c'est se considérer vraiment.

Leur réflexion est beaucoup plus globale en comparaison à d'autres populations, pour eux, c'est vraiment une approche multidimensionnelle : nutrition, travail, énergie positive, etc.

Nous pouvons dire avec Philippe Batifoulier (47), que plus une personne est pauvre, plus elle est malade, et avec le Président de la République, plus une personne est pauvre, plus elle est « sans dents ». Mais nous pouvons dire aussi que plus une personne est pauvre plus elle craint d'avoir des frais inattendus. Si elle entre dans un parcours de soins dentaires, nous en voulons pour preuve la demande des populations pour une stabilité politique concernant la protection sociale, il est indispensable que le manque de confiance dans le système de santé mis en place soit intégré comme un élément de recul des populations démunies face aux soins et au dépistage proposé.

3.2.3 Les déterminants de la santé bucco-dentaire

Le facteur de risque qu'est la carie est abordé, mais les personnes ne semblent pas y accorder une inquiétude. La maladie parodontale, si elle est abordée, c'est uniquement sous l'angle de son non-remboursement. Son traitement semble donc encore un eldorado pour les personnes rencontrées.

Evidemment, la prévention a également été abordée. Ce qui nous a interpellé, c'est le fait que les personnes en situation de pauvreté ont beaucoup parlé de prévention primaire, c'est-à-dire celle qui permet de prévenir, celle qui permet d'avoir moins de dépenses (pour que les enfants ne paient pas). En revanche, l'abord de l'éducation au brossage ou à l'hygiène bucco-dentaire a été un moment compliqué lorsque les participants ont fait état de leurs habitudes, de ce qu'ils ont entendu, des habitudes de leur groupe social, et il semble que trois minutes de brossage, sans avoir forcément l'argent pour acheter brosse à dents et dentifrice, trois fois par jour à la maison, reste difficile.

Paradoxalement, ils se sont posés la question de l'accès au brossage dans les lieux scolaires, éducatifs, associatifs et professionnels. Nous retrouvons donc ici la lucidité opposée à des messages idéaux, à des conditions de vie et d'accueil qui ne permettent pas de les appliquer. Leurs propositions rejoignent donc des remarques de bon sens comme favoriser la possession d'une trousse de brossage et des lieux de brossage personnels, lutter contre les messages mensongers de publicités sur les produits dentaires, dentifrices et chewing-gum.

Ils proposent aussi que les messages fassent appel à la logique en rappelant que les prothèses dentaires sont chères, que ne pas avoir à les réaliser, c'est de l'argent pour eux.

Concernant l'organisation des mesures publiques collectives d'éducation pour la santé, ils demandent une meilleure organisation de la prévention. Celle-ci doit coller avec la vie des gens, dont les dépenses doivent être mesurées à l'aune d'indicateurs participatifs des populations.

Nous sommes interpellés par les difficultés des populations à accéder à la prévention, du fait de leurs conditions de vie, de leurs ressources financières. Ils la considèrent comme un luxe, comme hors de portée. Ils proposent donc de garder à l'esprit qu'elle doit être longiligne, fiable, que les personnes doivent être formées car ils notent bien souvent des personnes qui interviennent auprès d'eux sans formation.

3.2.4 L'accès à la prévention

Celui-ci est très souvent rapporté, dans leur esprit, à des actions de dépistage. Actions d'ailleurs souvent reçues comme des éléments culpabilisants et inquiétants dans leur vie, comme de mauvaises notes. Il faut un fort dialogue, disent-ils, avec le professionnel pour ne pas culpabiliser.

L'accès préventif pour les dents, disent-ils encore, est trop lourd. Des contrôles réguliers avec passage en salle d'attente, la gestion des rendez-vous, la peur et avoir eu très mal ne servent pas de leçon.

Et bien souvent dans les actions de dépistage, au sein de ces populations, l'action ne peut pas aller à son terme pour faute de prise en charge. Nous constatons alors, et ces personnes nous le confirment que c'est l'inverse du but recherché qui est matérialisé, à savoir la détection de problèmes de santé bucco-dentaires qui ne pourront pas être soignés faute de moyens.

L'inquiétude alors suscitée par ces moyens de dépistage est insupportable.

Les mesures publiques, disent-ils, devraient éthiquement permettre de prendre en charge les pathologies avérées lors des actions collectives de dépistage, non seulement pour les dents mais pour l'ensemble de la santé.

Notre étude dans ce domaine est bien en adéquation avec celle de Fejerskov (48) ou même de Damien Bricard (30), qui ont démontré que le comportement individuel va déterminer pour la plus grande part la présence ou l'absence des facteurs de risques. De même que dans l'étude de 2009 du Val de Marne (49), nous notons l'apparition des trois attitudes. Nous remarquons que le rapport à la prévention et à la perception de la santé bucco-dentaire est bien présente sur le registre social.

3.2.5 L'accès aux soins

- Les coûts

Nous assistons à une inquiétude des personnes face à la prise en charge et un recul de ces mêmes personnes ou à des stratégies d'évitement.

Comme Caroline Desprès (58) l'a mentionné, nous pouvons nous poser la question de pourquoi 22,1% des personnes bénéficiaires de la CMU-C renoncent aux soins. Nous constatons avec les participants à cette étude que ces renoncements, même si les notions financières sont évoquées, sont bien souvent des renoncements barrières. Les personnes craignant les dettes renoncent alors aux soins. Cependant, force est de constater que le problème financier évoqué l'est souvent face à des pratiques professionnels inattendues : facturation d'actes non

remboursables par la CMU-C et nous voyons notamment là les provisoires : dent provisoire, appareil provisoire.

- Des difficultés en lien avec le lieu de soins choisi

Si les difficultés sont financières, elles restent inquiétantes dans le cadre de l'hôpital qui peut déclencher des poursuites, ou lorsque les praticiens refusent des paiements échelonnés pour des soins partiellement remboursés. Nous constatons également dans les résultats, que l'avance des frais pour les personnes qui ne bénéficient pas de la CMU est le problème majeur qui justifie le renoncement aux soins.

Nous notons une situation particulièrement grave en ce qui concerne les urgences dentaires. Dans ce domaine, il semble qu'il n'y a plus de règles définies et c'est sans doute dans ces conditions que le constat est le plus difficile à entendre pour nous lors de l'analyse. L'impossibilité d'être reçues et soignées pour ces populations en urgence, soit dans les centres de soins, soit à l'hôpital, soit en cabinet libéral, nous interpelle fortement. En réalité, lorsque nous étudions leurs paroles, ils sont accueillis et ne sont pas refusés dans la majorité des cas, mais ils estiment ne pas être soignés. Nous assistons donc à un questionnement fondamental dans la profession dentaire et dans l'accès aux soins : quelle est la cotation d'un soin d'urgence ? Il s'avère qu'il n'y a pas actuellement de lettre clef correspondant à cet acte. La consultation cotée « C » correspondant dans les textes à la définition en lien avec le patient d'un plan de traitement global de la cavité buccale de celui-ci. La consultation dentaire est définie comme suit : « un interrogatoire, un examen clinique, la recherche subjective et objective de la maladie de la bouche, des arcades, des maxillaires, et des dents, l'élaboration d'un plan de traitement. En ce sens ne peuvent se concevoir d'autres consultations dans une séquence de soins en dehors d'une pathologie inter récurrente imprévisible ». La consultation n'est que le premier contact avec le patient, le temps pris pour définir un plan de soins et doit donc être suivie par un projet de soins mis en œuvre par le praticien. Si nous respectons donc cette définition donnée par les dentistes conseils, ne seront plus assurées par les dentistes les urgences d'un confrère, les urgences pour un patient de passage, les visites de contrôle, les consultations dispensées aux personnes qui n'ont pas suivi le projet de soins proposé et qui reviennent avec une douleur deux

mois après. Cette étude nous pose alors directement la question de savoir comment prendre en charge et accueillir avec empathie dans les structures de soins les personnes qui ne peuvent pas suivre, pour les raisons évoquées plus tôt, un plan de soins dentaires global en raison de son coût, de la longueur des soins, de la gestion des rendez-vous incompatibles avec leur grande pauvreté. Nous pouvons aussi nous interroger sur les consultations chez les praticiens suite aux campagnes de dépistage scolaire. Un travail complémentaire sur la nomenclature et son adéquation à la réalité de l'offre de soin est sans doute à faire. Nous nous étonnons également à la lecture des verbatims, que les personnes ne soient pas prises en charge dans les structures hospitalières et dans leurs services bucco-dentaires le week-end.

Dans ce chapitre qui concerne l'accès aux soins, nous nous devons d'évoquer le positionnement des personnes. Un ressenti de discrimination est sous-jacent, même si ils font état de liens très privilégiés avec certains soignants. À l'analyse, nous constatons que la stratégie de cette population consiste à éviter les situations embarrassantes et paradoxalement à construire avec certains professionnels des relations particulièrement privilégiées. Une grande dose d'affectif est instillée dans cette relation, ce qui nous interroge sur la qualité de la relation soignant/soigné, celle-ci devant nécessairement se situer dans une empathie distanciée.

En ce qui concerne l'offre de soins, nous notons que les participants à l'étude ne font pas état systématiquement de refus de soins, ils manifestent plutôt des stratégies d'évitement de leur part lorsqu'ils sont face à des formes détournées de refus des praticiens. Ils évoquent les délais de rendez-vous dissuasifs. Ils font plutôt état de ces refus de soins lors des situations d'urgence. Mais nous notons que c'est la non-application des tarifs de la CMU-C qui leur semble incontournable ainsi que le risque d'une prise en charge différenciée en lien avec leur situation sociale, que celle-ci soit vécue ou ressentie.

Ils proposent dans ce domaine que le tiers payant soit une règle, que la gestion de l'accueil et de la tarification des situations d'urgence soient étudiées et que des règles transparentes puissent émerger. Une réflexion éthique et déontologique leur paraît indispensable, à la fois menée par les ordres et responsables professionnels, institutionnels en lien avec les populations elles-mêmes.

Le recours aux soins quant à lui est analysé par les personnes en fonction de plusieurs facteurs. La constatation majeure est que la grande pauvreté engendre des ruptures. Si nous considérons que vivre dans la misère c'est vivre au jour le jour, de rupture en rupture dans sa vie, nous pouvons considérer que la notion de parcours de santé ou de parcours de soins, ou même de plan de traitement, est un concept incompatible avec leur situation. Ceci nous interroge sur la loi de santé actuellement à l'examen dont l'essence même est liée au concept de parcours de santé. Cependant, nous notons qu'une partie des décideurs ont modifié ce concept pour le transformer en parcours « personnalisé » de santé. Les personnes objet de l'étude avaient donc pressenti ce nécessaire recentrage.

De même, nous notons que la grande pauvreté entraîne de la part des usagers une mauvaise compliance ressentie par le praticien. Nous pouvons cependant nous interroger sur cette notion. En effet, les logiques professionnelles et patientes sont différentes. Lorsque nous entendons une personne faire état d'une peur ancestrale de casser un dentier neuf si elle l'utilise pour manger, nous nous interrogeons sur les mesures à prendre pour permettre à ces deux mondes de s'interpénétrer.

Le mouvement ATD Quart Monde a mis en place, dans le domaine de la santé, des formations croisées que nous avons décrites et qui ont pour objet de permettre aux soignants et aux soignés de se former ensemble pour une meilleure efficacité du système de santé. Or, il n'existe pas dans le domaine de la santé bucco-dentaire ce type de formation.

Si nous en revenons à l'élément essentiel qu'est la formation initiale dans l'adéquation entre la proposition de soins et sa mise en œuvre, le ressenti et la compliance du patient, nous ne pouvons que soutenir la demande formulée, à la fois par la santé publique bucco-dentaire et par la profession : la formation initiale en sciences humaines. Nous notons d'ailleurs, comme dans le recours aux soins avec Regnaut (62), que la non réalisation des soins est au-delà des paramètres financiers. Comme lui, les participants à notre étude font état de peurs, d'expériences négatives, d'appréhension du milieu médical, d'absence de motivation et de craintes de tout élément extérieur, comme le sont les éléments prothétiques. D'ailleurs, les résultats de l'étude montrent que l'attitude du praticien et la relation soignant/soigné est la clef

de voûte de la réussite et de la mise en œuvre de la prise en charge santé bucco-dentaire. L'accueil, les modalités de prise en charge, le lieu sont des éléments essentiels qui, cependant, ne relèvent pas de la technicité et restent incontournables.

En accord avec l'étude de Christophe Bedos (65), nous voyons que les personnes en situation de grande pauvreté de notre étude ne consultent pas souvent de manière préventive. Seules certaines, qui sont depuis longtemps dans les focus groupes, montrent que la dynamique créée autour de la santé sont amenées à avoir une attitude attentive à leur santé bucco-dentaire. Plus généralement, nous constatons, comme lui, que ces personnes supportent vaillamment la douleur. Elles font état d'une tolérance importante à la douleur et d'automédication, qui sont pour le moins étonnantes, certains jeunes préférant même utiliser des drogues dites douces pour combattre la douleur plutôt que de consulter un praticien.

Les expériences négatives dans le recours aux soins ont aussi été décrites. Un travail sérieux de mise en adéquation entre les modes de prise en charge développés et la réalité du recours aux soins dans ces groupes sociaux doit être initié. Leurs propositions dans ce domaine tournent autour de la pair-médiation. Nous avons été interpellés par cette phrase « les professionnels de santé ne soupçonnent pas quelle énergie il nous faut pour arriver jusqu'au soin ». En effet, comme dans d'autres domaines de la santé, l'importance de l'accompagnement dans la sensibilisation, dans la prévention et dans l'accès aux soins, est relevée comme un élément essentiel de réussite. Ils abordent cette démarche d'accompagnement avec enthousiasme, la rencontre sous forme de théâtre dans un quartier, dans les cabinets dentaires, leur permet de dédramatiser et surmonter leurs peurs. La présence à leurs côtés d'accompagnateurs se révèle aussi être une proposition qui devrait être retenue mais on s'interroge sur les limites de la compétence de ces bénévoles. Une proposition complémentaire pourrait être de donner les moyens de la formation à ces accompagnants dans les zones où vivent ces personnes en grande pauvreté. Lorsque nous entendons les participants à cette étude remarquer que l'accompagnement peut être un frein, en raison de la trop grande implication de l'accompagnant, nous rejoignons alors la réflexion menée actuellement par les autorités de la santé sur la place des aidants dans les parcours de santé personnalisés. Les propositions formulées pour améliorer l'accès et le recours aux

soins, qui sont de bon sens, peuvent être testées et mises en œuvre, nous semble-t-il, relativement facilement.

Nous avons été étonnés de ne pas avoir eu plus de réflexions et de propositions autour de la PMI, autour des services de santé scolaire et de santé au travail. Nous pouvons lier ce résultat à la tendance naturelle de ces personnes en grande pauvreté à éviter toute rencontre avec les structures institutionnelles de peur d'ingérence dans leur mode de vie bien précaire.

Ces résultats ne doivent pas occulter les questions plus générales qui ont motivé notre étude, celle des inégalités sociales de santé. Réelles dans notre société, ce phénomène reste encore trop méconnu en France, et notamment auprès des acteurs de santé. La lecture des constats des participants en est l'illustration complète.

Le décalage entre ce que nous avons l'habitude d'entendre dans les études qui concerne ce sujet, et ce que nous avons lu, montre bien que la difficulté à identifier qui est pauvre en termes financiers est réelle. La situation financière de pauvreté, nous le voyons, ne représente qu'une des dimensions à prendre en compte pour tenter de définir le phénomène de pauvreté. En effet, le manque de ressources financières détermine les conditions de vie matérielles des personnes pauvres qui rencontrent plus souvent des difficultés en termes de logement, d'éducation, d'environnement ou d'accès aux biens de consommation. Les personnes pauvres que nous voyons ici évoluent dans un contexte social particulier. Les troubles anxieux et dépressifs, plus souvent repérés au sein des populations défavorisées facilitent sans doute l'adoption de comportements à risque comme en témoigne la prise de paroles de M à propos du tabac. Par ailleurs, les acquis éducatifs et culturels de ces populations conditionnent leur capacité à s'adapter à une situation difficile, stressante et à la maîtriser. Malgré un réseau social existant, les personnes en grande pauvreté trouvent globalement moins de soutien matériel, affectif et moral, auprès de leur entourage que les populations plus favorisées et nous le voyons lorsqu'elles abordent leurs difficultés à mobiliser les proches en cas de besoin dans leur proposition autour de l'accompagnement. Ainsi, les conditions sociales semblent déterminer le degré d'autonomie et de liberté des individus et ainsi

limiter la capacité des plus défavorisés à décider et agir pour leur propre intérêt, et en particulier pour leur santé. Cela renforce leur sentiment d'isolement.

L'ampleur des inégalités de santé est, dans une large mesure, déterminée hors du système de soins. Pourtant, celles-ci peuvent être renforcées par les problèmes d'accès aux soins.

De nombreux textes fondateurs comme la Constitution de l'OMS de 1946, ou encore la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 érigent le droit à la protection de la santé (et donc aux soins) comme un droit fondamental qui se doit d'être parfaitement indépendant de l'état social et économique. Le « mythe » d'un système d'assurance maladie réduisant les inégalités en garantissant un égal accès aux soins explique en partie l'absence de demande politique et sociale en faveur d'une politique de santé publique ayant pour objectif premier la réduction des inégalités. Pourquoi en effet parler d'inégalités d'accès à la protection de la santé alors que la Sécurité Sociale, via l'assurance maladie obligatoire, couvre l'ensemble de la population ?

Cette étude montre que les personnes en grande pauvreté rencontrent des difficultés d'accès à la santé et particulièrement à la santé bucco-dentaire. Pourtant ces patients, du fait d'une morbidité accrue, et ce particulièrement pour les maladies chroniques, ont des besoins en soins plus importants. Les personnes pauvres recourent peu aux soins, et si elles le font c'est souvent de manière tardive quand la maladie est bien installée. Les maladies sont alors tardivement diagnostiquées et traitées. Ainsi, les patients défavorisés ont plus souvent recours à l'hospitalisation. Ils consultent plus fréquemment les médecins généralistes et assez peu les médecins spécialistes ou les dentistes. Les patients pauvres reçoivent des soins différents des autres patients. En odontologie, ils bénéficient plus souvent de soins en urgence ou d'extractions et reçoivent peu d'actes restaurateurs ou préventifs. Notre étude est en accord avec ces données. Accéder aux soins, c'est d'abord être capable de supporter le coût des actes et des prescriptions médicales. L'aspect financier, nous l'avons vu, est un élément déterminant du système de soins bucco-dentaire. Si l'assurance maladie intervient dans la réduction des inégalités de santé en ce qui concerne les soins vitaux, nous constatons dans notre étude qu'elle ne protège pas toujours les personnes en situation de grande pauvreté dans les soins bucco-

dentaires. Pour les personnes les plus défavorisées, l'accès à une assurance complémentaire est rarement possible du fait du coût des cotisations. L'absence de couverture complémentaire constitue alors une barrière à l'accès à ce type de soins puisque dans ce cas une part importante des frais reste à la charge du patient. Cependant les personnes de notre étude ont été, en 2011, à l'origine de propositions sur la création d'une mutuelle complémentaire de groupe négociée commercialement, qui leur permet d'accéder aux soins dentaires dans des conditions relativement confortables avec la mise en place d'un tiers payant, une participation de la mutuelle aux frais de soins parodontologiques et de prévention. Cette proposition a été reprise par la ministre de la santé, est actuellement généralisée et la mise en place d'une mutuelle pour tous, sur la base possible de contrats collectifs négociés, est acquise. Elle prendra effet en janvier 2015. Nous voyons ici comment la force de proposition et l'inventivité des personnes bénéficiant de l'expérience de la grande pauvreté peut bénéficier à toute la population. Ce dynamisme a été repris sur le plan national avec la constitution d'une association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité ACS-P, qui compte quatre collèges, dont les membres fondateurs sont ATD Quart Monde et les cinq mutuelles : Harmonie mutuelle, Eovi, Adréa, Ociane et Apréva.

Les quatre collèges sont composés pour l'un de membres co-assureurs, pour un second de membres actifs, c'est-à-dire organismes, associations, fédérations et collectivités territoriales. Le collège des membres de droit, quant à lui, est composé des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé ou autres dispositifs légaux, ayant adhéré à l'un des contrats collectifs souscrits par l'association. Enfin, le collège des membres d'honneurs est constitué par des personnes physiques ou morales, dont les compétences dans le domaine de la recherche, dans le domaine politique ou dans le domaine institutionnel sont en relation avec les domaines d'intervention de l'association.

Les bénéficiaires de la CMU-C bénéficient, quant à eux, d'une prise en charge financière élargie, bien que notre étude démontre qu'il reste un certain nombre de lacunes notamment dans l'application de celle-ci. Le seuil d'attribution est bas puisque ce seuil est inférieur aux seuils de pauvreté. Par ailleurs, l'ensemble des bénéficiaires potentiels n'est pas intégré au dispositif. Effectivement, certaines personnes « sans domicile fixe » ont la possibilité d'accéder à la CMU-C en se

faisant domicilier administrativement dans les Centres Communaux d'Action Sociale mais n'entament pas les démarches.

Enfin, certains professionnels témoignent d'une relative réticence à gérer l'afflux d'une nouvelle patientèle précaire, attitude qui peut s'apparenter à une forme de refus de soins. De plus, la prise en charge des coûts directs des soins par la CMU-C n'intervient pas sur d'autres coûts indirects non négligeables tels que les coûts de transport.

Un accès aux soins équitable implique une répartition géographique équilibrée sur le territoire national de l'offre de soins et ce pour toutes les composantes du système de soins. Or, il existe justement d'importants déséquilibres en matière de répartition géographique d'offre de soins qui peuvent contribuer aux inégalités spatiales de santé. Cependant, il faut noter qu'il existe aussi une forte disparité géographique des personnes bénéficiant de la CMU-C. Ainsi, dans certaines régions et dans les quartiers périphériques des villes, une sous-densité de praticiens associée à une surdensité de patients défavorisés peut constituer une difficulté d'accès aux soins. Ainsi les structures odontologiques hospitalo-universitaires sont peu nombreuses et bien souvent situées au cœur de grandes villes. Bien qu'elles aient la capacité de recevoir et prendre en charge un grand nombre de patients, nous notons cependant au sein de notre étude des constats alarmants sur la capacité à accueillir, et surtout à soigner, en situation d'urgence, un grand nombre de patients en grande pauvreté.

Nous noterons que les participants à nos études n'ont jamais mentionné la permanence d'accès aux soins, qui cependant existe dans de nombreuses régions et devrait être le lien privilégié entre les personnes les plus pauvres et les structures de soins.

En odontologie, les patients pauvres méconnaissent les problèmes bucco-dentaires et perçoivent mal la nécessité de consulter un dentiste. Ils pensent que la maladie n'est pas présente et que les soins ne sont pas nécessaires en l'absence de signes évidents ou de symptômes. Les besoins en soins ne sont alors pas ressentis ce qui explique une faible demande de soins ou une demande différente comparée aux autres patients. La méconnaissance des maladies bucco-dentaires et de leurs traitements conduit les patients, par exemple à penser, que l'extraction est la solution

de choix en cas de douleur. Et pourtant dans notre étude nous constatons que les participants ont des connaissances avérées en ce qui concerne la santé bucco-dentaire, le risque infectieux, mais contrairement à ce qui est dit, leur approche de la santé bucco-dentaire se fait dans le domaine de la santé globale. Le soin carieux n'est pas leur première demande ce qui est compréhensible lorsqu'on entend leurs préoccupations qui se situent bien au-delà dans le domaine de l'alimentation, de la malnutrition, des conditions de vie et de l'inquiétude pour assurer les éléments de leur survie. Nous ne pouvons donc pas affirmer à la suite de cette étude avec les autres chercheurs que ces patients manquent de confiance dans les soins dentaires et expriment une forte anxiété vis-à-vis du dentiste seulement.

On peut s'interroger sur l'attitude des professionnels de santé qui interviennent également dans le processus de non recours aux soins des patients démunis. La relation patient défavorisé-praticien semble être l'une des plus difficiles à établir. Les praticiens sont souvent issus de milieux sociaux favorisés, ils sont peu sensibilisés et formés pendant leurs études à la prise en charge des patients en difficulté. Ils connaissent peu le monde de la pauvreté et comprennent mal l'influence des déterminants sociaux sur la perception de l'état de santé. Le mode de recours aux soins tardif des plus pauvres qui consultent souvent en urgence leur pose question.

La relation praticien/patient pauvre est alors d'autant plus compliquée à instaurer que les profils et les attentes de chacun sont différents. Ainsi le retour à une santé orale satisfaisante dépend, d'une part de la capacité des patients à percevoir leur état de santé et à solliciter le système de soin, et d'autre part de la capacité du système de soins à prendre en charge ces patients. Cette étude montre cependant que dans certains cas les personnes en grande pauvreté ont établi des liens privilégiés avec leur soignant. Elles plébiscitent d'ailleurs un travail collaboratif avec les professionnels de santé pour que le fossé qui les sépare soit détruit, pour que les deux mondes puissent se comprendre, puissent apprendre et s'écouter.

Si notre étude a délibérément choisi de prendre en compte les populations les plus pauvres, il nous semble indispensable à ce stade de la réflexion de mettre en place des études sur la réalité, le ressenti, la perception, la représentation, les demandes, les besoins et les difficultés d'une population de chirurgiens dentistes.

Des études sont actuellement en cours, il serait intéressant de les confronter nos résultats à ceux obtenus sur ces échantillons. Nous rappelons maintenant quelques grandes lignes et nous faisons part de nos réflexions sur ce sujet.

La loi oblige les praticiens à soigner tout patient indépendamment de sa couverture sociale mais cela n'empêche pas les *a priori* et perceptions négatives des praticiens à l'encontre des personnes pauvres. La compréhension des modalités de la prise en charge des patients pauvres nécessite aussi de prendre en compte le point de vue des soignants. En effet, les praticiens rencontrent peut-être des difficultés à prendre en charge ces patients. Les praticiens décrivent un groupe de « bons » patients. Ils sont perçus comme étant dynamiques et capables de gérer par eux-mêmes des difficultés financières transitoires. Les praticiens disent voir régulièrement ces patients qui font confiance au système de soins et donc utilisent les dispositifs de prévention et terminent les soins nécessaires. Les praticiens identifient un second groupe : les « mauvais » patients. Selon les praticiens, ces patients sont installés dans une situation financière et sociale difficile. Les dentistes rencontrent des difficultés pour gérer ces patients qui consultent souvent en urgence et ne reviennent pas à leur rendez-vous, malgré les tentatives de motivation des praticiens. Les praticiens constatent pourtant des besoins en soins importants, que ces « mauvais » patients n'expriment pas. Pour les praticiens, l'absentéisme aux rendez-vous est le principal critère d'appartenance au groupe des « mauvais » patients et se révèle être leur principale difficulté.

Les praticiens vivent particulièrement mal les absences répétées aux rendez-vous prévus. Ils décrivent cinq types d'échec (figure 16) liés à l'absentéisme des patients bénéficiaires de la CMU-C :

- Thérapeutique : les praticiens ne peuvent pas remplir leur mission de soignant.
- Relationnel : investissement des praticiens en assurant les soins d'urgence, les praticiens attendent comme signe de reconnaissance le retour au cabinet dentaire.
- Financier : les praticiens doivent faire face à des charges fixes mais c'est une difficulté financière moindre que celle rencontrée avec les populations pauvres non couvertes par la CMU-C.

- Personnel : les praticiens se disent découragés, impuissants et ne savent plus que faire face à cette situation.
- Du système CMU : l'ensemble des échecs liés à l'absentéisme les amènent à mettre en doute le système CMU-C, ils ne comprennent pas que les patients ne profitent pas de ce système d'assurance plutôt généreux. Ils remettent en question le paiement direct par les caisses d'assurance maladie qui ne permettraient pas aux patients de prendre conscience de la valeur financière des soins et dévaloriserait ainsi le travail des praticiens. Ce système entretient une forme de déresponsabilisation des patients qui s'exprime au cabinet dentaire par l'absentéisme.

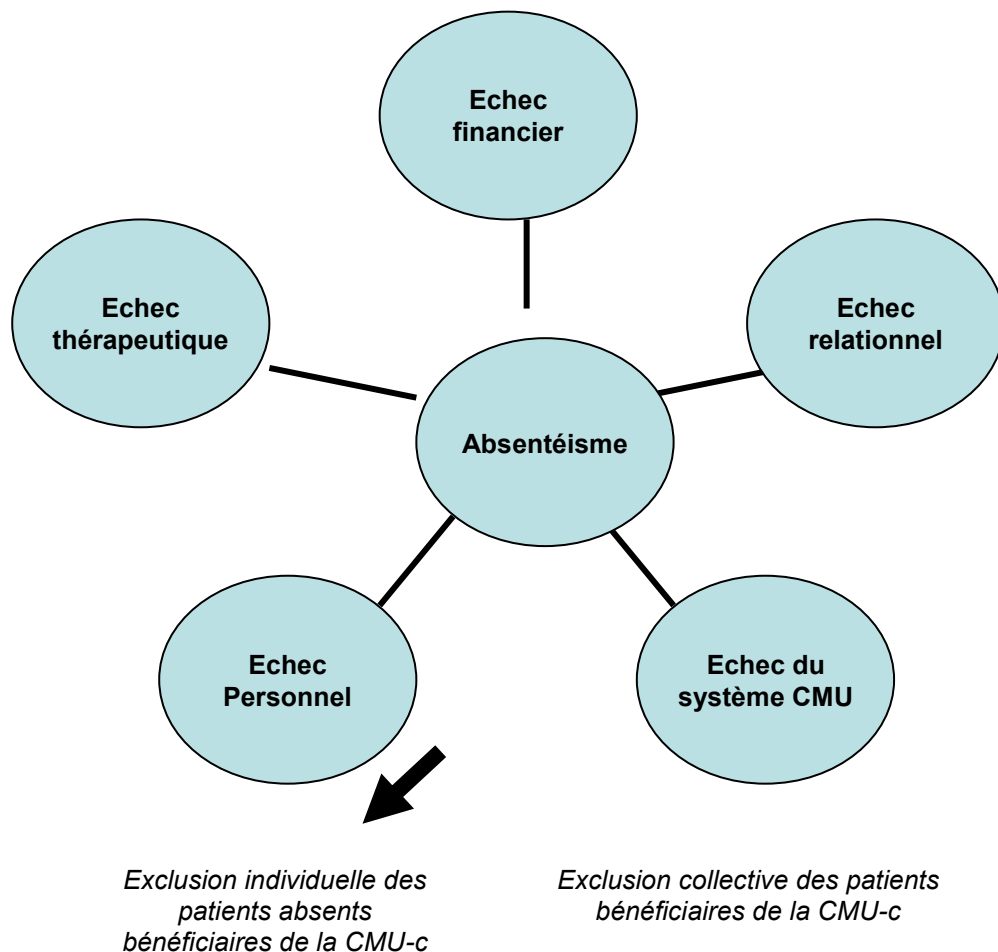


Figure 16 : Cinq types d'échecs liés à l'absentéisme des patients bénéficiant de la CMU-C d'après P.Hugues

La difficulté à gérer ces échecs amène les praticiens à exclure les patients bénéficiaires de la CMU-C de façon individuelle : après plusieurs absences constatées on constate un refus de reprendre le patient au cabinet dentaire, ou de façon collective, le seul statut « CMU-C » est associé à une attitude d'absentéisme et suffit à susciter une méfiance des praticiens pour tout nouveau patient bénéficiaire de la CMU-C. Ces patients sont acceptés dans les cabinets dentaires mais leurs rendez-vous sont fixés de façon à minimiser l'impact de leur éventuelle absence.

Conclusion

En tant que jeune chirurgien dentiste, exerçant depuis deux ans en tant que collaboratrice salariée ou remplaçante, nous avons pu être confronté à ces situations dont certaines nous ont interpellées.

Une patiente n'ayant qu'une complémentaire santé basique (faute de moyens) ne pouvait pas réaliser les prothèses dentaires nécessaires pour manger, abîmant le reste de ses dents faute de calage postérieur. Les conséquences furent nombreuses : perte de poids importante, troubles digestifs, etc.

Un autre patient s'est présenté au cabinet avec une dentition polycariée nécessitant une remise en état bucco-dentaire complète. Nous lui avons alors expliqué l'état de ses dents, dont certaines ne pouvaient être conservées malgré le jeune âge de celui-ci. Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire a été réalisée. Le traitement durera 6 mois. Vu en contrôle dernièrement, celui-ci nous a dit « aujourd'hui je peux sourire, je peux chercher du travail, je reprends d'ailleurs mes études, je suis motivé ». Nous avons pu constater également un changement physique et vestimentaire.

Cette histoire s'inscrit donc bien dans le fait que la prise en charge bucco-dentaire à l'heure actuelle ne se résume plus uniquement dans le traitement des soins et de la douleur mais également dans l'esthétique : les offres de blanchiment, d'orthodontie, d'implants, de bijoux et autres attestent de cette nouvelle tendance. Notre société est basée de plus en plus sur l'image, l'apparence, la représentation. Si celle-ci est positive, elle va contribuer de façon favorable à construire une estime de soi satisfaisante et ainsi favorise une intégration sociale comme nous avons pu le voir avec notre exemple précédent. L'image que nous donnons aux autres a un réel impact, et va influencer le parcours de chaque individu. Avoir une estime de soi positive favorise le lien social et impulse une volonté de se prendre en charge et de soigner son apparence. *A contrario*, une image de soi négative isole et peut contribuer aussi à un « laisser aller », un « lâcher prise » de son apparence. L'individu se sent marginalisé, inférieur, l'atteinte physique et psychologique devient un quotidien où l'échec est présent, avec souvent un sentiment de forte culpabilité.

Les populations qui vivent dans des conditions précaires connaissent ce phénomène où la dépréciation physique est une réalité, « les gens qui ne sont plus regardés, ne se regardent plus », accentuant ainsi une estime de soi négative et l'isolement.

Malgré notre jeune âge nous avons aussi été confronté aux idées fausses, aux idées reçues, aux préjugés que l'on peut avoir sur la précarité : « ils ne viennent jamais aux rendez-vous », « faut extraire », « ils ont qu'à se brosser les dents », « si ils avaient consulté avant et plus régulièrement on en serait pas la » etc. Il nous est arrivé nous aussi après quatre rendez-vous manqués de penser ce genre de choses.

Avons-nous suffisamment de recul lors du soin pour ne pas voir en premier le handicap ou la précarité ?

Nous avons découvert que les minimas sociaux ne possèdent ni carte bancaire, ni chéquiers et qu'ils n'ont que les espèces pour seul moyen de règlement.

Bien sur ces derniers vont être remboursés sur les soins réalisés, mais quand le budget est serré et que l'on est à dix euros près pour des courses alimentaires, comment avancer vingt-trois euros pour une consultation ? « Ils n'ont qu'à pas fumer ? ». C'est un sujet qui a pu être abordé lors d'un entretien ATD Quart Monde où une intervenante me répondra « bien sûr c'est une dépendance, une drogue, mais quand tu peux pas manger, ben tu fumes c'est pas grave, ça coupe l'appétit, et puis tu sais on vit dans une société de consommation, et ben je suis contente de faire comme tout le monde d'aller au bureau de tabac et d'acheter comme les autres alors ouais c'est con mais j'ai l'impression d'être une personne à part entière ».

La santé bucco-dentaire en grande pauvreté et sa prise en charge à la suite de cette étude nous amène à rechercher, à la fois un modèle de travail en réseau en termes de couverture, d'offre, de dynamique relationnelle et en termes de conception globale.

Notre attention est attirée par la conception globale réclamée par les personnes en grande pauvreté dans leur prise en charge et par l'importance des articulations nécessaires entre les différents mondes qui interagissent dans cette dynamique. Nous avons entendu le formidable espoir que ces populations

développent dans notre système de soins et leur réticence, aussi, face à la parcellisation des réponses qui semblent s'offrir aujourd'hui.

C'est par l'interaction de la prise en charge sociale, de la réponse politique, de l'offre professionnelle, de la dynamique mise en place en termes de liens sociaux par les pairs ou par les accompagnants, que l'utilisateur en grande pauvreté restera un citoyen comme les autres (figure 17).

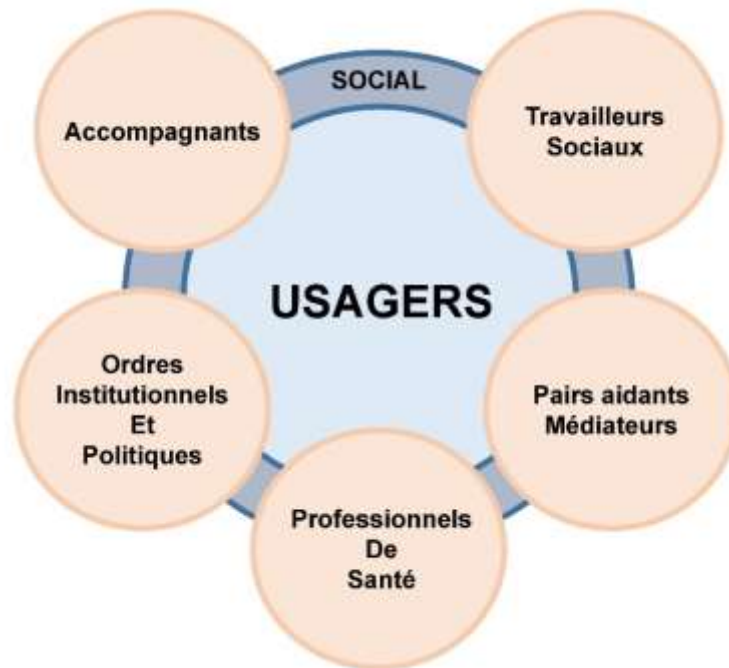


Figure 17 : Dynamique de conception globale d'après Boissonnat-Pelsy Huguette, Hugues Philippe, Marchandot Léa

Il bénéficiera d'un accès à ce droit fondamental qu'est celui de la protection de la santé. Cette dynamique, loin d'être une solution d'assistantat sera, nous en sommes certains, précurseur d'une amélioration du système de santé pour tous. Ce cheminement personnel dans la recherche nous amène à retenir des principes fondamentaux énoncés par les participants, visant la mise en place d'une structure, quelle qu'elle soit, répondant aux objectifs suivants :

- **Extérioriser** librement les difficultés du parcours de chacun sans stigmatisations ni jugements (nous pensons que nous ne pouvons travailler efficacement que lorsqu'a été exprimée la douleur, le « trop plein »). A vouloir cibler trop rapidement, uniquement sur la problématique dentaire, ne passons

nous pas à côté de ce sas d'écoute bienveillant qui permettrait aux patients, dans des conditions adéquates, de livrer leurs craintes, leurs attentes et ce afin d'esquisser individuellement leur parcours, dans le seul but de mieux les prendre en charge ? Bien sûr ce travail nécessiterait du temps. Mais ce temps ne serait-il pas récupéré ultérieurement ? Nombreux sont les chirurgiens-dentistes qui dénoncent le manque de ponctualité ou de régularité des patients se trouvant dans une situation sociale « délicate ». Dans de trop nombreux cas encore, les patients débutent leur traitement mais ne le terminent pas. N'y a-t-il pas quelque chose au départ qui n'a pas été ciblé ? Comment soigner quelqu'un qui a gardé son sac à dos trop lourd sur les épaules ? Cette démarche permettrait peut-être d'enrayer le phénomène, ou à tout le moins de le diminuer en plaçant réellement le patient au cœur de son « parcours dentaire ». Le patient serait alors considéré dans sa globalité, comme une personne à part entière.

- **Écouter.** Un lieu de soins permettant aux professionnels présents (assistante sociale, membre des institutions sociales, chirurgiens-dentistes, etc.) de clarifier et de corriger les informations véhiculées par les autres, souvent erronées, car sorties de leur contexte, comme par exemple « on m'a dit », « je connais quelqu'un qui », « Oui mais ma cousine moi ... ».
- **Faciliter les démarches administratives** adaptées à chaque cas d'ouverture de droits :
 - Donner l'information, une information simple claire parfois même schématisée ;
 - Conseiller, accompagner dans la démarche : l'information à elle seule ne suffit pas. Bien souvent, le patient est confronté à une multitude d'informations dont il ne sait que faire ou dont il n'a tout simplement pas connaissance. Il est indispensable de l'accompagner dans sa démarche, dans sa globalité, en le conseillant sur les choix et les décisions qu'il sera amené à prendre ;
 - Assurer un suivi (sachant que les situations de ces patients changent très souvent). L'ouverture de droits relève trop souvent du parcours du combattant pour le patient. Il serait donc opportun de prévoir, au sein

d'une structure, la présence d'une personne affectée à cette ouverture, a minima une à deux fois par semaine et ce durant des horaires déterminés ;

- **Diagnostiquer, poser** les problématiques ;
- **Sensibiliser**, mettre en place des stratégies de changement sur leur fonctionnement pour une prise en charge optimale, sans être agressif ni frontal. Les directives telles que « il faut que » devront laisser place aux possibilités, aux éventualités, aux conseils personnalisés. C'est bel-et-bien le patient qui doit être l'instigateur de ses soins. Ce devra donc être à lui, bien qu'épaulé par des professionnels, de trouver la bonne attitude concernant son alimentation, son hygiène, sa consommation de tabac, etc.
Le patient ne doit pas être dépossédé de son rôle, c'est lui, c'est sa dentition. Par conséquent, il faudra le responsabiliser sans toutefois lui faire peur, lui faire accepter l'idée que sans lui, le professionnel, quel qu'il soit, ne pourra résoudre que partiellement les problèmes bucco-dentaires dont il souffre ;
- **Intégrer** les patients dans une démarche de sensibilisation extra-structurelle et ainsi cibler les populations qui ne viennent pas (ceux qui viendront au sein de cette structure seront déjà dans une démarche individuelle « positive » de prise en charge) ;
- Il faudra compter sur l'**effet « boule de neige »**, tenter de faire véhiculer par les patients déjà habitués, une image rassurante, pédagogique et utile de ces lieux d'accueil afin de convaincre d'autres patients n'ayant pas encore franchi le pas. Pourquoi ne pas proposer en commun accord avec les patients qui se sont déjà rendus dans cette structure une participation active d'information et de sensibilisation auprès d'autre public. Par exemple, en échange de la gratuité de soins, ou à tout le moins de diagnostics, le professionnel pourrait demander au patient une contrepartie. « *Je peux vous aider pour ça et vous, pourriez-vous m'aider?* » ;

- Cette démarche de sensibilisation extra structurelle pourrait par exemple se matérialiser par des rencontres, des échanges, des réunions d'information au sein de structures foyers, centres d'accueil, etc. où il est possible de trouver cette population non habituée aux soins bucco-dentaires et qu'il faut impérativement cibler. Cet exercice nécessiterait bien évidemment un volume de temps non négligeable en amont, mais permettrait de réduire considérablement les coûts ultérieurs en appréhendant au plus tôt les problèmes et difficultés rencontrées par ces patients et ainsi les éviter lors des soins réalisés par les chirurgiens-dentistes ;
- De plus, cette sensibilisation opérée le plus tôt possible, avant tout soin, permettrait sans aucun doute de **redonner dignité et confiance aux patients** qui en manquent le plus. Ils se sentiraient de nouveaux utiles, et il s'installerait naturellement une proximité entre eux et ce type de structures. « Je suis utile aux autres et mon vécu me permet une proximité et une implication plus ciblée par rapport au public visé car je suis moi-même confronté aux mêmes difficultés ». Des démarches similaires dans d'autres domaines l'exemple des restos du cœur viennent corroborer l'utilité et le bien-fondé de ce type de démarche ;
- **Accessibilité,**
 - une situation géographique facile d'accès où l'on puisse s'y rendre en bus ou à pieds ;
 - sans rendez vous.
- **Visibilité de tous**

Bien évidemment, les solutions qui peuvent être apportées aux difficultés mises en évidence par ce travail de recherche nécessitent du temps dans une société qui n'en a que trop peu à accorder aux laissés pour compte, où la rapidité est un maître mot.

Or, la rapidité accentue les difficultés rencontrées par les populations en grande difficulté. Il faut donc impérativement modifier notre démarche et cette

dernière passe par le « temps ». C'est lorsque les différents acteurs gravitant au sein du monde bucco-dentaire auront pris pleine conscience du temps à accorder à ces populations défavorisées qu'il pourra être constaté une diminution du coût par le patient, qui doit devenir l'acteur principal de sa démarche vis-à-vis des soins bucco-dentaires.

Les constats des chirurgiens-dentistes concernant la régularité des patients quant au suivi de leurs rendez-vous prouvent qu'une attitude frontale ne produit aucun résultat positif, bien au contraire.

Une autre démarche doit être alors favorisée afin de restreindre les inégalités sociales, déjà bien trop marquées.

Il n'est pas ici question de proposer une gratuité complète des soins, mais au moins partielle. D'ailleurs la gratuité ne devrait pas être mesurée seulement à l'aide de données chiffrées mais plus par l'investissement personnel fourni par les patients comme par les professionnels. Cette démarche, plus sociale, plus humaine peut paraître utopique pour certains mais elle peut donner lieu à de remarquables résultats.

Le système de santé actuel démontre les failles d'une « médecine à deux vitesses ». Il ne faut pas, dans les années à venir, creuser un fossé qui est déjà bien trop important.

Sensibiliser, conseiller, préparer et accompagner les populations qui ne sont pas soignées à l'heure actuelle est fondamental afin d'éviter un coût important pour l'ensemble de la société, et ce à court terme.

Effectivement, tôt ou tard, ces populations devront être soignées, que l'on le veuille ou non.

Une prise en charge préventive contribuerait à une santé générale meilleure, permettrait un gain d'estime de soi et favoriserait la réinsertion sociale des personnes les plus démunies.

Ce constat unanime doit être opéré malgré les obstacles présents ou futurs car les répercussions engendrées par le changement de l'approche et de la prise en charge de ces populations ne peuvent être que positives.

L'isolement des plus démunis pourrait être ainsi évité au profit de leur réintégration dans le droit commun.

Table des illustrations :

| | |
|--|-----|
| Figure 1 : Nicolaz ; dessin paru dans feuille de route..... | 22 |
| Figure 2 : Les inégalités sociales en santé | 46 |
| Figure 3 : Évolution du taux de pauvreté monétaire selon le seuil retenu entre 2000 et 2011 d'après l'INSEE (19) | 50 |
| Figure 4 : Le taux de chômage au sens du Bureau International du Travail d'après INSEE (20)..... | 51 |
| Figure 5 : Dessin de Nicolaz..... | 52 |
| Figure 6 : Différences d'espérance de vie à 35 ans avec incapacité et sans incapacité entre cadres et ouvriers..... | 58 |
| Figure 7 : Pourcentage des personnes non couvertes par une assurance complémentaire selon le niveau de vie | 59 |
| Figure 8 : Caractéristiques sociales individuelles | 61 |
| Figure 9 : Contexte socio-économique Déterminants structurels Déterminants intermédiaires... | 62 |
| Figure 10 : Hugues 2005..... | 94 |
| Figure 11 : Fisher-Owens and al. 2007 | 95 |
| Figure 12 : Fejerskov 1997 (48) | 97 |
| Figure 13 : Attitudes face à la santé bucco-dentaire..... | 100 |
| Figure 14 : Métaphore du trampoline..... | 116 |
| Figure 15 : Parabole du trampoline, parabole du yo-yo | 117 |
| Figure 16 : Cinq types d'échecs liés à l'absentéisme des patients bénéficiant de la CMU-C d'après P.Hugues..... | 198 |
| Figure 17 : Dynamique de conception globale d'après Boissonnat-Pelsy Huguette, Hugues Philippe, Marchandot Léa | 202 |

Bibliographie

1. Messu M. La pauvreté cachée : une analyse bachelardienne du concept de pauvreté [en ligne]. Paris : Editions de l'Aube ; 2003. [consulté le 01/14] Disponible : http://www.melchior.fr/index.php?id=5511&no_cache=1&type=123
2. Bourdieu P. La misère du monde. Paris : Seuil ; 1998. 1460 p.
3. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale : rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social. [en ligne]. Journal officiel de la République française ; 1987 [consulté le 01/14]. 113 p. Disponible : <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
4. Observatoire des inégalités. La pauvreté en France [en ligne]. 2013 [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>
5. Sarrot JC, Tardieu B, Zimmer MF. En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté. Ivry-sur-Seine : Éd. de l'atelier ; Paris : Éd. Quart monde ; 2013. 188 p.
6. Sen A. Repenser l'inégalité. Paris : Seuil ; 2000. 281 p.
7. Brousse C. Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. Insee-Méthodes. [en ligne]. 2006 [consulté le 01/14] ; (116) : 15-27. Disponible : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116b.pdf>
8. Oris M, Ritschard G. Précarité : état absorbant ou accident de parcours? [en ligne]. [consulté le 02/14]. Disponible : http://mephisto.unige.ch/pub/publications/gr/Oris-Ritsch_prekarite.pdf
9. Castel R. Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat. Paris: Gallimard; 1999. 816 p.
10. Bourdieu P. Le sens pratique. Paris : les Éd. de Minuit ; 1980. 474 p.
11. Montalti JP. Psychiatrie et exclusion : comment se positionne l'hôpital public ? 16 mars 2007 ; Centre hospitalier Sainte Anne de Paris. p. 21-3.
12. Lenoir R. Les exclus : un français sur dix. Paris : Seuil ; 1974. 146 p.
13. Swain G. Une logique de l'inclusion : les infirmes du signe. Esprit. 1982 (5) : 61.
14. Paugam S. La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté. Paris : PUF ; 2000. XI-256 p.
15. Platon. Théétète. Paris : Flammarion ; 1999. 412 p.
16. Wikipédia. Habitus (sociologie) [en ligne]. 2013 [consulté le 19/05/2014]. Disponible : http://fr.wikipedia.org/wiki/Habitus_%28sociologie%29
17. Bourdieu P. Questions de sociologie. Paris : les Éd. de Minuit ; 2002. 277 p.
18. Givert F. La santé ne se résume pas aux soins de santé. Revue quart monde. [en ligne]. 2002 [consulté le 02/14] ; (184). Disponible : <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2472>

19. Houdré C, Ponceau J, Zergat Bonnin M. Les niveaux de vie en 2011. INSEE Première. [en ligne]. 2013 [consulté le 03/14] ; (1464). Disponible : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1464/ip1464.pdf>
20. INSEE. Le taux de chômage au sens du BIT baisse de 0,1 point au quatrième trimestre 2013. Informations rapides. [en ligne]. 2014 [consulté le 02/14] ; (55). Disponible : <http://www.insee.fr/fr/indicateurs/ind14/20140306/Chomage-T413.pdf>
21. Eurostat. Conditions de vie en 2008 : dans l'UE27, 17% de la population est menacée de pauvreté [en ligne]. 2010 ; [consulté le 01/14]. Disponible : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-18012010-AP/FR/3-18012010-AP-FR.PDF
22. Stiglitz J. Les prix de l'inégalité. Paris : Les liens qui libèrent ; 2012. 510 p.
23. OMS. La santé mentale : renforcer notre action [en ligne]. 2014 [consulté le 01/14]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
24. Charte d'Ottawa [en ligne]. 1986 [consulté le 16/06/2014]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
25. Sibue de Caigny C, Doyen M, Braillon C, Boissonnat Pelsy H. [en ligne]. Inégalités de santé : précarité et développement durable : quelles perspectives ? Les plus pauvres acteurs et partenaires ; mercredi 14 septembre 2011 ; Ministère du développement durable Arche Sud, esplanade de la Défense, 92055 La Défense. ATD Quart Monde ; 2012 [consulté le 02/14]. 112 p. Disponible : <http://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/05/ACTES-14-septembre-2011-.pdf>
26. Observatoire des inégalités. Evaluer la pauvreté est un exercice difficile et un sujet de controverses [en ligne]. 2012 ; [consulté le 01/14]. Disponible : http://www.inegalites.fr/spip.php?page=comprendre_analyses&id_article=1635&id_rubrique=110&id_mot=29&id_groupe=16
27. Fosse S, Fagot-Campagna A, Dalichampt M. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine : enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 78 p.
28. Païta M, Ricordeau P, De Roquefeuil L, Studer A, Vallier N, Weill A, et al. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la cmu complémentaire. Points de repères. [en ligne]. 2007 [consulté le 01/14]; (8).
29. Meriaux I, Ernst S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution? : connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires : études quantitative et qualitative. Thèse d'exercice de médecine. Université d'Aix Marseille ; 2013, 242 f.
30. Bricard D. Construction des inégalités des chances en santé à travers les modes de vie [Thèse]. Paris : Paris Dauphine ; 2013. 194 p. Disponible : <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00984626>
31. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé. [en ligne]. 2011 [consulté le 01/14] ; (170). Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

32. Déclaration universelle des droits de l'homme. Bruxelles : Amnesty international Belgique francophone ; 1988. 123 p.
33. Légifrance. Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion [en ligne]. 2004. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000875188>
34. Légifrance. Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle (1) [en ligne]. 2000. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000358413>
35. De Gaulle-Anthonioz G. Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté : séances des 11 et 12 juillet 1995. Paris : Direction des journaux officiels, 1995. 56, 265, 176 p.
36. Perrot N. La pharmacie d'officine, lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ? : enquête auprès de pharmaciens d'officine en Meurthe-et-Moselle. [Thèse d'exercice de pharmacie] Nancy : Université Henri Poincaré Nancy I ; 2006. 189 p. Disponible : http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDPHA_T_2006_PERROT_NADIA.pdf
37. Légifrance. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [en ligne]. 2014 [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
38. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [en ligne]. 2008. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.cnle.gouv.fr/>
39. Légifrance. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [en ligne]. 2005. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>
40. Légifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne]. 2004. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
41. Légifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]. 2004. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
42. Légifrance. Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions [en ligne]. 2012. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT0000006068736&dateTexte=20090318>
43. Légifrance. Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat *loi Defferre* [en ligne]. 2014. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000320197&categorieLien=cid>

44. Légifrance. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat [en ligne]. 2007. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000320195>
45. Conseil constitutionnel. Décision n° 93-325 DC du 13 août 1993 : Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France [en ligne]. 1993. [consulté le 02/14]. Disponible : www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1993/93325dc.htm
46. Schwartz O, Sawicki F. Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord. Politix. 1990 ; 3 (10-11) : 149-52.
47. Batifoulier P. Efficacité économique et éthique de la relation praticien-patient. Santé bucco-dentaire : quelles protections pour quelle santé ? [en ligne]. Actes de la 11^{ème} journée de santé publique dentaire. Novembre 2012 ; Créteil. p. 48-52.
48. Fejerskov O. Changing Paradigms in Concepts on Dental Caries : Consequences for Oral Health Care. Caries Res. 2004; Royal Dental College, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Aarhus, Denmark
49. Étude des impacts des actions de prévention bucco-dentaire. Rapport final, novembre 2009. Document du conseil général du Val-de-Marne.
50. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Rochereau T, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 : premiers résultats. Questions d'économie de la santé. [en ligne]. 2014 [consulté le 01/14] ; (198). Disponible : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>
51. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale. [en ligne]. Paris : IRDES ; 2008 [consulté le 02/14]. 258 p. Rapport n°547. Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
52. Coufinhal A, Perronin M. Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. [en ligne]. Paris : CREDES ; 2004 [consulté le 02/14]. 110 p. Rapport n°523. Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1521.pdf>
53. Perronin M. Les primes des contrats individuels des couvertures complémentaires en 1998. Bulletin d'information en économie de la santé. [en ligne]. 2004 [consulté le 02/14] ; (90). Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes90.pdf>
54. Francesconi C, Perronin M, Rochereau T. La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité. Bulletin d'information en économie de la santé. [en ligne]. 2006 [consulté le 02/14] ; (112). Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes112.pdf>
55. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Études et résultats. [en ligne]. 2005 [consulté le 02/14] ; (378). Disponible : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2005/378/er378.pdf>

56. Rochereau T. Les caractéristiques socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaire, Synthèse des travaux du CREDES [en ligne]. 2^e journée de santé publique dentaire : Quelle santé publique dentaire, pour quel système de santé ? ; 2003 ; Créteil. p. 12-22. Disponible : http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=6973
57. Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne [en ligne]. Ministère de la santé et des solidarités ; 2006. [consulté le 03/14] Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000521/0000.pdf>
58. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris [en ligne]. IRDES ; 2009. [consulté le 03/14] Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000303/0000.pdf>
59. Borgès Da Silva G, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez JC. Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé. Revue médicale de l'assurance maladie. 2002 ; 33 (3) : 193-200.
60. Clair M, Eid A, Heiwy C. Etude du recours aux soins bucco-dentaires après un dépistage en classes de CM2 et classes spécialisées. Conseil général du Val-de-Marne. 2002.
61. Prat E, Lauret ME, Diemer F, Calas P. Les consultations dentaires à l'hôpital universitaire de Toulouse : leur implication dans les traitements en santé bucco-dentaire. Santé publique. 2005 ; 17 (2) : 255-64.
62. Regnaut-Blondiaux MC. Etude sociologique sur la santé bucco-dentaire : approche des motifs de non réalisation des soins [en ligne]. 1^e journée de santé publique dentaire "Quelle réalité, quels enjeux" .2002 ; Créteil. [consulté le 03/14]. p. 17. Disponible : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Organismes/ASPBD/Congres/2002/1jbucco.pdf>
63. Emmanuelli S. Nécessité de lieux fixes de soins dentaires réservés au seul public des plus démunis [Mémoire de DEA en odontologie]. Paris : Université Paris Descartes ; 1997. Disponible : <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/?q=node/1548>
64. Banchereau C, Doussin A, Rochereau T, Sermet C. L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? Bulletin d'information en économie de la santé. [en ligne]. 2002 [consulté le 01/14] ; (57). Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes57.pdf>
65. Bedos C. La profession dentaire face à la pauvreté : quels défis pour l'avenir ? Quelle offre de santé pour quelles évolutions : actes de la 3^e journée de santé publique dentaire. 2004 ; Créteil. p. 30-34.
66. Desprès C. Renoncement aux soins bucco-dentaires en milieu précaire : renoncements déclarés et renoncements masqués. Santé bucco-dentaire : quelles protections pour quelle santé ? Actes de la 11^e journée de santé publique dentaire. Novembre 2012 ; Créteil. Lieu de publication. p. 52-56.

67. Nations Unies. L'avenir que nous voulons [en ligne]. Rio + 20 Conférence des Nations Unies sur le développement durable ; 19 juin 2012 ; Rio de Janeiro. [consulté le 02/14]. 60 p. Disponible : http://www.uncsd2012.org/content/documents/775futurewewant_french.pdf
68. University of Minesota human rights library. Application du pacte International Relatif Aux Droits Economiques, Sociaux Et Culturels, Observation générale No 12, Le droit à une nourriture suffisante (Art. 11), 12/05/99. E/C.12/1999/5 [en ligne]. 1999 [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm12f.htm>
69. Ramel M. Droit à l'alimentation : d'une effectivité possible à une effectivité réelle. Étude en droit comparé de la reconnaissance et de la mise en application d'un droit fondamental face aux enjeux du XXIe siècle. Université Aix Marseille ; 2012, 122 p.
70. ATD Quart Monde. Journée préparatoire du séminaire santé du Mouvement ATD Quart-Monde [en ligne]. Les plus pauvres interrogent notre système de santé. 5 mars 2011 ; Cité des sciences de la Villette à Paris. [consulté le 01/14]. 70 p. Disponible : <http://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/09/Actes-du-5-mars.pdf>
71. Quenton H. Enquête à partir du réseau santé ATD Quart Monde sur les dynamiques de soins des populations pauvres [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy I ; 2010. 152 p. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_QUENTON_HERVE.pdf
72. Defraigne Tardieu G. L'Université populaire Quart Monde : la construction du savoir émancipatoire. [Nanterre]: Presses universitaire de Paris Ouest ; 2012. 378 p.
73. GIP SPSI. The french healthcare system. [En ligne]. Paris: GIP SPSI The French international health and social protection Agency ; 2014. [consulté le 02/14]. Disponible : <http://www.gipspsi.org/Actualites/L-actualite-du-GIP-SPSI/Mise-a-jour-du-livre-sur-le-systeme-francais-de-sante>

Annexes

Annexe I : Brochures et grilles d'analyse

Annexe II : Grille d'analyse de la brochure soins bucco-dentaires, graphisme, forme de la brochure

Annexe III : grille d'analyse de la brochure soins bucco-dentaires : contenu de la brochure

MAL DE DENTS...

LES CONSEILS ET LES ADRESSES UTILES

Votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Pour les questions sur le remboursement des soins

Le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes

La clinique dentaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Accueil sur rendez-vous du lundi au vendredi de 8H30 à 11H30 et de 13H30 à 16H30

(soins dispensés jusqu'à 19H - ouvert le samedi jusqu'à 18H)

20, rue St Thiébaut à Nancy

03 83 85 49 78

Le service d'Odontologie du CHR -

Accueil de 9H à 12h et de 15h à 18H hors vacances

Durant les vacances universitaires : 9h à 11h30 et de 14h à 16h30

sans RDV pour la 1^{ère} consultation

Rue Heidenreich à Nancy

03 83 85 12 40

Le service dentaire de l'hôpital d'enfants à Brabois

de 9H à 12h sur RDV. S'adresser aux consultations externes

Rue du Morvan à Vandoeuvre

03 83 15 48 80

L'Espace Lionnois

Accueil du lundi au vendredi de 9H00 à 12H00, sans rendez-vous

29, rue Lionnois à Nancy

03 83 85 97 04

Médecins du monde

5, rue de l'Armée Patton à Nancy (sauf pour les prothèses)

03 83 27 87 84

www.handiacces.org

Pour savoir si un chirurgien-dentiste est accessible aux personnes handicapées

Logos partenaires

Ville de Nancy

Conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes

Comité de prévention bucco-dentaire de Meurthe et Moselle

Grand Nancy

CHU

Et liste des membres du réseau santé précarité :

AFAD, Amitiés Tsiganes, Antigone, APSIS, Armée du salut, ARS Pierre Vivier, Association ARS, Association bien-être, Association ensemble, Association franco-maghrébine, Association lorraine d'aide aux sans-abris, Association pour une meilleure information des handicapés, Association Vigie, ATD $\frac{1}{4}$ Monde, CCAS, CEFR, Centre de médecine préventive, CHU (service social), CLI, Conférence St Vincent, Conseil Général (Service social), CPAM, Croix rouge française, DDASS, DRASS, Equipe St Vincent, Espoir 54, ETI de Nancy, Femmes relais Nancy, Foyer du Grand Sauvoy, La soupe pour les sans abris, L'espace Lionnois (PASS du CHU), L'Esperelle (PASS de la maternité), Maternité régionale (Service social), Maxi Couleurs, Médecins du monde, Mission locale, Mutualité française de Meurthe-et-Moselle, Œuvres sociales et entraide protestante, Secours catholique, Secours 54, SOS Amitiés Nancy Lorraine, Tricot couture services, Restos du cœur, UNAFAM, Vie libre

Mal de dents

Sous titre : Votre couverture sociale

SITUATION N°1

**Vous bénéficiez de la sécurité sociale et de la CMU
complémentaire**

**Vous avez une carte vitale et une attestation CMU
Complémentaire**

- **Choisissez un chirurgien-dentiste libéral à qui vous montrerez ces documents en prenant rendez-vous.**

Celui-ci ne peut refuser de vous recevoir en raison de votre nationalité, de votre de santé ou de votre CMU.

- **Vous pouvez également obtenir un rendez-vous à :**
 - La clinique dentaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 - Le service d'Odontologie du CHR

- **Pour les plus jeunes :**

- le service dentaire de l'hôpital d'enfants à Brabois peut les recevoir.

Si vous avez la CMU et la CMU Complémentaire, vous recevrez des soins et vous n'aurez pas d'argent à avancer, le paiement sera fait directement au dentiste par votre caisse de sécurité sociale.

SITUATION N°2

Si vous avez la sécurité sociale, mais pas la CMU complémentaire:

- Votre dentiste peut se faire payer directement par votre caisse de sécurité sociale de la part remboursable. Le ticket modérateur, 30% des soins, reste à votre charge sauf si vous adhérez à un organisme complémentaire.
- Il en est de même à la clinique dentaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et au service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional.

SITUATION N°3

Si vous n'avez pas la CMU complémentaire, l'avez-vous demandée ?

Non ? Rendez-vous à la caisse primaire d'assurance maladie la plus proche de chez vous où on vous expliquera comment en faire la demande.

Les bureaux sont ouverts de 8H30 à 16H30.

SITUATION N°4

Vous n'avez pas de droits à la sécurité sociale ou pas de droits à la CMU, et vous ne pouvez pas payer les soins

- L'Espace Lionnois peut vous orienter pour une consultation au service d'Odontologie du CHR. [Vérifier si les frais de consultations sont à la charge du patient : vérifier cette info avec Mme GERMAIN de l'Espace Lionnois](#)
- En dernier recours, vous pouvez aussi vous adresser à Médecins du monde (sauf pour les prothèses).

Vous avez besoin d'un appareil dentaire ?

- Si vous avez la CMU Complémentaire, et si votre chirurgien-dentiste prévoit un appareil conforme à la législation CMU, vous ne payerez rien. En revanche, si vous souhaitez un appareillage différent, le dépassement d'honoraires restera à votre charge.
- Si vous ne l'avez pas, et que vous avez des difficultés d'argent, n'hésitez pas à demander plusieurs devis.
- Contactez votre caisse de sécurité sociale, présentez le(s) devis de votre chirurgien-dentiste à un correspondant social qui vous aidera dans vos démarches et vous indiquera les possibilités d'aide financière exceptionnelle.
- Vous pourrez alors accepter la proposition qui vous convient et signerez le devis.

Sous titre : Dans tous les cas

| |
|---|
| Vous êtes parent avec enfants ou adolescents |
|---|

- A compter du 1^{er} janvier 2007, l'Assurance Maladie propose un **bilan bucco-dentaire gratuit** appelé M'T Dents. Il s'adresse aux jeunes de **6, 9, 12, 15 et 18 ans**, qui recevront une lettre les invitant à se rendre chez un chirurgien-dentiste dans un délai de **6 mois**.

Il suffit de présenter au chirurgien- dentiste le document de prise en charge joint à cette lettre.

La consultation est prise en charge en totalité par l'Assurance Maladie.

- **Par contre, si les soins consécutifs sont pris en charge à 100%, l'avance de frais est nécessaire sauf pour les enfants de 6 et 12 ans.**

Utiliser la carte Vitale permet un remboursement plus rapide!!!!

Et n'oubliez pas que.....

Un enfant, dès la 1^{ère} dent de lait,

- **Se brosse les dents**
- **et se soigne**

Il faut se brosser les dents

après chaque repas et

surtout avant de se coucher

Annexe II : Grille d'analyse de la brochure soins bucco-dentaires, graphisme, forme de la brochure

La difficulté d'établir un document avec les possibilités de soins a été importante et on voit là que les propositions de soins recouvrent les secteurs hospitaliers et associatifs et peu les secteurs privés et libéraux pourtant ce sont eux qui sont principalement plébiscités par les usagers en grande pauvreté.

La grille d'analyse suivante a été utilisée, elle avait l'avantage d'être extrêmement dynamique et didactique pour nos groupes de paroles.

| |
|--|
| <p>Grille d'analyse de la brochure soins bucco-dentaires Graphisme / Forme de la brochure</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>Le texte présent sur la brochure n'est pas le texte final. Merci de ne tenir compte que de l'aspect graphique de la brochure.</p> |
|---|

Rappel des objectifs de la brochure :

- Etre un support à la discussion et à l'accompagnement sur les soins bucco-dentaires. Il est précisé l'importance d'être clair sur les risques d'avances de frais et les taux de remboursement, la notion d'acte opposable et d'acte de confort.

Rappel du mode de diffusion de la brochure :

- Cette brochure est destinée au public et sera accompagnée des conseils et explications complémentaires des bénévoles et travailleurs sociaux qui la diffuseront.

☞ Trouvez-vous que le graphisme est globalement :

- **attrayant, donne envie d'être lu ?** Oui Non

Si non, pourquoi ?

- adapté au public ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

- adapté au thème abordé ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Et plus finement,

☞ Pensez-vous que les couleurs sont adaptées et attrayantes ? :

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

☞ Pensez-vous que la taille et la police de caractère sont adaptées (*format réel = A4 plié en 3*) ? :

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

☞ Pensez-vous que le format de la brochure et le pliage sont adaptés (*format réel = A4 plié en 3*) ? :

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

☞ Pensez-vous que le graphisme de la brochure est adapté à la discussion et à **l'accompagnement sur** les soins bucco-dentaires ? :

Oui Non

Si non, pourquoi ?

Commentaires sur le graphisme de la brochure _____

Merci de votre contribution !

Annexe III : grille d'analyse de la brochure soins bucco-dentaires : contenu de la brochure

Contenu de la brochure

Rappel des objectifs de la brochure :

- Etre un support à la discussion et à l'accompagnement sur les soins bucco-dentaires. Il est précisé l'importance d'être clair sur les risques d'avances de frais et les taux de remboursement, la notion d'acte opposable et d'acte de confort.

Rappel du mode de diffusion de la brochure :

- Cette brochure est destinée au public et sera accompagnée des conseils et explications complémentaires des bénévoles et travailleurs sociaux qui la diffuseront.

☞ Pensez-vous que le texte de la brochure :

- Donne des informations exhaustives sur l'accès aux soins ?

Oui Non

Si non, pourquoi ? :

- Répond à chaque situation dans laquelle le public peut se trouver ? :

Oui Non

Si non, pourquoi ? :

- Est compréhensible par le plus grand nombre (*vocabulaire*) ? :

Oui Non

Si non, pourquoi ? :

- **Donne des informations exactes sur l'accès aux soins ? :**

Oui Non

Si non, pourquoi ? :

- **Est adapté à la discussion et à l'accompagnement sur les soins bucco-dentaires ? :** Oui Non

Si non, pourquoi ? :

☞ Avez-vous un titre à suggérer pour cette brochure ? _____

- ☞ **L'intitulé sous lequel figure votre structure sur la brochure est-il correct ?**

Oui Non

Si non, quel intitulé souhaitez-vous voir figurer ? :

MARCHANDOT Léa –SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET GRANDE PAUVRETE

Nancy : 2014-.

Mots clefs :

Santé bucco-dentaire

Perception

Grande pauvreté

MARCHANDOT Léa – SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET GRANDE PAUVRETE

Th Chi.-Dent : Nancy : 2014

L'objectif de notre travail est, après avoir défini les notions de précarité, pauvreté, grande pauvreté, d'entendre la parole des usagers et comprendre leur perception ainsi que les difficultés rencontrées en matière de soins bucco-dentaires avant d'analyser leur recueil.

Examineurs de la thèse :

| | | |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| M. P. AMBROSINI | Professeur des Universités | Président |
| Mme C. CLEMENT | Maître de Conférences des Universités | Directeur de thèse |
| M F. CAMELOT | Assistant des Hôpitaux | Juge |
| Mme H. BOISSONAT PELS | Chirurgien Dentiste | Co-directeur et Juge |
| M. P. HUGUES | Chirurgien Dentiste | Co-directeur et Juge |

Adresse de l'auteur :

MARCHANDOT Léa
1 rue du Duc Raoul
54000 Nancy

Jury : Président : P. AMBROSINI – Professeur des Universités
Juges : C.CLEMENT – Maître de Conférences des Universités
F.CAMELOT – Assistant Hospitalier Universitaire
H.BOISSONNAT- PELS Y – Docteur en Chirurgie Dentaire
P. HUGUES – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle MARCHANDOT Léa**

né(e) à: **REMIREMONT (Vosges)**

le **19 décembre 1989**

et ayant pour titre : « **Santé bucco-dentaire et grande pauvreté** ».

Le Président du jury



P. AMBROSINI

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



Autorise à soutenir et imprimer la thèse **6582**

NANCY, le **- 9 JUIN 2014**

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT
Martine DELIGNON