



Motifs de renoncement aux soins dentaires : étude menée au Centre d'Examens de Santé et de Médecine Préventive de Moselle

Frédérique Henschen

► To cite this version:

Frédérique Henschen. Motifs de renoncement aux soins dentaires : étude menée au Centre d'Examens de Santé et de Médecine Préventive de Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-03297640

HAL Id: hal-03297640

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297640>

Submitted on 24 Jan 2024

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>

**ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE**

ANNÉE 2018

N°10536

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
par
Frédérique HENSCHEN
née le 20/08/1979 à Metz (Moselle)

**Motifs de renoncement aux soins dentaires
Etude menée au Centre d'Examens de Santé et de Médecine
Préventive de Moselle**

présentée et soutenue publiquement le 21 décembre 2018

Examineurs de la thèse :

Pr. J.-M. Martrette

Dr. C. Clément

Dr. A. Baudet

Dr P. Margaroli

Professeurs des Universités

Maître de Conférences

Assistant Hospitalo- Universitaire

Docteur en médecine

Président

Directeur de thèse

Juge

Juge

à ma princesse Eva et à mon ange Christopher

À notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy

Chef de Service du CSERD de Nancy

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Sous-section : Sciences biologiques (Biochimie, Immunologie, histologie,
Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie).

Vous nous faites le grand honneur de présider notre thèse.

Votre soutien et votre pédagogie envers les étudiants ont une

Valeur inestimable.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect pour

Vos qualités humaines.

À notre directeur,

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine

Vice-Doyen en charge de la pédagogie

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.

Vous nous avez l'honneur de diriger cette thèse.

Nous avons été très touchés par votre confiance, vos précieux conseils et votre

Investissement dans la réalisation de ce travail.

Nous sommes également reconnaissants pour votre bienveillance et votre soutien

Dans les moments difficiles et tout au long de notre cursus universitaire.

Veillez trouver dans ce travail notre sincère gratitude et notre profond respect.

À notre juge,

Monsieur le Docteur Alexandre BAUDET

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalo-universitaire à la faculté d'Odontologie de Nancy

Sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la

Santé, Odontologie Légale.

Vous nous avez l'honneur de juger cette thèse.

Nous vous remercions sincèrement pour votre aide si précieuse dans la réalisation

De ce travail.

Soyez assuré de notre profonde considération.

À notre juge,

Monsieur le Docteur Pascal MARGAROLI

Docteur en médecine vasculaire

Docteur en médecine transfusionnelle

Master en science de la vie et de la santé

Médecin tabacologue

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Nous voulons vous remercier pour votre soutien indéfectible et votre bienveillance,

Qui nous ont accompagnés tout au long de l'aventure.

Veillez trouver dans ce travail notre immense gratitude.

SOMMAIRE

1ère partie : Généralités	1
1. Introduction :	1
2. Centre d'Examen de Santé et de Médecine Préventive	4
2.1. Création	4
2.2. Évolution	5
2.3. Les missions et objectifs du CES	7
3. Le score EPICES	8
3.1. Contexte :	8
3.2. Construction :	9
3.3. Fonctionnement :	11
3.4. Validation du score :	11
3.5. Intérêts :	12
4. GOHAI:	12
4.1. Définition :	12
4.2. Composition :	13
4.3. Résultats :	13
5. Renoncement :	14
5.1. Définitions	15
5.2. Déterminants du renoncement	16
2 ^{ème} PARTIE : Étude observationnelle	18
1. Objectifs :	18
2. Matériels et méthodes :	18
2.1. Critères d'inclusion :	19
2.2. Données recueillies :	19
2.2.1. Le questionnaire :	19
2.2.2. Compte rendu de l'examen buccodentaire :	20
2.3. Déroulement de l'étude :	21
2.4. Analyses statistiques :	22
3. Résultats :	23
3.1. Population générale :	23

3.1.1.	Données démographiques :	23
3.1.2.	Données socio-économiques :	25
3.1.3.	Données comportementales :	27
3.1.4.	Données cliniques	30
3.1.5.	GOHAI : score ADD.....	30
3.1.6.	Renoncement	32
3.2.	Population ayant déclaré un renoncement :	33
3.2.1.	Principaux motifs de renoncement.....	33
3.2.2.	Sexe	35
3.2.3.	Score EPICES.....	36
3.2.4.	Motifs de renoncement chez les personnes précaires et non précaires.....	36
3.2.5.	Consultation dentaire annuelle	37
3.2.6.	État de santé buccodentaire	38
3.2.7.	GOHAI : score ADD.....	38
4.	Discussion	40
4.1.	Limites de notre étude	41
4.2.	Constats	42
4.3.	Quelques exemples de solutions mises en place contre le renoncement aux soins.....	47
4.3.1.	Mesures financières	47
4.3.2.	Mesures de prévention et d'aide à l'accès aux soins.....	48
4.4.	Solutions prometteuses pour lutter contre le renoncement aux soins.....	51
4.4.1.	Améliorer et renforcer la prévention	51
4.4.2.	Améliorer la détection et l'accompagnement des renonçants	57
5.	Conclusion :	59
ANNEXE 1		61
ANNEXE 2		63
BIBLIOGRAPHIE		64

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Le modèle Pathway de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS	2
Figure 2 : Répartition des effectifs en fonction des tranches d'âge corrigées	24
Figure 3 : Répartition de la population selon le score EPICES	25
Figure 4 : Répartition des effectifs en fonction de l'activité professionnelle	26
Figure 5 : Consommation tabagique de la population	27
Figure 6 : Consommation d'alcool de la population	28
Figure 7: Connaissance des structures où s'applique la dispense d'avance de frais	29
Figure 8 : Score ADD de la population.....	31
Figure 9: Score ADD en fonction du score EPICES	32
Figure 10 : Répartition de la population en fonction du renoncement.....	33
Figure 11 : Motifs de renoncement aux soins dentaires.....	34
Figure 12 : Taux de renoncement aux soins dentaires en fonction du sexe	36
Figure 13 : Taux de renoncement aux soins dentaires en fonction du score EPICES.....	36
Figure 14 : Motifs de renoncement aux soins dentaires en fonction du statut de précarité....	37
Figure 15 : Comparaison de l'état de santé buccodentaire entre les personnes ayant déclaré un renoncement aux soins dentaires et les personnes n'ayant pas déclaré de renoncement aux soins dentaires.....	38
Figure 16 : Comparaison du score ADD en fonction du renoncement aux soins dentaires ...	39
Figure 17 : Comparaison du score ADD en fonction du statut de précarité.....	40

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les onze questions permettant la construction du score EPICES	10
Tableau 2 : Répartition des effectifs et fréquences selon le sexe.....	24
Tableau 3 : Nombre de consultations annuelles chez un dentiste	29
Tableau 4 : Etat de santé buccodentaire de l'échantillon	30
Tableau 5 : Liens statistiquement non significatifs entre les personnes ayant déclarées un renoncement aux soins dentaires et l'âge, le CSP, la connaissance de structures avec dispense d'avance de frais, la consommation tabagique et celle d'alcool.....	35

LISTE DES ABREVIATIONS

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

AME : Aide Médicale d'Etat

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CES : Centre d'Examen de Santé

CETAF : CEntre Technique d'Appui et de Formation

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COG : Convention d'Objectifs et de Gestion

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de la Santé

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres d'Examens de Santé

EPS : Examen Périodique de Santé

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

GOHAI : Geriatric Oral Health Assessment Index

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

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

JORF : Journal Officiel de la République

ODENOR : Observatoire DEs NON-Recours aux droits et services

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFIDASS : Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMa : Protection Universelle Maladie

SAGES : Système Automatisé de Gestion des Examens de Santé

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

1ère partie : Généralités

1. Introduction :

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS, 2003) définit la santé comme « l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial ».

Les pathologies bucco-dentaires, essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales, représentent un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées dans toutes les régions du monde mais également du fait qu'elles ont un impact sur la santé générale souvent méconnu ou négligé.

De nombreuses études (Darré et al., 2008 ; Lockhart et al., 2009 ; Berthelot et Le Goff, 2010) ont montré qu'il existait une relation étroite et significative entre la santé générale et les pathologies bucco-dentaires en raison de facteurs de risques communs (mauvaise hygiène, alcool, tabac...). Ces affections peuvent également entraîner une altération de la mastication, de la phonation et de la déglutition. Au-delà de l'aspect purement mécanique, elles peuvent aussi entraîner une dégradation de la qualité de vie et de la relation à autrui avec une perte du plaisir de manger, une dégradation de l'image de soi, une crainte de parler ou de sourire et à terme une modification de statut social.

La santé est influencée par des nombreux déterminants qui dépendent entre autres des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Le modèle Pathway de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS met en évidence les déterminants structurels et intermédiaires à la base des inégalités sociales de santé (Figure 1).

La modification d'un de ces déterminants peut avoir un impact sur la distribution de la santé et entraîner à un instant t des renoncements aux soins.

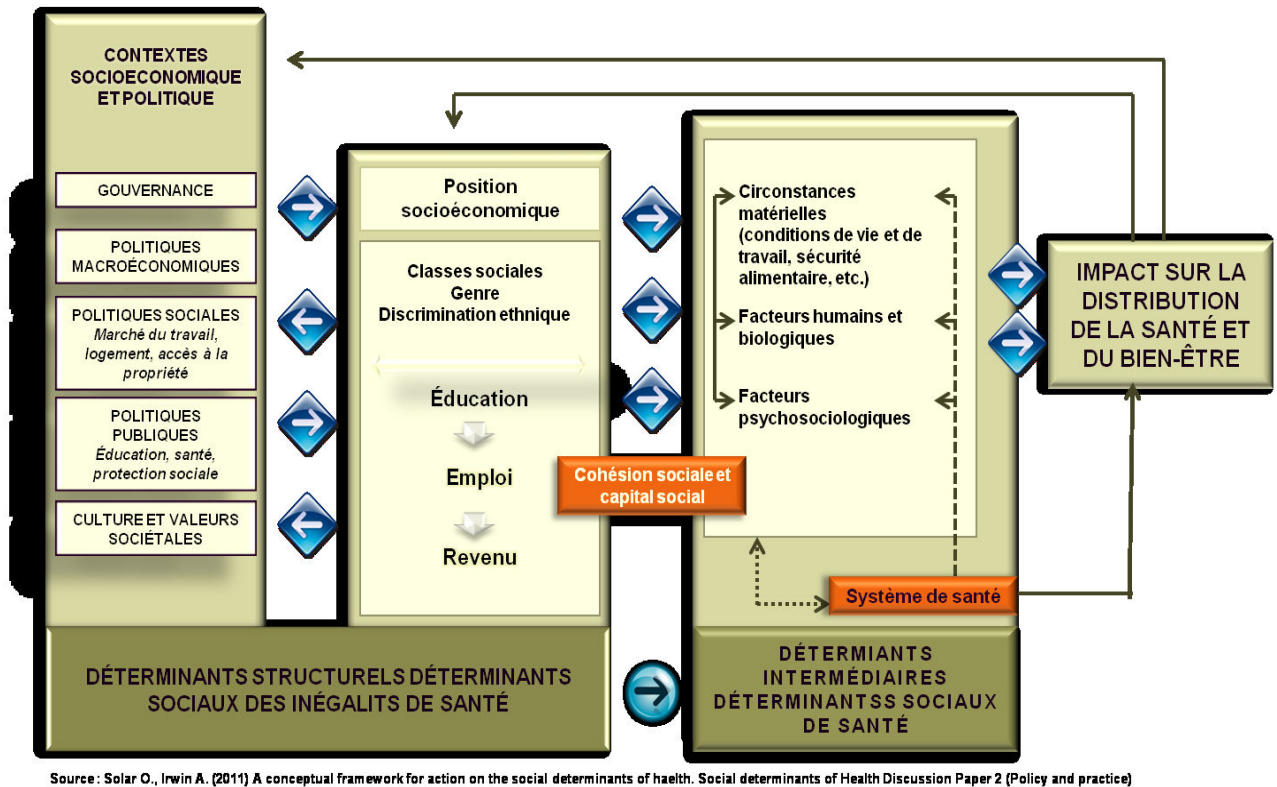


Figure 1: Le modèle Pathway de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS

Malgré une notion de droit à la santé évoquée de façon implicite dans la constitution de 1793 (Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, 1793), reprise par l'OMS en 1946, qui la définira comme « un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa situation économique ou social » (OMS, 1946), beaucoup de personnes ne peuvent pas se soigner et renoncent à des soins dont ils auraient pourtant besoin.

La Commission des Déterminants sociaux de l'OMS dans son rapport 2009 (OMS, 2009) rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Le respect du principe d'équité horizontale implique en effet que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal.

Ces renoncements peuvent concerner des individus aux profils et aux parcours de vie professionnelle et privée différents, même s'il ressort au travers de différentes études (Leclerc et al, 2000 ; Moulin et coll, 2005 ; Bazin et coll, 2006 ; Jusot, 2013) que les personnes les plus fragiles (personnes âgées dépendantes ou handicapées, personnes en situation de précarité économique, sociale ou familiale) sont les plus touchées.

Face à ce constat, nous avons souhaité réaliser sur les motifs de renoncement aux soins d'une population consultant le Centre d'Examen de Santé de Metz où nous travaillons depuis de 14 ans.

2. Centre d'Examen de Santé et de Médecine Préventive

2.1. Création

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le pays a besoin de panser ses blessures.

Le Général de Gaulle signe les ordonnances de 1945 (JORF, 1945) et donne à la sécurité sociale la mission de protéger les travailleurs ainsi que leurs familles.

Cette protection concerne plusieurs secteurs : la maladie, la maternité, les accidents du travail, l'invalidité, le chômage, la vieillesse et le décès.

Elle permet aussi de financer des examens de santé qui sont conçus au début comme un outil polyvalent pour évaluer l'état de santé et orienter les actions possibles pour l'améliorer puis comme un véritable soutien apporté aux personnes en situation de précarité afin qu'elles puissent accéder au système de santé.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) demande aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de confier la réalisation de ces examens au Centre d'Examen de Santé (CES) (Cour des Comptes, 2009).

Ces examens gratuits de prévention sont proposés tous les cinq ans aux assurés du régime général et aux membres de leur famille.

Au fil du temps, le nombre de CES a augmenté pour s'arrêter en 2009 à 112 centres, répartis dans les 13 régions. Ils permettent, chaque année, à plus de 600 000 consultants de bénéficier d'un bilan de santé.

Ces centres possèdent également un soutien technique créé par la CNAMTS en 1994 : le CETAF (centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé) qui représente la structure de coordination des CES.

Il a pour objectifs de faciliter leurs missions, organiser et exploiter leur base de données, renforcer leur place au sein de la politique nationale de santé et valoriser les résultats de leurs études.

2.2. Évolution

Les besoins en santé de la population française vont évoluer en fonction du climat économique et social du pays et l'examen de santé s'y adaptera.

- De 1945 à 1992 :

D'abord confié au service « action sanitaire et sociale » de la sécurité sociale, il sera, à compter du 5 janvier 1988 (JORF, 1988), géré par le Fonds national de prévention, d'information et d'éducation pour la santé (FNPIES) de la sécurité sociale.

L'examen de santé est ouvert à chaque assuré social du régime général et ses ayants droits mais surtout aux personnes qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale au titre d'une législation et en particulier les retraités, les demandeurs d'emploi, les inactifs et les populations exposées à des risques menaçant leur santé.

Il sera mis en place un examen type contenant :

- Un questionnaire administratif et médical
- Un examen clinique médical et dentaire
- Des examens fonctionnels (visuels, auditifs, cardio-vasculaires)
- Une radiographie thoracique
- Des examens biologiques et urinaires
- Un entretien diététique

En plus de cet examen type, le 2 janvier 1986 sera créée le « Service de Suite d'Examen de santé (SES) » qui permet une collaboration étroite entre médecin traitant et CES, bénéfique aux patients pour le suivi de leur pathologie.

Mais au cours des décennies suivantes, force est de constater que les inégalités sociales augmentent, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) tire la sonnette d'alarme et souhaite faire, de la prévention auprès de population en situation de précarité, une priorité.

- De 1992 à nos jours

Les modalités de l'examen de santé évoluent.

En effet l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 (JORF, 1992) prend en compte ce climat social et décide :

- L'abandon de l'examen de santé type au profit d'Examens Périodiques de Santé (EPS) modulés selon les besoins dictés par des critères tels que l'âge, le sexe ou les facteurs de risques.
- L'extension aux personnes de plus de 60 ans en prévention de la perte d'autonomie et de la dépendance.
- L'action prioritaire pour les personnes en situation de précarité ou ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier c'est-à-dire les retraités, les demandeurs d'emploi, les inactifs mais aussi les bénéficiaires du RMI, les jeunes de 16-25 ans en parcours d'insertion professionnelle. Ont été ajoutées en 1998 les personnes en contrat emploi solidarité et les personnes sans domicile fixe et, en 2000, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU/CMUc).
- La création d'un document de référence pour les tests et procédures introduits dans l'EPS, édité par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et approuvé par le Haut Comité Médical de la sécurité sociale lors de la séance du 7 avril 1993.

S'en suit la création puis la signature en 2006, d'une convention entre l'État et la CNAMTS appelée « Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) » pour une durée de 3 ans.

Cette dernière renforce le ciblage de prévention de l'EPS au profit des populations éloignées de la prévention et du système de santé.

Elle a permis de développer l'Éducation En Santé (EES) et l'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP) souffrants de pathologies chroniques.

Il s'en suivra 2 autres COG (2010-2013 et 2014-2017) confirmant et renforçant les objectifs de la première.

2.3. Les missions et objectifs du CES

A la création des CES, l'objectif était de proposer un bilan de santé afin de mesurer l'état de santé de la population salariée à un instant t de leur vie et de renforcer les liens médecin traitant/CES.

Puis l'EPS s'est enrichi et s'est adapté à l'environnement social.

La loi de santé publique du 9 août 2004 (JORF, 2004) renforce les missions de l'assurance maladie en ce qui concerne la prévention, la prise en charge des maladies et handicaps, la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé et également par le développement de l'accès aux soins.

La COG 2006-2009 fait de la prévention, un élément majeur de la politique de gestion du risque de la CNAMTS.

L'assurance maladie met en place des programmes de prévention et s'appuie sur le réseau des centres d'exams de santé pour les développer. L'examen périodique de santé constitue alors une des modalités de la consultation de prévention prévue par la loi de Santé publique du 9 août 2004.

Les objectifs des CES sont double :

- développer la prévention et la promotion à la santé auprès des populations qui en ont le plus besoin, population dite en situation de précarité
- développer l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques en terme de prévention des complications et de suivi de traitement à l'aide de programmes personnalisés de prévention établis et validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

Les CES jouent un rôle important dans la lutte contre les inégalités en matière de santé.

3. Le score EPICES

L'acronyme EPICES signifie Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé. Il est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité.

3.1. Contexte :

Depuis la publication de l'arrêté ministériel de 1992, les CES ont développé deux définitions des publics en situation de précarité :

- Une essentiellement socio-administrative, reposant sur les critères de reconnaissance des droits sociaux (Article 2)
- Une prenant en compte l'ensemble des dimensions de la précarité (score EPICES).

L'article 2 de l'arrêté de 1992 prenait en compte cinq critères administratifs pour définir la précarité :

- Chômeurs
- Contrats emplois solidarité
- Bénéficiaires du RMI ou Bénéficiaires de la CMU et de la CMUc
- Sans domicile fixe
- Jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle

Mais ces cinq critères administratifs retenus pour définir la précarité reposaient essentiellement sur la situation par rapport à l'emploi et étaient donc trop restrictifs.

C'est pourquoi, en 1998, un groupe de travail, constitué du Centre Technique d'Appui et de Formation des CES (CETAF), de l'Ecole de santé publique de Nancy et des membres des Centres d'Examens de Santé (CES) ont mené une étude dont le but était de définir la précarité en tenant compte de ses facteurs multidimensionnels.

3.2. Construction :

Sa construction a été réalisé grâce à une étude (Sass et al., 2006) utilisant des données recueillies à l'aide d'un questionnaire socio-économique auprès de 7208 personnes âgées de 16 à 59 ans dans 18 CES volontaires.

Ce questionnaire comportait 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité définies par P. Townsend (Townsend, 1987) et J. Wrezinski (Wrezinski, 1987) : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue, loisirs, insertion sociale, recours aux soins, événements graves vécus avant 18 ans.

Une analyse factorielle des correspondances a permis d'objectiver un « axe précarité » allant de l'aisance sociale à la situation la plus défavorisée. La position d'une personne sur cet axe détermine une valeur chiffrée, le « score de précarité ».

Mais les 42 questions devaient être renseignées impérativement pour être révélateur de la situation de précarité.

Grâce aux méthodes statistiques de régression multiple, il a été permis de sélectionner onze questions qui résumaient à 90% la situation de précarité d'une personne (Tableau 1).

Le score EPICES était né.

Tableau 1 : Les onze questions permettant la construction du score EPICES

N°	Questions	OUI	NON
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

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

3.3. Fonctionnement :

Il est constitué de onze questions dont les réponses sont binaires.

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score dénommé EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Le seuil de 30 étant considéré comme le seuil au-delà duquel la personne est considérée en situation de précarité.

3.4. Validation du score :

Une étude ponctuelle a été réalisée en 2002 par le CETAF dans 58 CES.

Le score EPICES a pu être calculé sur 197 389 consultants âgés de plus de 18 ans et l'analyse de cette étude a montré que le score EPICES :

- Est lié aux déterminants socio-économiques de la précarité
- Est lié aux indicateurs de mode de vie
- Augmente avec la fréquence des altérations de la santé
- La précarité selon EPICES est plus liée aux indicateurs de mode de vie et de santé (avec des odds ratio plus élevés) que ne l'est la précarité définie par les cinq critères administratifs.

Des relations « score-dépendantes » ont été systématiquement mises en évidence, montrant la pertinence de l'aspect quantitatif du score.

Le score EPICES a été généralisé à l'ensemble des CES le 1^{er} janvier 2002 et est toujours en vigueur.

3.5. Intérêts :

L'intérêt principal (Sass et al., 2006) du score EPICES consiste à appréhender des populations qui, tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité, présentent les mêmes risques en matière de santé

Il présente également les avantages d'être individuel, quantitatif, facile à déterminer, et de prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la précarité.

La précarité selon EPICES est plus fortement liée à tous les indicateurs de position sociale, mode de vie, d'accès aux soins et de santé.

Ce score est même utilisé en dehors des centres d'exams de santé, dans diverses études (Bihan et al., 2005 ; Convers et coll., 2012) et prouve son utilité dans le repérage des populations en situation de précarité.

4. GOHAI:

La santé orale peut être évaluée par un chirurgien-dentiste grâce à un questionnaire médical, à un examen minutieux de la bouche et à des indices reconnus par la HAS.

Mais qu'en est-il du ressenti des patients face à leur propre santé orale ?

Il existe pour cela un indice qui permet aux personnes d'auto-évaluer leur santé orale.

4.1. Définition :

L'acronyme "GOHAI" signifie Global Oral Health Assessment Index.

Il a été développé aux Etats Unis en 1990 par *Atchinson et al* (Atchinson et al., 1990) et a permis d'évaluer le ressenti des personnes âgées vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire. Il a été administré à un échantillon de 1755 bénéficiaires de *Medicare* dans le comté de Los Angeles et a démontré un haut niveau de cohérence interne et de fiabilité, mesuré par un coefficient alpha de Cronbach de 0,79 (cet indice traduit un degré d'homogénéité d'autant plus élevé que sa valeur est proche de 1).

Pour pouvoir être étendu à une population plus large et européenne, il a été adapté en France par *Tubert-Jeannin et coll.* en 2003 (Tubert-Jeannin et coll., 2003).

Après quelques adaptations du questionnaire, le coefficient alpha de Cronbach (0,86) a montré une cohérence interne élevée et une homogénéité entre les éléments.

4.2. Composition :

Ce questionnaire auto-administré comprend douze items évaluant trois domaines :

- la fonction buccale (items 1 à 4)
- l'aspect psychosocial (items 6, 7, 9, 10, 11)
- l'existence de douleur ou d'inconfort au niveau de la bouche (items 5, 8 et 12)

Pour chaque item, il est demandé aux sujets s'ils ont, dans les trois mois précédents, souffert d'un de ces problèmes en utilisant les qualificatifs suivants : jamais, rarement, parfois, souvent ou toujours. Il comporte des questions rédigées dans un sens négatif mais également dans un sens positif, afin d'éviter un automatisme dans les réponses. Celles-ci sont codées de 5 à 1 (items 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 et 12) ou de 1 à 5 (items 3, 5 et 7) de façon que, pour chaque item, un score faible représente un problème buccodentaire.

Le score global est calculé en additionnant les scores obtenus à chaque question et il est appelé « ADD score ».

4.3. Résultats :

Il varie d'un minimum de 12 (mauvais état bucco-dentaire) à un maximum de 60 (excellent état bucco-dentaire). Les scores faibles de GOHAI étaient associés aux perceptions d'une mauvaise santé buccodentaire et générale, à une faible satisfaction à l'égard de la santé bucco-dentaire et à un besoin perçu de soins dentaires.

Selon *Atchinson et al*, un score compris entre 57 et 60 est considéré comme élevé et correspond à une bonne santé orale, un score compris entre 51 et 56 est considéré comme moyen et un score inférieur à 50 est considéré comme mauvais et correspond à un mauvais état de santé orale.

5. Renoncement :

Le renoncement aux soins est un sujet d'actualité. Il occupe une place importante dans le débat public.

Ces dernières années, de nombreuses études ont vu le jour et ont mis en évidence des inégalités dans l'accès aux soins (Desprès et al., 2011 ; Dourgnon et al., 2012), excluant les populations les plus vulnérables (Moulin et al., 2005).

La réduction de ces inégalités est l'objectif principal des politiques de santé actuelles. Ainsi depuis plusieurs années, le renoncement aux soins fait l'objet de rapports officiels et de créations d'observatoire. Depuis 1992, les résultats de l'enquête ESPS (enquête santé et protection sociale) de l'IRDES sont régulièrement repris et commentés.

Le rapport du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP, 2009) sur les inégalités sociales de santé préconise même d'utiliser le renoncement aux soins pour raisons financières comme un indicateur de suivi de l'évolution de l'accès aux soins d'un pays.

Mais la notion de renoncement aux soins est complexe du fait de sa définition ainsi que de son caractère multidimensionnel. Il est difficilement analysable car difficilement définissable.

Il possède un caractère multifactoriel (socio-économique, psycho-social, comportemental, culturel, et médical) et dépend de nombreux indicateurs qui évoluent avec le temps.

5.1. Définitions

Une des définitions du verbe renoncer est « se désister, se déporter de quelque chose, soit par acte exprès, soit autrement » (Littré, 1961)

Il signifie aussi « cesser de revendiquer, de faire valoir la possession ou la jouissance de, abandonner son droit sur » (CNRTL, 2012)

Les anthropologues apportent une précision à ces définitions.

Pour eux, le renoncement aux soins est apparenté à une situation dans laquelle un besoin de soins n'est pas satisfait c'est-à-dire qu'un individu « ne reçoit pas un soin, qu'il soit curatif ou préventif, qui aurait amélioré sa santé » (Boisguérin et al., 2010).

Ils le définissent aussi comme un acte volontaire et délibéré de la personne d'abandonner les soins jugés inaccessibles par la personne ou même encore le fait d'ignorer la nécessité de ceux-ci. (Després et al., 2013).

Selon l'anthropologue Caroline Després (Després, 2012) « le renoncement constitue une attitude ou une conduite individuelle. Il s'agit d'un acte volontaire qui suppose un certain degré de délibération qui va se concrétiser par une décision plus ou moins consciente. Soit l'abandon du but poursuivi soit la résultante d'un choix entre plusieurs alternatives ».

Elle distingue deux types de renoncement :

- le renoncement-barrière
- le renoncement-refus

Dans le premier cas l'individu doit faire face à un environnement de contraintes qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Par exemple des problèmes financiers, problèmes de couverture sociale, de répartition géographique.

Dans le second cas, c'est la perception de l'individu face à sa santé qui est en cause ainsi que la communication praticien/patient et plus précisément la confrontation entre les problèmes de santé ressentis par la personne elle-même et les explications

de prise en charge par le corps médical. Le renoncement refus marque soit une critique ouverte du système de santé soit une forme de désintérêt ou de résistance. Les personnes refusent de se faire soigner et préfèrent attendre que la douleur passe ou s'automédiquer.

Il est important de signaler que ces deux formes ne sont pas incompatibles et que le comportement d'un individu qui refuse un soin peut s'expliquer par les deux types de renoncement. Une incompréhension face à des explications médicales peut amener un individu à reporter les soins ne les jugeant pas prioritaires en raison de sa situation économique et sociale.

5.2. Déterminants du renoncement

Pour comprendre les mécanismes du renoncement aux soins il faut en étudier les différents déterminants.

Il existe évidemment des déterminants socio-économiques largement connus et étudiés aujourd'hui.

L'étude de ces déterminants montre d'ailleurs que les principaux facteurs sont le niveau de revenu (niveau revenu moyen, catégorie socio-professionnelle) et le fait d'avoir ou non une complémentaire santé (mutuelle privée, CMUc, ACS).

Nous pouvons ajouter la situation professionnelle passée, présente et future (chômage, CDD, emploi intérimaire, étudiant, retraité, etc....) ainsi que les tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

Mais les déterminants du renoncement aux soins sont multiples et ne se limitent pas à la question de la prise en charge financière des soins. (Bazin et al., 2006 ; Mackenbach, 2006).

Il existe également des déterminants difficiles à quantifier et donc souvent négligés dans les études : les déterminants psycho-sociaux ou individuels.

Ils dépendent de la perception qu'a un individu de sa santé orale et de son besoin en soins, représentation toute fois subjective.

L'histoire de vie personnelle (rapport avec le corps médical, avec la maladie), culturelle, religieux et familiale (monoparental, isolement géographique) de l'individu jouent alors un rôle non négligeable.

Le niveau d'éducation a son importance, il est évident que pour pouvoir renoncer à un soin, une personne doit pouvoir ressentir et identifier ce besoin.

Il est à souligner également que le renoncement aux soins est lié à des déterminants médicaux.

En effet, la présence d'une maladie chronique, de certains facteurs de risques (tabac, alcool, hygiène...) ainsi que le passé médical de l'individu et son vécu face au monde médical jouent aussi sur le taux de renoncement.

2^{ème} PARTIE : Étude observationnelle

1. Objectifs :

Il s'agit dans un premier temps d'étudier les caractéristiques de l'échantillon en faisant d'abord un constat objectif de l'état de santé buccodentaire des consultants du CES de Metz grâce à la consultation dentaire effectuée par un chirurgien-dentiste du CES puis un constat plus subjectif de l'état de santé buccodentaire grâce aux résultats du GOHAI.

Enfin dans un second temps il nous semblait important d'étudier les caractéristiques des personnes ayant déclaré un renoncement aux soins dentaires.

2. Matériels et méthodes :

Cette étude épidémiologique observationnelle a été réalisée sur un échantillon de 1000 consultants du centre d'examen de santé et de médecine préventive de Metz sur une période allant du 10 avril 2017 au 30 septembre 2017.

Elle a pu voir le jour grâce à l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), et grâce aux aimables autorisations du directeur de la CPAM de Moselle et du médecin responsable du CES de Metz.

La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat et de l'anonymat.

Elle a été réalisée grâce à un questionnaire individuel comportant 16 questions.

2.1. Critères d'inclusion :

Les questionnaires inclus sont les questionnaires remplis par des personnes majeures, volontaires et comprenant le français

Les questionnaires non-inclus sont les questionnaires remplis par des personnes mineures, ne comprenant pas le français et toutes personnes refusant de répondre au questionnaire.

Les questionnaires exclus sont ceux qui sont mal remplis ou incomplets.

2.2. Données recueillies :

Les données recueillies se font à l'aide d'un questionnaire individuel et d'un compte rendu de l'examen bucco-dentaire s'il a lieu.

2.2.1. Le questionnaire :

Le questionnaire (annexe 1) comporte au recto un tableau avec douze questions concernant la qualité de vie et qui cible trois fonctions :

- Physique (mastication, phonation, déglutition)
- Psychosocial (préoccupation, gêne, satisfaction)
- Douleur/inconfort (douleurs, sensibilité)

Il comporte au verso quatre questions qui concernent :

- Le nombre de consultation annuelle chez un chirurgien-dentiste
- Le renoncement aux soins dentaires
- Les motifs du renoncement
- La connaissance de structures où il n'y a pas d'avance de frais à faire

Il comporte également un encadré administratif qui nous informe sur :

- Le sexe
- La tranche d'âge
- Le score EPICES
- La catégorie socio-professionnelle
- La consommation de tabac
- La consommation d'alcool

2.2.2. Compte rendu de l'examen buccodentaire :

En plus du questionnaire, si le consultant bénéficie d'une consultation bucco-dentaire avec le chirurgien-dentiste du centre, un compte rendu (annexe 2) de cet entretien est agrafé avec le questionnaire et nous renseigne sur le nombre de :

- Dents temporaires
- Dents permanentes
- Dents saines
- Dents scellées
- Prothèse adjointe
- Extractions
- Dents cariées
- Dents obturées
- Racines (dents à l'état de)
- Prothèse adjointe et racines (dents à l'état de)

- Prothèse conjointe
- Lésions Cervicales d'Usure (LCU)
- Dents non évoluées

2.3. Déroulement de l'étude :

Le consultant, invité à passer un bilan de santé, se présente à l'accueil pour la création de son dossier médical. La secrétaire saisit, dans le logiciel SAGES (Système Automatisé de Gestion des Examens de Santé), les données recueillies sur un questionnaire socio-administratif donné au préalable au consultant et obtient ainsi le score EPICES qu'elle reporte sur le questionnaire de l'étude.

Afin de respecter l'anonymat, la secrétaire reporte sur le questionnaire les données suivantes :

- le sexe
- la tranche d'âge
- la catégorie socio-professionnelle (CSP)
- la consommation de tabac
- la consommation d'alcool

A la fin de l'enregistrement, elle donne au consultant le questionnaire de l'étude qu'il pourra remplir en salle d'attente.

Le consultant est ensuite vu par un médecin pour la modulation des examens précliniques.

Ce dernier décide, selon un référentiel national validé par la CNAMTS, les différents examens que le consultant réalisera.

Il est ensuite pris en charge par l'infirmier pour réaliser les examens précliniques et suivant la modulation il pourra bénéficier d'une consultation buccodentaire. Le consultant ne doit pas avoir vu de chirurgien-dentiste depuis six mois pour y prétendre.

Lors de la consultation buccodentaire, le chirurgien-dentiste réalise un examen minutieux de toute la cavité buccale et rentre les résultats dans le logiciel Buccodent®.

A la fin de l'examen, un compte rendu est édité et joint au dossier à l'attention du médecin du centre.

Pour notre étude, le chirurgien-dentiste en imprime un de plus, l'anonymise et l'agrafe au questionnaire de l'étude.

A la fin du parcours, une collation est offerte au consultant et la secrétaire le revoit pour lui donner un rendez-vous ultérieur avec un médecin du centre qui réalisera un examen clinique ainsi qu'une synthèse à destination du médecin traitant.

Elle récupère à ce moment-là le questionnaire de l'étude et vérifie si tous les items sont renseignés puis le pose dans un panier prévu à cet effet.

2.4. Analyses statistiques :

Les données issues des questionnaires inclus dans l'étude ont été saisies sur Excel® puis l'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées sur Epilnfo® version 7.2.2.2.

Concernant les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été traitées sous la forme d'effectifs et de fréquences associées à leurs intervalles de confiance à 95%. Des moyennes ainsi que leurs écart-types ont été calculés pour les paramètres quantitatifs en y associant, lorsque nécessaire, les valeurs extrêmes.

Concernant les statistiques analytiques, le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$). Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées à l'aide de tests du Chi-2. Pour la comparaison des moyennes entre deux groupes des tests de Student ont été utilisés. Les conditions d'application des tests paramétriques (ANOVA par exemple) n'étant pas remplies pour les comparaisons de moyennes entre plusieurs groupes (> 2), les différences intergroupes ont été testées à l'aide des tests non paramétriques de Kruskal-Wallis.

3. Résultats :

Notre étude observationnelle menée au Centre d'Examen de Santé de Metz pendant près de six mois, nous a permis de recueillir 1193 questionnaires.

Mille d'entre eux étaient correctement remplis, complets et donc exploitables alors que 193 ne l'étaient pas (mal remplis ou incomplets). Nous avons donc dû les exclure.

Sur les milles patients retenus, 388 ont pu bénéficier d'un examen dentaire effectué par le chirurgien-dentiste du centre.

Dans une première partie, nous étudierons les caractéristiques générales de notre échantillon.

Dans une seconde partie, les caractéristiques des patients ayant déclaré un renoncement aux soins dentaires l'année dernière seront analysées.

3.1. Population générale :

3.1.1. Données démographiques :

3.1.1.1. Sexe

Les hommes sont majoritaires dans notre étude et représentent 53,2% (IC 95% [50,1 ; 56,3]) de notre population (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des effectifs et fréquences selon le sexe

	Effectif (N=1000)	Fréquence En %	I.C. à 95% En %
Homme	532	53,2	[50,1 ; 56,3]
Femme	468	46,8	[43,7 ; 49,9]

I.C. : Intervalle de confiance

3.1.1.2. Tranches d'âge

La répartition des tranches d'âge est en faveur des plus jeunes. En effet les 20-29 ans représentent environ un tiers de l'échantillon.

Nous avons décidé de regrouper la tranche d'âge des 18-19 ans avec celle des 20-29 ans car cette tranche d'âge était trop petite et ne pouvait pas être comparée aux autres.

Cette nouvelle classe (18-29) représente 41,3% (IC 95% [38,3 ; 44,4]) de notre population (figure 2).

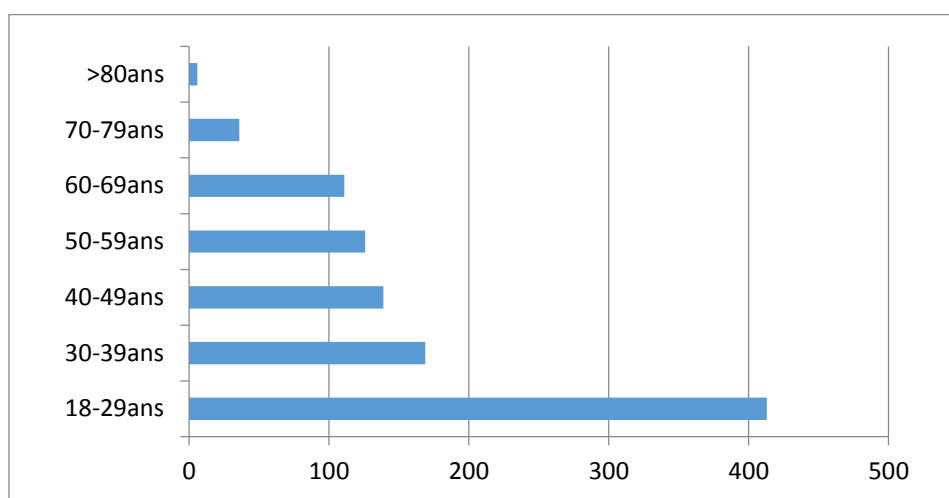


Figure 2 : Répartition des effectifs en fonction des tranches d'âge corrigées

3.1.2. Données socio-économiques :

3.1.2.1. Score EPICES

La situation sociale est évaluée grâce à la saisie dans SAGES du questionnaire socio-administratif qui calcule le score EPICES.

Il est utilisé pour différencier le consultant en situation de précarité (score ≥ 30) de celui qui ne l'est pas (score <30).

Sur la population étudiée (N=1000), 657 consultants sont considérés comme en situation de précarité (P) soit 65,7% avec un intervalle de confiance à 95% [62,7 ; 68,6] et 343 consultants ne le sont pas (34,3%, I.C à 95% [31,4 ; 37,3] (figure 3).

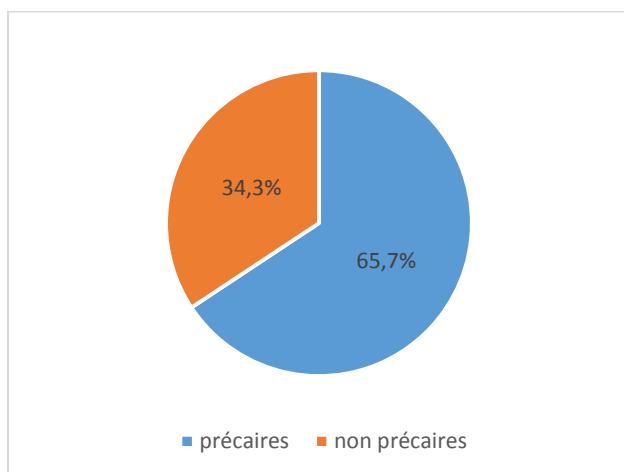


Figure 3 : Répartition de la population selon le score EPICES

3.1.2.2. Catégorie socio-professionnelle

La situation professionnelle est divisée en neuf catégories socio-professionnelles appelées CSP, elles-mêmes divisées en plusieurs catégories (annexe 3).

Notre échantillon est surtout composé de personnes sans activité professionnelle (32,1%) ainsi que de chômeurs ayant déjà travaillé (25,3%) et d'employés (20,5%) (figure 4).

Aucune CSP 1 et 2 soit aucun agriculteur ni artisan, commerçant ou chefs d'entreprise n'a été signifiée.

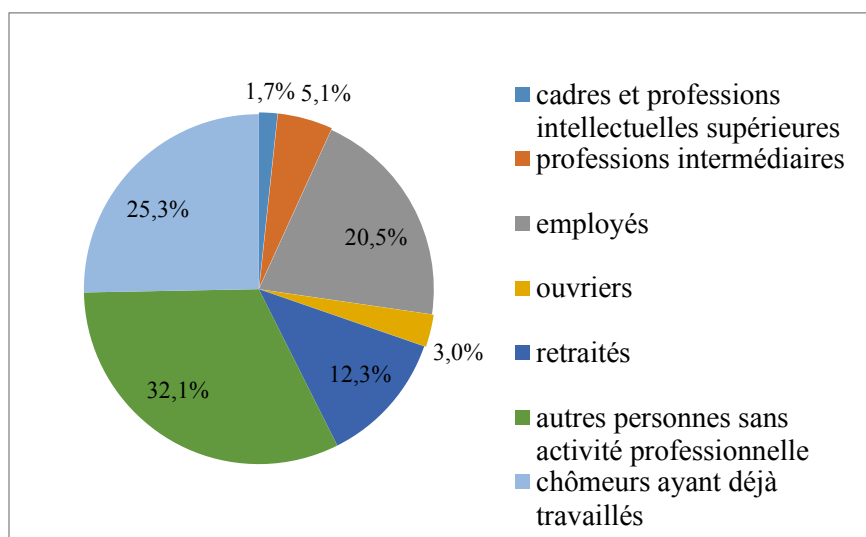


Figure 4 : Répartition des effectifs en fonction de l'activité professionnelle

3.1.3. Données comportementales :

3.1.3.1. Tabac :

Seul 29,7% (IC 95% [27,0 ; 32,2]) des personnes déclarent fumer régulièrement (figure 5).

Cette population de fumeurs est majoritairement représentée par des hommes (58,2%). Et il s'agit principalement de personnes appartenant à la classe des 18-39 ans (65,3%) avec une consommation moyenne évaluée à 10,6 paquets années.

Les fumeurs consomment en moyenne 12,8 ($\pm$ 7,1) cigarettes par jour (avec des extrêmes de 1 à 40 cigarettes par jour) depuis 14,7 ($\pm$ 11,6) années (avec des extrêmes de 1 à 50 ans).

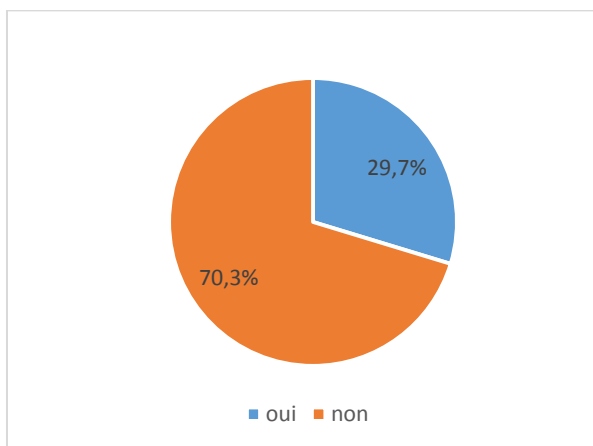


Figure 5 : Consommation tabagique de la population

3.1.3.2. Alcool :

Plus de 70% des consultants déclarent consommer de l'alcool dont 5,1% prétendent boire tous les jours (figure 6).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 18-29 ans (38,4%) et ce sont en majorité des hommes (56,4%).

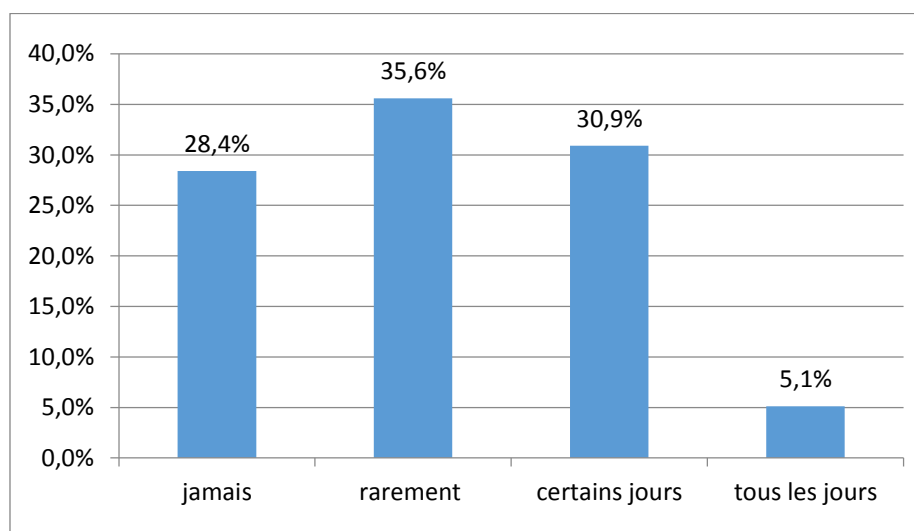


Figure 6 : Consommation d'alcool de la population

3.1.3.3. Consultation dentaire annuelle

Nous avons posé la question du nombre de consultations dentaires effectuées l'année précédente sans distinguer s'il s'agissait d'un examen de contrôle, d'urgence ou de suivi de traitement.

Il en ressort que 40,8% des personnes interrogées n'avaient pas du tout consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année passée pour quelques motifs que ce soit (tableau 3).

Il s'agit majoritairement d'hommes (59,3%), dans la tranche d'âge 18-39 ans (60,5%), en situation de précarité (69,8%) et considérant leur état de santé buccodentaire comme mauvais (44,8%).

Tableau 3 : Nombre de consultations annuelles chez un dentiste

Consultations dentaires annuelles	Effectif (N=1000)	Fréquence En %	I.C. à 95% En %
0	408	40,8	[37,7 ; 43,9]
1	283	28,3	[25,5 ; 31,2]
2	157	15,7	[13,5 ; 18,1]
3 et +	152	15,2	[13,1 ; 17,6]

3.1.3.4. Connaissances de structures

Nous avons pu observer que sur la population totale, seuls 21,8% des sujets connaissaient l'existence de structures où ils n'auraient pas à avancer les frais pour des soins dentaires (figure 7).

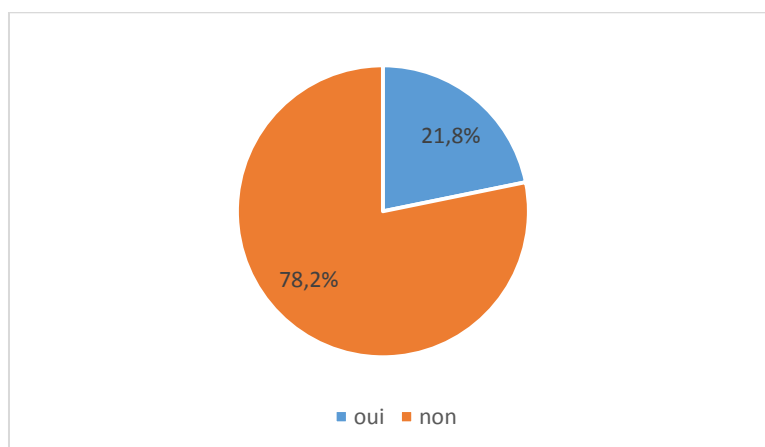


Figure 7: Connaissance des structures où s'applique la dispense d'avance de frais

3.1.4. Données cliniques

Le chirurgien-dentiste a pu réaliser l'examen de 388 consultants.

Nous avons apprécié l'état dentaire (tableau 4) en distinguant trois catégories :

- Le nombre de dents saines
- L'absence de soins (nombre de dents cariées et à l'état de racine)
- La présence de soins conservateurs (nombre de dents obturées et les prothèses fixées)

Tableau 4 : Etat de santé buccodentaire de l'échantillon

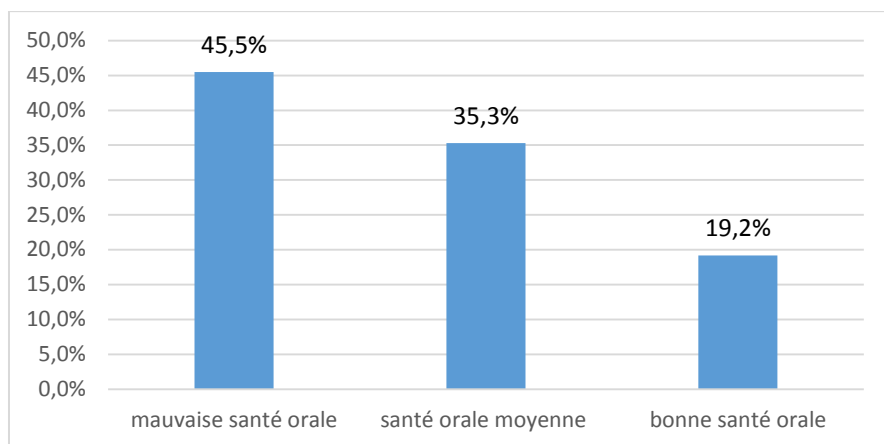
	Moyenne	Ecart-type	Amplitude
Dents saines	19,7	9,5	0 à 32
Dents cariées	1,9	3,8	0 à 30
Dents à l'état de racine	0,5	2,0	0 à 21
Dents obturées	3,0	3,6	0 à 18
Prothèses fixées	1,2	2,8	0 à 22

3.1.5. GOHAI : score ADD

Nous avons demandé à notre échantillon de répondre à 12 questions concernant leur ressenti face à leur état de santé buccodentaire.

Il en ressort que 45,5% de l'échantillon trouve sa santé orale mauvaise (figure 8) avec une différence significative entre les personnes précaires et non précaires ($p < 0,05$).

En effet, si 54,3% des personnes précaires déclarent avoir une santé orale mauvaise seules 28,6% des personnes non précaires ressentent la même chose (figure 9).



Légende :

- Score ADD compris entre 18 et 50 correspondant à un mauvais ressenti
- Score ADD compris entre 51 et 56 correspondant à un ressenti moyen
- Score ADD compris entre 57 et 60 correspondant à un bon ressenti

Figure 8 : Score ADD de la population

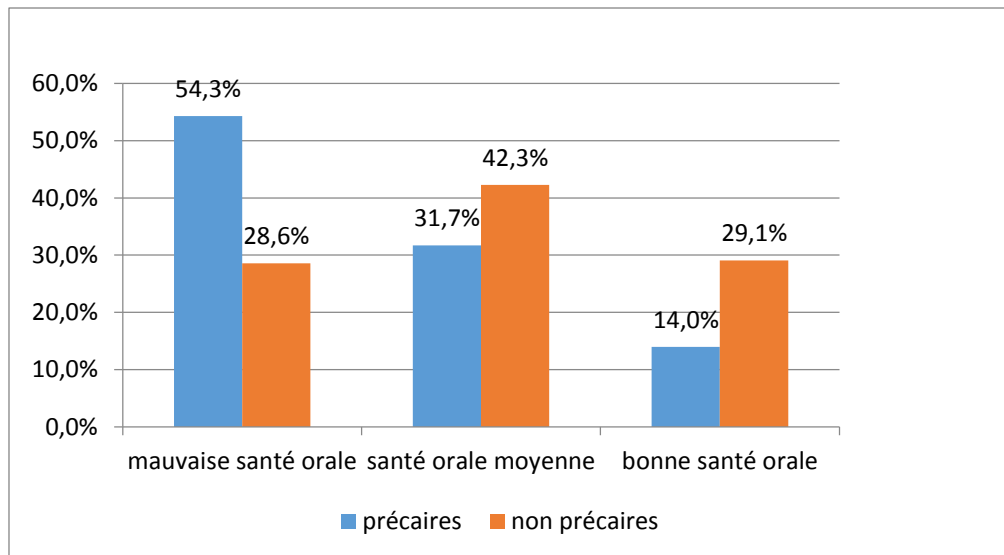


Figure 9: Score ADD en fonction du score EPICES

3.1.6. Renoncement

Comme nous l'avons vu, le renoncement n'est pas facile à quantifier car il dépend de plusieurs facteurs propres à chacun.

Les consultants pouvaient donner plusieurs réponses sans préciser à quoi ils renonçaient (urgence, prothèses, implant...)

Le nombre total de consultants ayant renoncé à un soin dentaire dans les 12 derniers mois s'élève à 321 soit 32,1% de l'échantillon avec un I.C. à 95% [29,2% ; 35,1%] (figure 10).

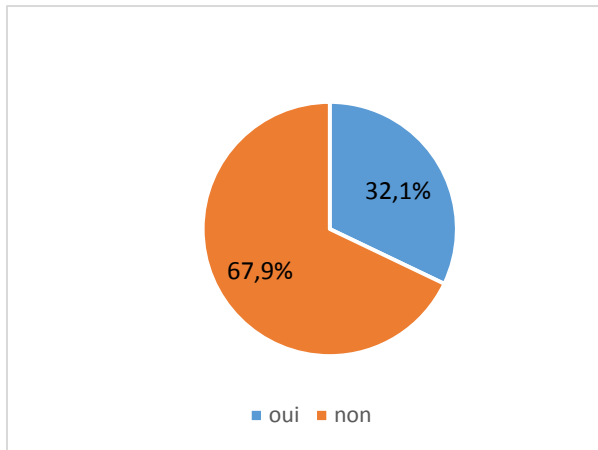


Figure 10 : Répartition de la population en fonction du renoncement

Il est intéressant d'étudier les caractéristiques de cette population et les raisons de ce renoncement.

Et c'est ce que nous nous proposons de réaliser dans la 2^{ème} partie de l'analyse des résultats.

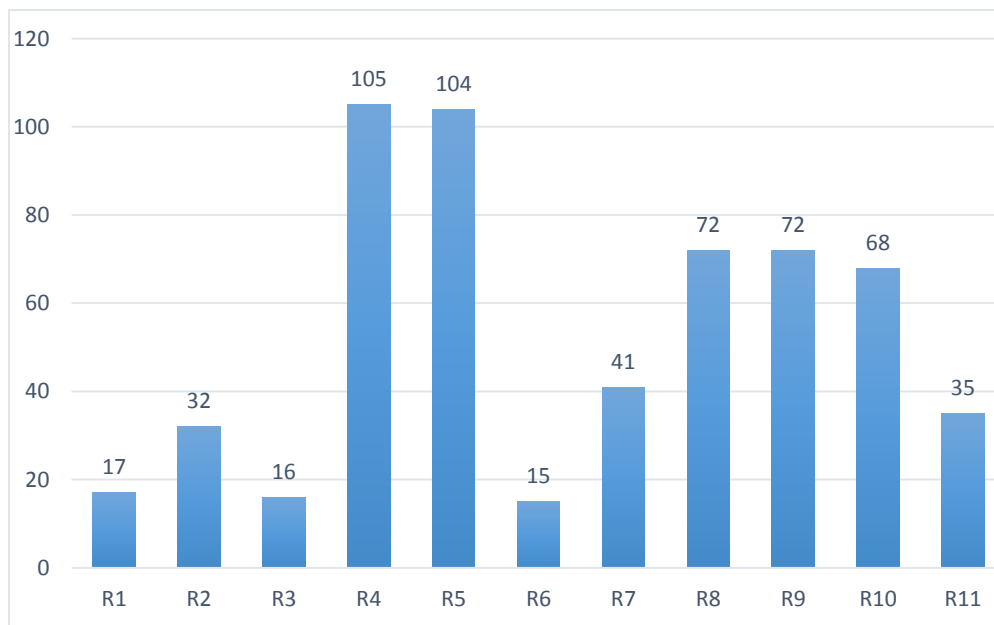
3.2. Population ayant déclaré un renoncement :

3.2.1. Principaux motifs de renoncement

Le principal motif de renoncement est la raison financière qui a été invoquée 209 fois (réponse 4 : avance de frais, citée 105 fois et réponse 5 : reste à charge, citée 104 fois) (figure 11).

Viennent ensuite *ex-aequo* le manque de temps (réponse 8) et le caractère non urgent ou non douloureux (réponse 9) cités 72 fois chacun.

La crainte des soins dentaires (réponse 10) arrive en cinquième position.



Légende:

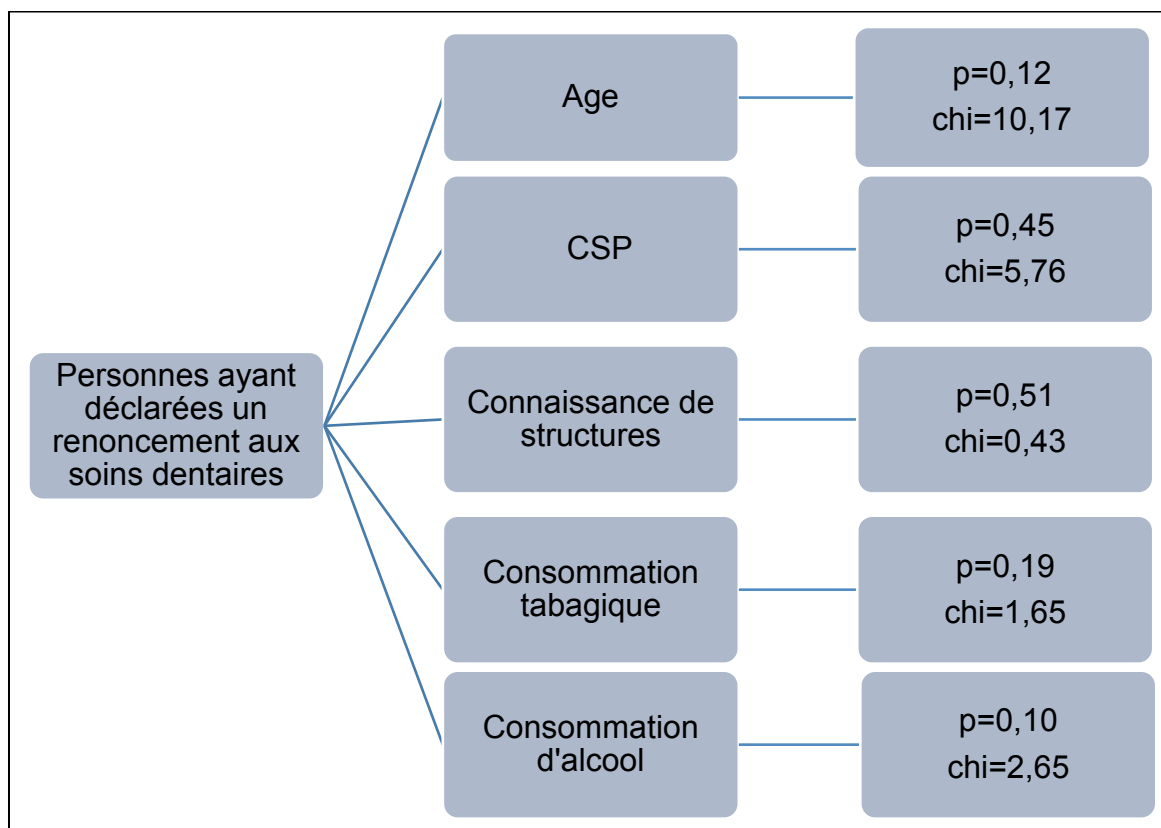
- R1 : ouverture de droits non valide
- R2 : absence de complémentaire
- R3 : démarches trop compliquées
- R4 : raison financière, avance de frais
- R5 : raison financière, reste à charge
- R6 : problème de transport
- R7 : délai d'attente pour obtenir un RDV trop long
- R8 : manque de temps
- R9 : caractère non urgent, non douloureux
- R10 : crainte du dentiste
- R11 : autres

Figure 11 : Motifs de renoncement aux soins dentaires

Nous allons étudier les caractéristiques de cette population ayant renoncé aux soins dentaires.

Nous n'avons pas noté de différence significative entre le renoncement et certains items que nous avons détaillés dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Liens statistiquement non significatifs entre les personnes ayant déclarées un renoncement aux soins dentaires et l'âge, le CSP, la connaissance de structures avec dispense d'avance de frais, la consommation tabagique et celle d'alcool



Nous détaillerons donc les autres paramètres testés dans cette étude et qui sont statistiquement significatifs.

3.2.2. Sexe

Dans notre étude, les hommes déclarent significativement plus renoncer aux soins dentaires que les femmes ($p < 0,04$) (figure 12).

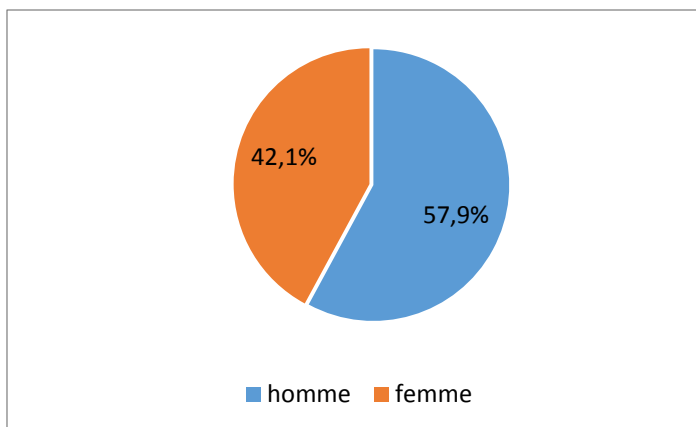


Figure 12 : Taux de renoncement aux soins dentaires en fonction du sexe

3.2.3. Score EPICES

Les personnes ayant déclaré un renoncement sont essentiellement en situation de précarité ($p < 0,00001$) (figure 13).

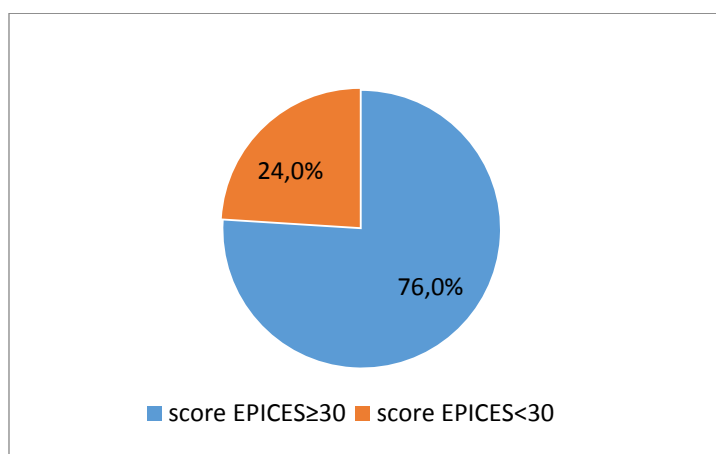
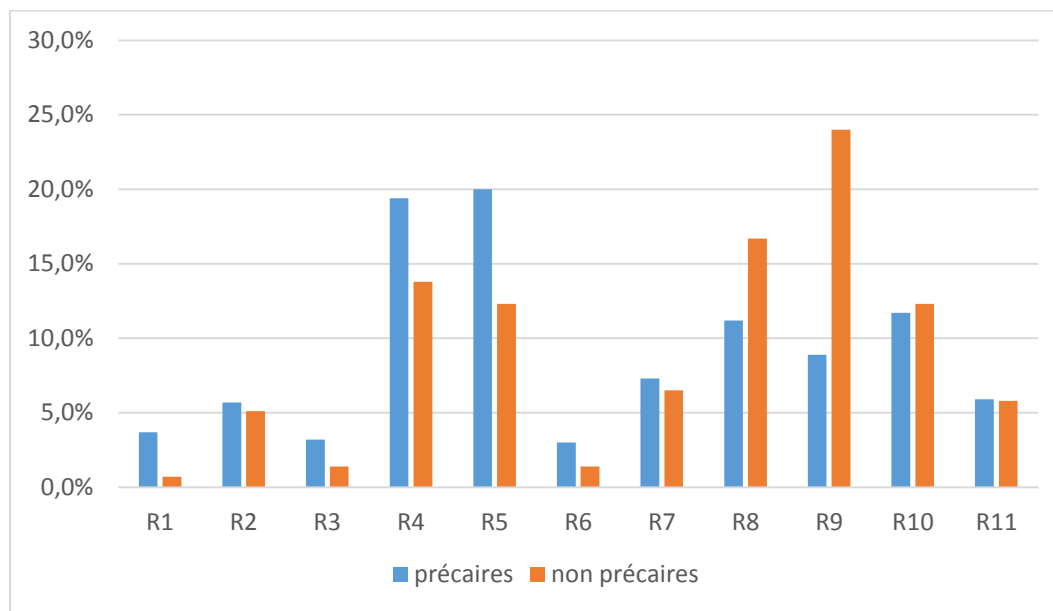


Figure 13 : Taux de renoncement aux soins dentaires en fonction du score EPICES

3.2.4. Motifs de renoncement chez les personnes précaires et non précaires

Le principal motif de renoncement déclaré par les personnes précaires est la raison financière (figure 14). En effet, la réponse 5 (reste à charge) a été citée 87 fois suivi de très près par la réponse 4 (avance de frais) évoquée 85 fois.

En revanche, les personnes non précaires déclarent principalement renoncer à cause du caractère non urgent ou non douloureux de la situation (réponse 9 citée 33 fois).



Légende:

- R1 : ouverture de droits non valide
- R2 : absence de complémentaire
- R3 : démarches trop compliquées
- R4 : raison financière, avance de frais
- R5 : raison financière, reste à charge
- R6 : problème de transport
- R7 : délai d'attente pour obtenir un RDV trop long
- R8 : manque de temps
- R9 : caractère non urgent, non douloureux
- R10 : crainte du chirurgien-dentiste (ou des soins dentaires)
- R11 : autres

Figure 14 : Motifs de renoncement aux soins dentaires en fonction du statut de précarité

3.2.5. Consultation dentaire annuelle

Plus de la moitié (59,1%) des consultants ayant déclaré un renoncement à un soin dentaire déclarent également ne pas avoir vu de chirurgien-dentiste l'année précédente alors qu'ils ne représentent qu'un tiers (32,1%) de ceux n'ayant pas déclaré de renoncement ($p < 0,000001$).

3.2.6. État de santé buccodentaire

388 patients de notre étude ont pu bénéficier d'un examen buccodentaire.

Nous avons étudié leur état de santé buccodentaire et nous avons comparé les moyennes obtenues entre les patients ayant déclaré un renoncement et ceux n'ayant pas déclaré de renoncement (figure 15).

Nous avons pu observer que les personnes ayant renoncées ont significativement plus de dents cariées ($2,9 \pm 4,4$ vs $1,2 \pm 3,0$; $p < 0,00001$), plus de dents à l'état de racine ($0,9 \pm 2,6$ vs $0,3 \pm 1,4$; $p = 0,0059$) et plus de dents obturées ($3,6 \pm 3,9$ vs $2,6 \pm 3,4$; $p = 0,0091$) que les patients n'ayant pas déclaré de renoncement.

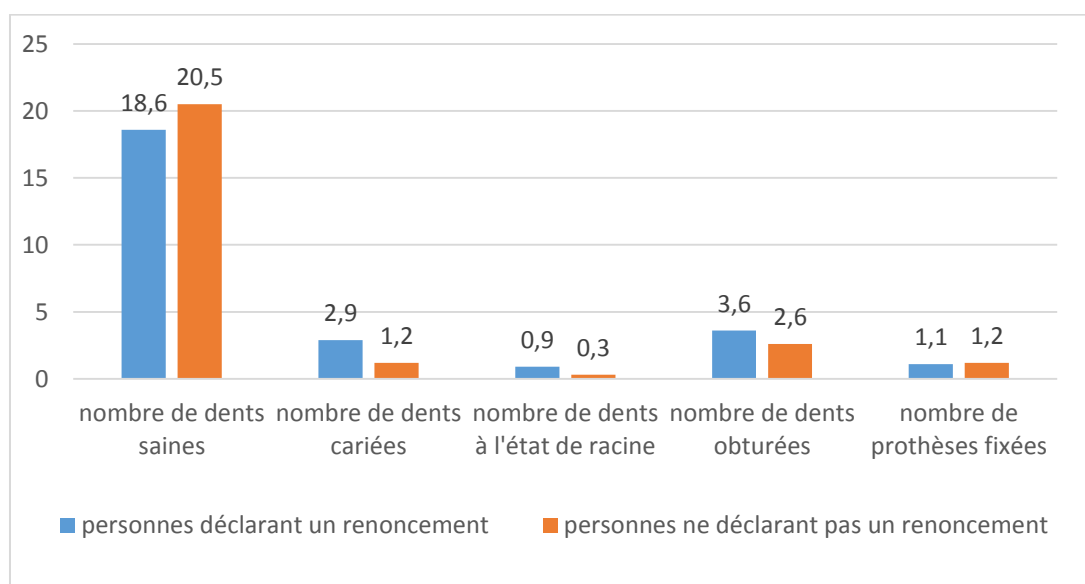


Figure 15 : Comparaison de l'état de santé buccodentaire entre les personnes ayant déclaré un renoncement aux soins dentaires et les personnes n'ayant pas déclaré de renoncement aux soins dentaires

3.2.7. GOHAI : score ADD

Les personnes renonçant aux soins dentaires présentent un score ADD significativement plus faible que les personnes qui ne renoncent pas aux soins

dentaires ($46,5 \pm 9,0$ vs $51,2 \pm 7,0$; $p < 0,00001$), c'est-à-dire que les personnes renonçant aux soins dentaires ont un moins bon ressenti de leur santé orale.

Le pourcentage de personnes considérant leur santé orale mauvaise est bien plus élevé chez les personnes ayant déclaré un renoncement que chez les personnes n'ayant pas déclaré de renoncement (60,1% vs 38,6%) (figure 16).

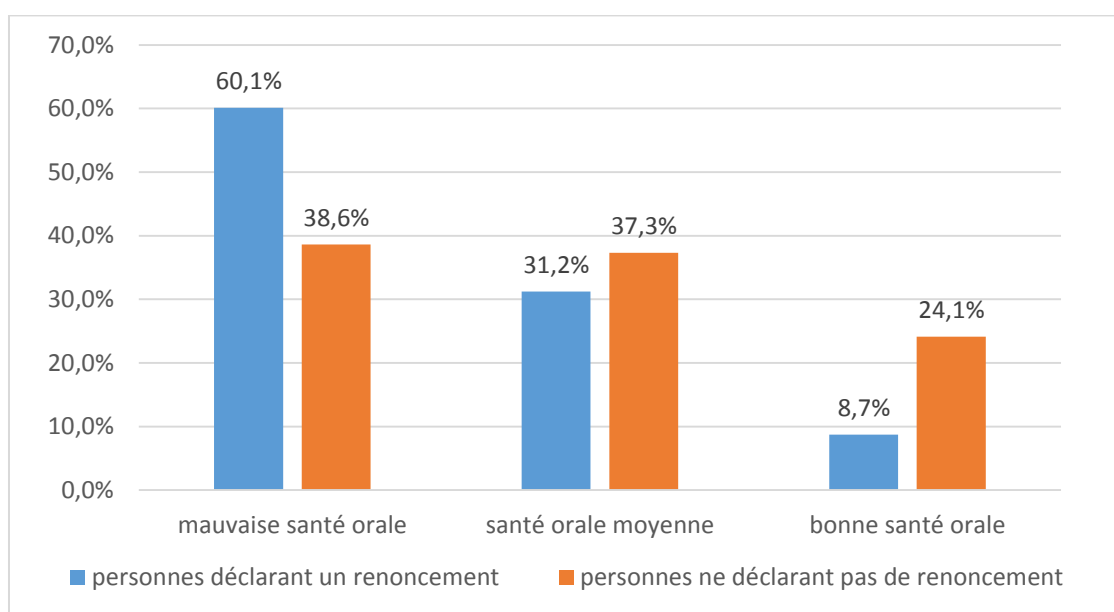


Figure 16 : Comparaison du score ADD en fonction du renoncement aux soins dentaires

Nous remarquons également que le pourcentage de personnes considérant leur santé orale mauvaise varie du simple au double en fonction du statut social (54,3% vs 28,6%) (Figure 17).

Le statut de précarité est un facteur aggravant de l'état de santé orale et de l'estime de soi.

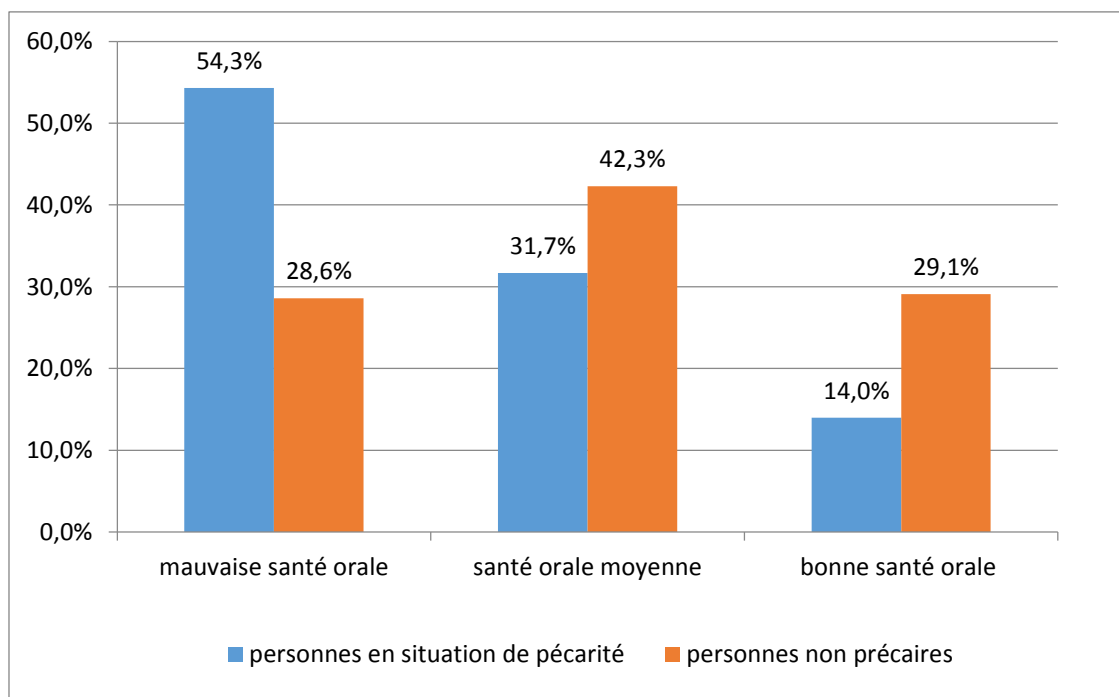


Figure 17 : Comparaison du score ADD en fonction du statut de précarité

4. Discussion

Grâce à notre étude, nous avons pu observer les différents motifs de renoncement aux soins dentaires des consultants se présentant au Centre d'Examen de Santé de Metz.

4.1. Limites de notre étude

Tout d'abord il est important de signaler que l'un des objectifs des CES est de développer la prévention et la promotion à la santé auprès des populations qui en ont le plus besoin, populations dites en situation de précarité. Via la mise en place de partenariats avec des organismes sociaux d'aide aux populations précaires, le CES de Metz a accueilli en 2017, 4868 consultants dont les deux tiers sont en situation de vulnérabilité. De ce fait, notre échantillon ne peut pas être comparé à la population générale française. Nous avons d'ailleurs obtenu un pourcentage plus élevé de renoncement aux soins dentaires pour raisons financières par rapport à la population française : 36,1% contre 15,5% (baromètre santé, 2014), la précarité faisant partie des facteurs de renoncement aux soins qui aggravent les inégalités d'accès aux soins.

Puis il est à noter que nous avons eu recours à un questionnaire pour réaliser cette étude. Or, le recueil de données par questionnaire se déroule dans un cadre contraint par le libellé des questions avec des réponses fermées donc préfigurées, qui imposent une forme de pensée. Ainsi, nous sommes bien conscients que le consultant, en remplissant notre questionnaire, a cherché à s'ajuster à ce cadre préformaté.

Et enfin le terme « renoncement » ainsi que la formulation de la question posée ont pu poser un problème de compréhension à notre échantillon.

Dans une étude socio-anthropologique et microéconomique réalisé dans la région lilloise (Desprès, 2011), il a été montré que le mot « renoncement » aux soins n'appartenait pas au lexique des individus et que la population étudiée rencontrait des difficultés pour élaborer une définition théorique de ce que serait un renoncement aux soins.

Une autre étude menée par la DREES (Legal et Vicard, 2015) a même montré que le taux de renoncement aux soins était très sensible à la formulation de la question. Il est apparu des écarts de taux atteignant jusqu'à quinze points selon que le type de soins et le motif étaient précisés d'emblée ou pas dans la question.

4.2. Constats

Tout comme dans la littérature de ces dernières années sur le renoncement aux soins dentaires (Raynaud et coll, 2005 ; SRCV¹, 2007 ; Dourgnon et coll, 2009 ; Després et coll, 2011) nous retrouvons comme motif principal de renoncement tous consultants confondus la raison financière incluant le reste à charge et l'avance de frais (figure 11).

Néanmoins, nous constatons une particularité. En effet, le premier motif évoqué par les consultants en situation de vulnérabilité est la raison financière alors que les consultants non précaires évoquent en premier le caractère non urgent ou non douloureux (figure 14).

Cette différence s'explique d'une part, par un niveau de revenu et d'éducation plus faible dans les milieux moins favorisés que dans les milieux plus aisés et d'autre part par l'absence de complémentaire santé. Ainsi nous constatons comme dans la littérature que le niveau socio-économique et avoir ou pas une complémentaire sont de véritables déterminants dans l'égalité à l'accès aux soins (Azogui-Lévy S, 2005 ; Després, 2011).

Par exemple, 2 études de 2014 et 2015 (Schwendicke, 2014) (DREES, 2015) mettent en évidence un véritable gradient social notamment en ce qui concerne la maladie carieuse et qui s'exprime dès le plus jeune âge.

¹ L'enquête SRCV est réalisée tous les ans par l'INSEE et permet un cadrage général abondant de nombreux thèmes sur les revenus, la situation financière et les conditions de vie des ménages. Elle se compose d'un questionnaire ménage et d'un questionnaire individuel et concerne des individus de 16 ans et plus, résidant en France.

Les bilans de santé scolaire en grande section de maternelle effectués par les personnels de santé de l'Education Nationale, montre que la proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8% contre 30% chez les enfants d'ouvriers, de même, 24% des enfants d'ouvriers ont des caries non soignées contre seulement 4% des enfants de cadres (DREES, 2015).

Nous avons observé que parmi les personnes ayant déclaré un renoncement pour des raisons financières et plus précisément pour avance de frais, environ 90 % d'entre eux ne connaissent pas l'existence de structures au niveau desquelles ils n'auraient pas à avancer de frais (figure 7).

Un manque réel d'informations sur de telles structures ou sur les droits est préjudiciable pour le patient qui renonce à se soigner.

L'information sur les droits est une nécessité absolue pour agir contre le non-recours. Cependant, pour être efficace, l'information de masse doit être couplée à des actions d'explication ciblées sur les populations vulnérables qui peuvent perdre jusqu'à l'idée même d'avoir des droits.

Il s'agit non seulement de réduire la méconnaissance des droits mais aussi de rapprocher les personnes de leurs droits voire de simplifier les démarches administratives trop complexes pour certaines populations (Warin, 2013).

L'étude ODENOR en 2013 a mis en évidence les difficultés d'utilisation des aides financières pour les soins dentaires accordées par la CPAM. En effet sur 395 demandes d'aide acceptées, 62 demandeurs n'ont pas utilisé l'aide attribuée dans le temps imparti soit environ 15,7%.

Il existe d'autres facteurs plus subjectifs qui alimentent des mécanismes d'autocensure conduisant à un renoncement.

Dans notre étude, nous remarquons, tous consultants confondus, que le manque de temps ainsi que le caractère non urgent ou non douloureux sont arrivés en deuxième position (Figure 11).

La perception des besoins en soins varie d'une personne à l'autre, en fonction des connaissances, du niveau d'éducation, des représentations en matière de santé mais également des attentes vis-à-vis du système de soins. La population méconnaît les problèmes bucco-dentaires et perçoit mal la nécessité de consulter un dentiste. Cette méconnaissance des maladies et traitements possibles est plus importante dans les groupes sociaux défavorisés et conduit les patients à ne consulter qu'en cas d'extrême urgence.

La crainte des soins effectués par le chirurgien-dentiste arrive en cinquième position dans notre étude et en seconde position dans l'enquête SRCV de 2007. Cette raison est souvent négligée ou minimisée par les professionnels de santé.

Elle peut revêtir plusieurs formes et déclencher de véritables attaques de panique.

La peur de la douleur peut entraîner certains patients à ne consulter qu'en ultime recours.

Qui n'a jamais entendu dire : « le dentiste fait mal » ou « j'ai peur d'aller chez le dentiste » ?

Cette peur a plusieurs facteurs et peut être liée à la douleur ressentie par le patient quand il a une carie (douleurs au chaud ou au froid, pulsatiles parfois insomniantes) ou aux actes effectués (anesthésie, extractions, présence de sang dans la bouche) ou bien encore aux instruments et produits utilisés (aiguilles, daviers, turbine, fraises, ultra-sons) qui peuvent être impressionnants pour les enfants comme pour les adultes (Touati, 2010).

D'ailleurs cette peur est souvent trans-générationnelle. Les parents transmettent aux enfants leur crainte et l'utilise parfois même comme punition sans en mesurer réellement les conséquences psychologiques futures : « le dentiste va te faire une piqûre si tu es méchant ».

Pour les générations plus anciennes, elle est parfois acquise lors de soins effectués dans l'enfance.

Même si de nos jours, il existe différentes thérapeutiques pour accompagner les patients afin de diminuer leur anxiété (sédation consciente, hypnose, musicothérapie), leur application au quotidien par les chirurgiens-dentistes reste difficile. Il serait intéressant de promouvoir ces différentes techniques et de les rendre accessibles aux patients.

Notre étude montre également que les personnes jugeant leur état de santé orale comme mauvais sont plus à même de renoncer à consulter un chirurgien-dentiste. Elles ont également plus de dents cariées et à l'état de racine (figure 16).

La peur de la stigmatisation est justifiée par l'attitude de certains professionnels de santé qui ne souhaitent pas soigner certaines populations et notamment celles défavorisées.

La relation praticien/patient précaire est d'autant plus compliquée à instaurer que les profils et les attentes de chacun sont différents. Le manque de confiance réciproque pèse lourd dans la balance.

Pour les populations précaires, la honte ressentie face à une situation orale dégradée ou par le manque de moyen financier pèse dans la décision de commencer ou pas des soins. La thèse du Dr Léa Marchandot nous apprend que les personnes précaires interrogées lors de l'étude déclarent avoir eu des expériences négatives au cabinet dentaire ainsi que des « *expériences traumatisantes liées à la douleur, mais également du fait de leur incapacité à payer certains traitements...elles se sentent souvent stigmatisées, humiliées par leur situation de pauvre, et rapportent, parfois leur sentiment d'être exclues, d'être traitées différemment des autres* ».

Elle nous révèle également que « *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 » (Marchandot, 2014).

Les raisons principales de renoncement aux soins dentaires qui ressortent de notre étude (problèmes financiers, manque de temps, caractère non urgent ou non douloureux et la peur des soins) ne doivent toutefois pas faire oublier les autres (délai d'attente pour obtenir un rendez-vous trop long, démarches trop compliquées, problème de transport) car *in fine* c'est toute une série de raisons qui cumulées causent, lassitude, découragement et renoncement.

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 problèmes de transports.

Si les résultats de notre étude abondent les différentes enquêtes sur le sujet, deux points diffèrent quand même:

- Le premier est le taux de renoncement aux soins dentaires (sans précision du motif). Dans notre étude, il est de 32,1% alors que l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de 2007 donne un taux égal à 7% car notre échantillon est principalement composé de personnes en situation de précarité et nous savons que la précarité est un facteur de renoncement aux soins dentaires.
- Le deuxième est le taux de renoncement en fonction du sexe. Nous avons observé que les hommes renonçaient significativement plus que les femmes (tableau 2). Ce résultat diffère du résultat de la quatrième vague de l'enquête

SRCV de 2007 qui n'a pas montré de différence significative entre les hommes et les femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait que notre échantillon est majoritairement composé d'hommes.

4.3. Quelques exemples de solutions mises en place contre le renoncement aux soins

4.3.1. Mesures financières

Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont réagi face à ces inégalités d'accès aux soins médicaux et dentaires grâce à la création de dispositifs financiers.

- Une Aide Médicale d'Etat (AME) a été mis en place en 2000 pour toute personne résidant en France depuis trois mois sans titre de séjour réglementaire et disposant de ressources inférieures à un certain seuil. En 2016, plus de 300 000 personnes en bénéficient.

- Une Couverture Maladie Universelle complémentaire gratuite (CMUc) a été mis en place également en 2000 pour les revenus les plus bas, et a permis d'aider les bénéficiaires à accéder aux soins. En 2016, la CMUc compte 5.49 millions de bénéficiaires. Une étude (Raynaud, 2005) a révélé que la consommation de soins des assurés bénéficiant de la CMUc s'est alignée sur celle des assurés bénéficiant d'une complémentaire santé. Une autre étude (Jess, 2015) a montré son rôle protecteur. Par rapport aux personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire et qui présentent un profil socio-économique et un état de santé équivalent, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir à des soins dans l'année. S'ils étaient dépourvus de couverture complémentaire, ils seraient moins nombreux à recourir aux soins. La CMUc limite le renoncement aux soins pour raisons financières par rapport à l'absence de complémentaire. En effet, les bénéficiaires ont un risque presque deux fois plus faible de renoncer à des soins que les personnes sans complémentaire.

- Pour limiter l'effet de seuil lié au plafond de ressources, une Aide à la Complémentaire Santé (ACS) a été mise en place en 2005 (loi du 13 août 2004). Cette aide financière est destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel pour les personnes dont les revenus se situent jusqu'à 35 % au-dessus du plafond de la CMU-C. La création de l'ACS renforce la volonté des pouvoirs publics de permettre à la plus large population d'accéder aux soins. Elle compte aujourd'hui plus 1,5 millions de bénéficiaires.
- Instaurée par l'article 59 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMa) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie. Elle permet d'éviter les ruptures de droits en cas de changement de situation professionnelle (perte d'emploi...), familiale (séparation...) ou de résidence. Elle facilite ainsi la vie des assurés en simplifiant les démarches administratives. La PUMa remplace la Couverture Maladie Universelle de base (CMU) qui n'a plus lieu d'être.

Ces aides ont pour but de permettre à tous l'accès au système de santé et de diminuer ainsi le non recours aux soins des personnes précaires, pauvres ou en situation irrégulière.

Mais le renoncement aux soins n'est pas qu'une question d'argent.

Et malgré un budget annuel de près de 3,2 milliards d'euros par an consacré à ces aides, elles n'ont pas permis d'endiguer l'augmentation des renoncements aux soins dentaires pour raisons financières. Pour exemple, le taux de renoncement pour raisons financières des bénéficiaires de la CMUc est comparable à celui des autres assurés ayant une complémentaire (Boisguérin, 2009).

4.3.2. Mesures de prévention et d'aide à l'accès aux soins

Nous citerons quelques exemples de dispositifs utilisés depuis quelques années pour la prévention et pour favoriser l'accès aux soins de tous.

Le programme M'T dents mise en place en 2007 pour les 6, 9, 12, 15 et 18 ans et en 2018 pour les 21 et 24 ans par l'assurance maladie permet aux enfants, aux adolescents, aux jeunes adultes et aux femmes enceintes d'avoir un contact régulier avec un chirurgien-dentiste et de déceler une atteinte carieuse dans sa phase initiale permettant des soins moins coûteux pour le patient et la sécurité sociale.

Mais pourquoi ne pas étendre ce programme aux enfants de moins de 6 ans ?

Une étude de sensibilisation et de dépistage buccodentaire réalisée sur 7143 enfants de CP scolarisés en région Rhône-Alpes sur une période de deux ans (2013-2015) (UFSBD, 2016), a mis en évidence que la maladie carieuse était déjà installée pour 68% des enfants en denture temporaire mais aussi pour 12% des enfants en denture définitive.

Cette étude révèle également que pour 32% des enfants, cette visite est un premier contact avec un chirurgien-dentiste. Ce programme permettrait aux jeunes enfants, outre de les sensibiliser à l'hygiène et à une surveillance régulière buccodentaire, de les familiariser aux gestes et aux soins du chirurgien-dentiste afin de créer un lien de confiance durable entre celui-ci et l'enfant qui continuera à venir voir le professionnel de santé à l'âge adulte.

Pourquoi ne pas étendre également ce programme aux adultes ?

Pour les enfants qui ont bénéficié du programme de prévention, l'absence de suivi à l'âge adulte minore pour beaucoup les résultats obtenus dans l'enfance et l'adolescence en raison d'un recul net des visites chez le chirurgien-dentiste postérieurement.

Le programme permet également de réaliser des missions de prévention en milieu scolaire (maternelle et primaire) sous forme d'une séance de sensibilisation collective

à l'hygiène orale grâce à l'intervention d'étudiants en chirurgie dentaire et de professionnel de santé le tout géré par l'UFSBD.

Mais alors qu'en 2013, près de 250 000 enfants avaient profité du programme de sensibilisation à l'hygiène orale dans leurs écoles, une coupe budgétaire décidée par la COG 2014-2017 ne permettra plus qu'à 20 000 enfants d'en bénéficier en 2014 (UFSBD, 2014).

Nous citerons également quelques dispositifs utilisés pour lutter contre le renoncement aux soins des populations dites précaires.

Le taux de renoncement aux soins dentaires est plus important chez les personnes en situation de vulnérabilité.

Selon l'INSEE, en 2015 (Observatoire des inégalités, 2017), la France compte près de 8,9 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (dont trois millions d'enfants) soit 14,2% de la population vivant en France (si on fixe le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian, revenus après impôts et prestations sociales).

En 1987, Joseph Wresinski, fondateur du mouvement des droits de l'homme ATD Quart Monde défini la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leur droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives ». La précarité revêt un caractère multidimensionnel. Elle peut être temporaire ou permanente et est intimement liée à la pauvreté. Cette précarité, sociale, économique ou familiale, occupe le quotidien des personnes vulnérables et leur santé est relayée au second plan.

Cette population aux caractéristiques spécifiques justifie qu'on leur consacre une attention particulière. Il faut faciliter l'accès aux mesures existantes afin de diminuer le nombre de personnes exclues des parcours de soins et les accompagner tout au long du parcours.

Nous détaillerons deux exemples de dispositifs créés par les pouvoirs publics pour les populations fragiles.

- Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont été élaborés, pour la première fois, en 1999 en application des dispositifs de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. Elles ont été confirmées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ils constituent l'un des programmes obligatoire du Projet Régional de Santé (PRS) et visent les personnes les plus démunies. La finalité principale du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun.
- La loi 98-657 du 29 juillet 1998 a permis la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins (PASS). 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 de PASS dont une dédiée aux soins buccodentaires. Mais certaines faiblesses de ces structures émergent comme notamment le nombre insuffisant des effectifs médicaux ou encore la seule prise en charge des soins d'urgence (douleur, infection) sans prise en charge globale du patient. Le manque de PASS sur le territoire minore également l'efficacité de ce dispositif.

4.4. Solutions prometteuses pour lutter contre le renoncement aux soins

4.4.1. Améliorer et renforcer la prévention

Malgré les aides financières (CMUc, ACS), les dispositifs d'aide médico-social (PASS, PRAPS), un système d'assurance maladie universelle (PUMa), la présence d'associations d'aide aux plus démunis (Médecin du monde, Secours populaire), le renoncement est encore d'actualité.

Alors que faire pour éviter les renoncements aux soins encore trop fréquents ?

- Un seul mot : la prévention.

Elle se définit comme « un ensemble de mesures destinées à éviter un événement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité » (CNRTL).

D'ailleurs ne vaudrait-il pas mieux prendre des mesures en amont pour éviter les problèmes en aval ? Ne dit-on pas « mieux vaut prévenir que guérir » ?

En plus, nous savons que cela fonctionne.

D'après une enquête effectuée par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (Danet, 2011) à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), l'indice CAO moyen à 6 ans est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006. Il en est de même pour l'indice CAO moyen à 12 ans qui a vu son chiffre chuter de 4,2 à 1,23 en près 20 ans.

L'indice CAO représente le nombre moyen de dents cariées(C), absentes pour cause de caries(A) ou obturées(O).

La mise en place de campagnes d'informations dans les médias sur l'hygiène orale ainsi que la mise en place d'intervention de prévention effectuée par des étudiants et des chirurgiens-dentistes dans les écoles maternelles et primaires expliquent en partie ces bons résultats même si d'autres facteurs entrent également en compte (effet préventif du fluor, progrès de l'hygiène bucco-dentaire...).

Au sujet de la prévention, nous soulignerons que les campagnes de prévention réalisées en population générale sont moins efficaces auprès des populations vulnérables du fait de leur moindre réceptivité à ces messages. La thèse du Dr Léa Marchandot révèle que les populations précaires ont « des difficultés...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 ».

Si nous voulons une meilleure efficacité, une attention toute particulière devra être apportée à ces populations et la prévention devra s'appuyer sur une double stratégie :

- Une prévention populationnelle qui concerne la population générale avec les acteurs habituels (médias, professionnels de santé...)
- Une prévention ciblée sur les populations vulnérables avec un accompagnement plus important et un message adapté (Centre d'Examen de Santé, Assurance Maladie, professionnels de santé, étudiants, monde associatif, services sanitaires et sociaux...)

- La prévention passe aussi par l'éducation.

Dans le secteur médical, la mise en place de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est une avancée certaine en matière de prévention. Elle permet au patient porteur d'une pathologie chronique d'acquérir ou de maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa maladie chronique.

Malgré le lien étroit entre la santé orale notamment les maladies parodontales et la santé générale, l'éducation à l'hygiène orale reste absente des actions éducatives classiquement mise en œuvre par les différentes spécialités médicales et paramédicales.

Il serait donc intéressant d'intégrer les chirurgiens-dentistes aux réseaux et aux parcours de soins qui prennent en charge des populations spécifiques comme les patients atteints de maladies cardio-vasculaires, les patients diabétiques, alcooliques ou encore les patients en cours de traitement de chimiothérapie ou radiothérapie.

Pourquoi ne pas créer une éducation en santé dédiée à la santé bucco-dentaire ?

L'assurance maladie pourrait prévoir un examen spécifique dédié aux personnes vulnérables (personnes en situation de handicap, en situation de précarité, porteuses d'une maladie chronique...) et prendre en charge à 100% le traitement associé (détartrage, surfaçage, maintenance parodontale...).

Lors d'un entretien personnalisé, le chirurgien-dentiste pourrait éduquer le patient en lui parlant du processus carieux, des maladies parodontales, des conséquences de la prise de certains médicaments sur la sphère orale mais aussi des conséquences éventuelles des pathologies orales sur ses autres pathologies afin que le patient prenne conscience de l'importance d'une bonne santé orale.

- La prévention passe également par le décroisement de la profession.

Trop longtemps considéré comme exclusivement le domaine des chirurgiens-dentistes, la sphère orale et ses conséquences sur la santé ont été négligé par le corps médical. Les parcours de soins médicaux et dentaires sont trop indépendants les uns des autres alors qu'il existe un lien étroit de causalité entre la santé orale et la santé générale. Il s'agirait que tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux aient des cours sur la santé buccodentaire et sa prévention pendant leurs études pour que tout le monde puisse agir chacun à son niveau.

- La prévention passe aussi par la revalorisation de ses actes.

Si nous voulons que cette mesure soit adoptée par tous les professionnels de santé et qu'elle soit efficace, il faut permettre aux acteurs de la bonne santé buccodentaire d'accorder plus de temps à celle-ci et d'être rémunéré à la hauteur du travail effectué.

Le détartrage constitue la mesure de prévention de base la plus efficace contre l'apparition de maladies parodontales. Mais à l'heure actuelle, la cotation de l'assurance maladie ne permet pas que cet acte soit réalisé correctement et selon les données acquises de la science. Le surfaçage aussi, permettant un nettoyage en profondeur de l'organe dentaire et de ses tissus environnants, n'est même pas pris en charge par la sécurité sociale.

La pose de vernis et gels fluorés n'est pas pris en charge alors que l'indication est posée pour les individus à risque carieux élevé et que ceux-ci se recrutent majoritairement dans les milieux les moins favorisés.

Nous pouvons noter également que la France reste un des derniers pays développés à ne pas posséder d'hygiénistes dentaires et que la TVA sur les produits d'hygiène dentaire est au taux fort.

Il faudrait donc un engagement plus conséquent des pouvoirs publics. Mais la volonté de réduire l'accroissement des dépenses de soins a conduit à juxtaposer des mesures visant à réduire les coûts. Ces mesures ont eu un impact sur l'ensemble de la population mais plus particulièrement sur les personnes les plus défavorisées, les conduisant à rogner encore plus sur leurs dépenses de santé.

La Cour des Comptes souligne dans son rapport de 2016 (Cour des Comptes, 2016), un désengagement continu de l'assurance maladie pour les soins dentaires.

Le niveau de remboursement des soins dentaires par l'Assurance Maladie ne correspond plus au contexte économique actuel.

Ces derniers ne sont plus remboursés qu'à hauteur de 33% par l'Assurance Maladie. Les assurances complémentaires et les assurés financent le reste (respectivement 39% et 25%). D'où une augmentation des cotisations des complémentaires et un reste à charge toujours plus important pour les assurés devenant ainsi le motif essentiel de renoncement aux soins dentaires et creusant encore plus les inégalités d'accès aux soins.

Pour les moins de 18 ans, la France pourrait s'inspirer de modèles européens et dispenser les familles de l'avance de frais pour tous les soins (hors prothèses et orthodontie) avec un système de remboursement aux professionnels plus efficient que celui proposé actuellement.

- Citons en exemple un pays voisin : l'Allemagne.

La prise en charge des soins dentaires est plus généreuse dans l'autre côté du Rhin. En effet la part de la dépense dentaire pris en charge par l'assurance maladie légale se monte à 68%, ne laissant qu'un reste à charge de 22% aux assurances privées et de 10% aux ménages.

L'Allemagne serait-elle un modèle à suivre en termes de prévention ?

Elle fait figure de bon élève européen en matière d'accès aux soins dentaires. Sa politique de santé est basée sur le maintien d'une bonne santé dentaire et au dépistage précoce des caries.

Le taux de renoncement aux soins dentaires est bien inférieur à la moyenne Européenne (1% contre 6%) (D&consultants, 2018).

Plusieurs explications sont possibles :

- Le nombre de dentistes pour 100 000 habitants est supérieur à la moyenne Européenne et Française (86 contre 71 et 65 respectivement).
- Le régime de base allemand offre une très bonne prise en charge pour les soins prophylactiques et conservateurs, particulièrement pour les mineurs contrairement à la France où ces soins-là sont mal remboursés voire pas du tout remboursés. L'Allemagne a fait le choix d'une politique de prévention dense encourageant la consultation régulière chez les dentistes notamment pour les enfants, les personnes âgées, en situation de handicaps, les personnes atteintes de maladies génétiques ou victimes d'accidents graves. Elle a créée des programmes de prévention dans les établissements scolaires de 3 à 12 ans sous forme de consultations collectives (enseignement à l'hygiène, alimentation, détection carie, traitements au fluor). Les personnes âgées et handicapées bénéficient de mesures de prévention supplémentaires avec la visite de dentistes sur les lieux de résidences des patients.
- Les cabinets dentaires fonctionnent avec un fort soutien des auxiliaires dentaires tel que des assistants spécialisés et des hygiénistes qui s'occupent de la prévention et déchargent le dentiste qui peut se consacrer aux soins plus complexes.
- L'Allemagne a choisi de rendre le patient acteur de sa santé. Elle a mis en place un suivi dentaire annuel obligatoire dont le respect conditionne le niveau de couverture des soins prothétiques : la prise en charge est maximale pour le patient qui respecte ce suivi et minimal pour le patient qui s'y soustrait.

Même si ce système n'est pas parfait (lourdeur administrative dans la gestion de la facturation des actes), il peut se targuer de limiter les renoncements grâce à son approche plus préventive que curative.

4.4.2. Améliorer la détection et l'accompagnement des renonçants

Force est de constater que les dispositifs financiers seuls ne suffisent pas à faire baisser le taux de renoncement aux soins, l'Assurance Maladie décide de créer un dispositif de détection et d'accompagnement garantissant la réalisation effective des soins : la Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS).

Cette démarche est née en 2014, à l'issu d'un diagnostic approfondi visant à éclairer le phénomène du renoncement aux soins dans le Gard puis s'est progressivement généralisée à l'ensemble du territoire.

La PFIDASS a pour but d'identifier les personnes en situation de renoncement aux soins, en coopération étroite avec les acteurs médico-sociaux de l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et les partenaires institutionnels et associatifs du tissu local, afin de leur proposer des solutions personnalisées et de les accompagner jusqu'à ce que les soins nécessaires soient réalisés.

Après détection du renoncement (à l'aide d'un formulaire ou suite à une demande spontanée de l'assuré) il s'agit dans un premier temps de réaliser un bilan exhaustif des droits avec éventuellement un soutien pour aider à bénéficier des droits adéquats.

Dans un deuxième temps, il permet d'accompagner et d'orienter les assurés vers les professionnels de santé.

Dans un dernier temps, il permet de rechercher des solutions de financement pour le reste à charge.

Mais le dispositif ne s'arrête pas là, il vérifie également la réalisation des soins.

Et les résultats sont encourageants.

En effet, depuis le lancement de la première expérimentation dans le département du Gard le 17 novembre 2014, 35 433 assurés ont pu bénéficier de ce dispositif de lutte contre le renoncement aux soins et sur l'ensemble des dossiers clôturés :

- près d'un dossier sur deux a abouti à la réalisation de soins
- 4480 assurés ont pu bénéficier d'un plan d'accompagnement financier
- 12701 assurés ont vu leurs droits mis à jour (58% pour l'attribution de la CMUc ou ACS et 42% pour une complémentaire santé)

Pour ce qui est de la satisfaction des personnes prises en charges, une enquête a révélé que plus des deux tiers des personnes qui ont réalisé leurs soins (66,3%) pensent qu'elles n'auraient pas pu le faire sans l'appui du conseiller Assurance Maladie.

5. Conclusion :

Notre étude a voulu confirmer que le renoncement aux soins n'était pas marginal et qu'il concernait toute la population (même s'il est plus marqué chez les populations défavorisées).

Le principal motif de renoncement reste la raison financière.

Elle a permis également de mettre en évidence une différence entre les populations dites précaires de celles dites non précaires. Les priorités de vie ne sont pas les mêmes pour les personnes à faible revenu. La santé passe bien après l'alimentation ou le logement.

Le profil des personnes renonçant aux soins dentaires a été dessiné. Elles sont majoritairement en situation de précarité, ne consultent pas régulièrement un dentiste, ont plus de dents cariées et à l'état de racine et considèrent leur santé orale comme mauvaise.

Malgré les multiples prises de conscience collectives récentes (création CMUc, ACS, aide financière pour des soins dentaires, M'T dents, PASS, PRAPS, etc....), la France connaît encore des inégalités d'accès aux soins surtout dans les milieux les plus défavorisés et ce malgré un système d'assurance maladie universelle dont l'objectif premier était d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale. Cette prise de conscience arrive un peu tardivement dans un contexte économique difficile où les économies sont de rigueur.

Pour qu'une mesure soit efficace, elle doit s'inscrire dans la durée or ces mesures changent régulièrement au grès des différents gouvernements qui se succèdent.

A noter que la mauvaise image de la profession persiste dans notre société malgré une amélioration des techniques et des thérapeutiques et engendre encore beaucoup de réticence de la part de la population.

Là où le bas-blesse c'est que le système français reste essentiellement curatif alors qu'il devrait être préventif.

Le manque de prévention, d'informations des patients sur leurs droits mais aussi sur leurs devoirs concernant leur santé orale, entraînent des traitements plus complexes et plus onéreux pour le patient mais aussi pour le système social qui est à bout de souffle.

La voie principale pour lutter contre le renoncement ou le non recours aux soins est la prévention, la promotion à la santé et l'éducation en santé des patients car le patient doit être l'acteur principal de sa santé générale dépendante d'une bonne hygiène orale. Mais pour cela, il doit connaître les méfaits à court comme à long terme du manque d'attention porté à sa santé orale. Il serait judicieux d'ancrer dans les consciences l'importance de rendez-vous de contrôle ou de dépistage, en amont de toutes lésions ou processus douloureux.

Avec l'aide des professionnels de santé, des institutions et des associations, il semble nécessaire de favoriser des plans locaux de prévention, d'information et d'éducation à la santé adaptés aux caractéristiques de chaque groupe social (populations fragiles, en situation de handicap, personnes âgées, enfants...).

ANNEXE 1

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire
ANONYME et FACULTATIF sur votre état de santé
buccodentaire

Au cours de ces 3 derniers mois	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1- Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires?					
2- Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme?					
3- Avez-vous pu avaler confortablement?					
4- Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez?					
5- Avez-vous pu manger de tout (sans ressentir une sensation d'inconfort)?					
6- Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de l'état de vos dents ou de vos appareils dentaires?					
7- Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents , de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?					
8- Avez-vous pris un (des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche?					
9- Vos problèmes de dents , de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?					
10- Vous êtes vous senti(e) gêné(c) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires?					
11- Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires?					
12- Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid au chaud ou aux aliments sucrés?					

Veuillez tourner la page svp ➡

• **L'année dernière, avez-vous consulté un dentiste?**

- ☐ 0 fois
☐ 1 fois
☐ 2 fois
☐ 3 fois et plus

• **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à effectuer des soins dentaires?**

- ☐ Oui
☐ Non

• **Si oui, pour quelles raisons?**

- ☐ Problème d'accès aux soins : ouverture de droits non valide
☐ Problème d'accès aux soins : absence de complémentaire
☐ Problème d'accès aux soins : démarches trop compliquées
☐ Raisons financières : avance de frais
☐ Raisons financières : reste à charge
☐ Problème de transport
☐ Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous
☐ Manque de temps
☐ Caractère non urgent ou non douloureux
☐ Crainte du dentiste
☐ Autres

• **Avez-vous connaissance de structures où vous n'auriez pas à avancer vos frais de santé dentaire (hôpitaux, centres de soins dentaires...)?**

- ☐ Oui
☐ Non

Fin du questionnaire

Cadre réservé à l'administration

Sexe: F M
 Age: 18-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79
 80-89 >90
 Score EPICES: <30 ≥30
 CSP:
 Tabac: non fumeur fumeur nombre cigarettes par jour nombre d'années
 Alcool: jamais rarement certains jours tous les jours

Etude réalisée en vue d'une thèse de doctorat en chirurgie dentaire (faculté d'odontologie - CHRU Nancy):
 santé bucco-dentaire et qualité de vie
 renoncement aux soins dentaires et ses raisons
 Vous possédez un droit d'accès et de rectification ainsi qu'un droit d'opposition conformément à la loi de 6
 janvier 1978, vous pouvez donc sortir de cette étude à tout moment en contactant le centre d'examen de
 santé de Metz au 03 87 31 31 31

merci de votre participation

ANNEXE 2

L'examen bucco-dentaire

BUCCODENT		Date				14/09/2018			
Patient Name		X-ray				X-ray			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

(Les couleurs : noir = impression en noir et blanc, les couleurs : orange, de gris clair à gris foncé)

- [illegible]

Présence :

Conseils et suivi bucco-dentaire :

Commentaires :

BIBLIOGRAPHIE

Ameli. La Protection Universelle Maladie [Internet]. 2017 [consulté le 10 octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990; 54(11): 680-7.

Azogui-Lévy S, Lombrail P, Riordan PJ, Brodin M, Baillon-Javon E, Pirlet MC, et coll. Evaluation of dental care program for school beginners in a Paris suburb. Community Dent Oral Epidemiol, 2003; 31(4): 285-291.

Azogui-Lévy S, Rochereau T. Comportement de recours aux soins et santé bucco-dentaire : Exploitation de l'enquête SPS 2000. Questions d'économie de la santé. 2005 ; 94 : 1-8.

Berthelot JM, Le Goff B. Rheumatoid arthritis and periodontal disease. Joint Bone Spine. 2010; 77(6): 537-41.

Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et coll. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications: The EPICES score. Diabetes Care. 2005; 28(11): 2680-5.

Boisguérin B, Després C, Dourgnon P, Fantin R, Legal R. Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C : une approche par le renoncement aux soins. Dans : IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), Enquête sur la santé et la protection sociale 2008, Rapport n° 547. Paris : IRDES ; 2010. p.31-40.

Boisguérin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? . Etud résult.- Minist empl solidar DREES. 2009 ; 675.

CNLE (Centre National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion), les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. 2009 [consulté le 7 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.cnle.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins.html>

CNLE (Centre National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion), les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins [Internet]. 2009 [consulté le 7 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.cnle.gouv.fr/les-programmes-regionaux-pour-l.html>

CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Prévention [Internet]. 2012 [consulté le 28 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/prevention>

CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Renoncer [Internet]. 2012 [consulté le 1 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/renoncer>

Chardon O, Guignon N, De Saint Paul T. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013: des inégalités dès le plus jeune âge. Etud résult.- Minist empl solidar DREES. 2015 ; 920.

Constitution du 24 juin 1793, Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen [Internet]. 1793 [consulté le 26 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-du-24-juin-1793.5084.html>

Convers M, Langeron A, Sass C, Moulin JJ, Augier A, Varlet MN, et coll. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. Gynecol Obstet Fertil. 2012 ; 40(4) : 208-12.

Cour des Comptes. Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : Cour des comptes ; 2016. Chapitre VI, Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder ; p. 247-286.

Cour des Comptes. Rapport 2009 sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale. Paris : La documentation française ; 2009. Chapitre IX, Les centres d'exams de santé ; p. 243-262.

D&consultants, Carlac'h D, Ouairdhi M, Romeo K. L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-bas. Série Etudes et recherche, DREES. 2018 ; 136. 74p.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991. 69p.

Danet S (dir). L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique : rapport 2011 [Internet]. Paris : DREES ; 2011 [consulté le 16 octobre 2018]. Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans ; p. 320-321. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_78_affect_buccodentaires_obj91.pdf

Darré L, Vergnes JN, Gourdy P, Sixou M. Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: A meta-analysis of interventional studies. *Diabetes Metab.* 2008; 34(5): 497-506.

Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'Économie de la Santé.* 2011 ; (169).

Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot R. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Question d'économie de la Santé.* 2011 ; (170).

Després C. Le renoncement aux soins pour raisons financières : Analyse socio-anthropologique. *Série Etudes et recherche, DREES.* 2012 ; 119.

Després C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sci soc santé.* 2013 ; 31(2) : 71-96.

Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Document de travail IRDES. 2012 ; (47).

Grand Larousse. Renoncer [Internet]. [consulté le 1 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/renoncer/68216>

Hassoun D. Précarité et état de santé bucco-dentaire. *Bulletin d'information en économie de la santé.* 1998 ; (16).

HCSP (Haut Conseil de la Santé Public). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : la Documentation Française ; 2009. 101 p.

Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Etud résult.- Minist empl solidar DREES. 2015 ; (944) : 6p.

Lang T, Kaminski M, Leclerc A. Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health: a French perspective. European Journal of Public Health. 2009; 19(2): 133-5.

Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte ; 2000. 448 p.

Legal R, Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières. Doss Solidar Santé. 2015 ; (66) : 26p.

Légifrance. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé [Internet]. 2018 [consulté le 1 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332&categorieLien=cid>

Légifrance. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. 2017 [consulté le 23 septembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>

Légifrance. Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale [Internet]. 2012 [consulté le 23 septembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000509071&dateTexte=20170727>

Légifrance. Ordonnance N° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances Sociales applicables aux assurés des professions non agricoles [Internet]. 2018 [consulté le 1 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333985&categorieLien=cid>

Le Littré. Renoncer [Internet]. [consulté le 1 décembre 2017]. Disponible sur : <https://www.littre.org/definition/renoncer>

Lockhart PB, Brennan MT, Thornhill M, Michalowicz BS, Noll J, Bahrani-Mougeot FK, et coll. Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. Journal of the American Dental Association (1939). 2009; 140(10): 1238-44.

Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile [Internet]. 2006 [consulté le 23 novembre 2017]. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

Marchandot L. 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 [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henry Poincaré. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2014. 228p.

Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, Sass E, Gerbaud L, Guéguen R. Inégalité de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bull Epidemiol Hebdo. 2005 ; (43) : 213-216.

Observatoire des inégalités. L'état de la pauvreté en France. Notes de l'Observatoire. 2017 ; (4) : 8p.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 1948 [consulté le 26 mars 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Rapport sur la santé dans le monde 2003 : façonner l'avenir [Internet]. 2003 [consulté le 10 octobre 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf?ua=1

Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Etud résult.-Minist empl solidar DREES. 2005 ; 378.

Sass C, Guégen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et coll. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé publique. 2006 ; 18(4) : 513-522.

Sass C, Guégen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et coll. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebdo. 2006 ; 14 : 93-96.

Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM et Paris S. Socioeconomic Inequality and Caries : A Systematic Review and Meta-Analysis. JDR 2014; 94(1): 10-18

Touati G. La peur des soins dentaires : gestion des patients phobiques [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henri Poincaré. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2010. 89p.

Townsend P. Poverty in the United Kingdom: A Survey of Household Resources and Standards of Living. Great Britain: University of California Press; 1979. 1220p.

Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31(4): 275-84.

UFSBD. Faut-il repenser le ciblage des actions de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire [Internet]. 2016 [consulté le 7 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/06/ID-14-d%C3%A9c-2016-faut-il-repenser-le-ciblage-des-actions-de-pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-milieu-scolaire.pdf>

UFSBD. Rentrée 2014 – Programme M'T Dents : la sensibilisation collective à la santé disparaît pour 250.000 enfants. [Internet]. 2014 disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/Suppression-des-programmes-d'accompagnement-MT-Dents-%C3%A0-l-%C3%A9cole-une-d%C3%A9cision-qui-inqui%C3%A8te-l'UFSBD.pdf>

Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. 1987 [consulté le 20 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>

Yeni I, Simon Delavelle F et Nizri D. Le remboursement des frais dentaires. Les tribunes de la santé. 2017 ; 4(57) : 63-70.

HENSCHEN Frédérique – Motifs de renoncement aux soins dentaires. Etude menée au Centre d'Examens de Santé et de Médecine Préventive de Moselle Nancy 2018 : 68 pages. 17 figures ; 5 tableaux.
Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2018

Mots-clefs :

- Renoncement
- Soins dentaires
- Précarité
- Centre d'Examens de Santé

Résumé :

En dépit des objectifs énoncés par l'OMS de respect du principe d'équité horizontale, on observe des inégalités sociales d'accès aux soins et ceux malgré la présence d'un système assurantiel à vocation universelle fondé il y a plus de 70 ans. Ces inégalités sociales sont encore plus marquées dans les groupes sociaux en situation de précarité.

Une étude observationnelle réalisée au Centre d'Examens de Santé de Metz sur un échantillon de mille personnes effectuant un bilan de santé a permis de connaître les principaux motifs de renoncements aux soins dentaires et de dresser le profil des personnes renonçant aux soins dentaires.

Les mesures actuelles de lutte contre le renoncement aux soins sont-elles efficaces ? Que pourrions-nous faire pour éviter les renoncements aux soins dentaires et pour limiter les inégalités d'accès aux soins et d'utilisation des services de santé ?

Membres du jury :

Pr. J.-M. Martrette	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. Clément</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directrice de thèse</u>
Dr. A. Baudet	Assistant Hospitalo- Universitaire	Juge
Dr P. Margaroli	Docteur en médecine	Juge

Adresse de l'auteur :

Frédérique HENSCHEN
9 rue du Parc
57680 CORNY/MOSELLE