



HAL
open science

Prise en charge des soins bucco-dentaires en ambulatoire chez les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale en Lorraine

Clara Tettamanti

► **To cite this version:**

Clara Tettamanti. Prise en charge des soins bucco-dentaires en ambulatoire chez les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. hal-03297990

HAL Id: hal-03297990

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297990v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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 2019

N°10577

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Clara TETTAMANTI

Née le 09 août 1992 à Essey-lès-Nancy (Meurthe et Moselle)

**Prise en charge des soins bucco-dentaires en
ambulatoire chez les enfants en situation de
vulnérabilité économique et sociale en Lorraine**

Présentée et soutenue publiquement le 18 janvier 2019

Examineurs de la thèse :

Dr. E. MORTIER	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLEMENT</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Directeur</u>
Dr. D. DROZ	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. H. BOISSONNAT-PELSY	Chirurgien-dentiste	Juge
Dr. A. BANNAY	Chirurgien-dentiste	Juge

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

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

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

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme	DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme	JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M.	PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme	HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences *
	M.	LEFAURE Quentin	Assistant
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme	DARSAT Claire	Assistante*
	M.	EGLOFF Benoît	Maître de Conférences *
	Mme	GREGOIRE Johanne	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme	LAWTON Mathilde	Assistante
	Mme	CLÉMENT Céline	Maître de Conférences *
	M.	BAUDET Alexandre	Assistant *
Département Parodontologie Sous-section 57-01	Mme	NASREDDINE Greyce	Assistante
	M.	AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme	BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M.	JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M.	LACH Patrick	Assistant
	Mme	MAYER-COUPIN Florence	Assistante
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme	PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	Mme	GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de Conférences *
	M.	BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme	PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M.	CLERC Sébastien	Assistant*
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M.	HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme	KICHENBRAND Charlène	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	M.	YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences *
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M.	MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme	EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
	M.	MORTIER Éric	Professeur des Universités *
	M.	AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M.	ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M.	VINCENT Marin	Maître de Conférences*
	Mme	GEBHARD Cécile	Assistante
	M.	GEVREY Alexis	Assistant
Département Prothèses Sous-section 58-01	M.	GIESS Renaud	Assistant *
	M.	DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M.	SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme	VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme	CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M.	CIESLAK Steve	Assistant
	M.	HIRTZ Pierre	Assistant *
	M.	MAILLET Maxime	Assistant
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme	MOEHREL Bethsabée	Assistante
	M.	VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme	STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme	MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M.	SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 01/09/2018

À notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Éric Mortier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré en physique-chimie de la matière et des matériaux

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du département de dentisterie restauratrice, endodontie

Chef du service d'odontologie du CHRU de Nancy

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

À notre juge et directeur de thèse,

Madame le Docteur Céline Clément

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé,
odontologie légale

Vice-Doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Expert près de la cour d'appel de Nancy

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

À notre juge,

Madame le Docteur Dominique Droz

Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur de l'Université Henri Poincaré Nancy
Maitre de conférences – Praticien Hospitalier
Responsable du département d'odontologie pédiatrique

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

À notre juge,

Madame le Docteur Huguette Boissonnat-Pelsy

Docteur en Chirurgie Dentaire

Département santé ATD Quart-Monde

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

À notre juge,

Madame le Docteur Aurélie Bannay

Docteur en Chirurgie Dentaire,
Praticien Hospitalier Universitaire
Service d'Évaluation et D'Information Médicales

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

Sommaire

SOMMAIRE	9
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	10
INTRODUCTION	12
1. PREAMBULE SUR L’OFFRE DE SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE EN FRANCE	14
1.1. PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE : AME, CMU ET ACS	14
1.2. MESURES MISES EN PLACE POUR LA PAUVRETE DES ENFANTS	21
1.3. LES FREINS A L’ACCES AUX SOINS LIES	23
1.4. LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE : SES ORIGINES, SON CALENDRIER, UNE VOLONTE AFFICHEE.....	29
2. ÉPIDEMIOLOGIE	32
2.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LA POPULATION CARACTERISEE PAR LE TERME « ENFANTS EN SITUATION DE VULNERABILITE »	32
3. LE PARCOURS DE SOINS DE L’ENFANT EN SITUATION DE PAUVRETE .	44
3.1. MODE DE PRISE EN CHARGE CLASSIQUE EN CABINET LIBERAL.....	44
3.2. PRISE EN CHARGE AU SEIN DU SERVICE D’ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE EN MILIEU HOSPITALIER	45
3.3. PRISE EN CHARGE DE CES ENFANTS, REFUS ET RENONCEMENT DE SOINS – ÉTUDE QUALITATIVE.....	49
4. ÉTUDE QUANTITATIVE REALISEE AU SEIN DU CHRU DE NANCY-BRABOIS	68
4.1. MATERIEL ET METHODE	68
4.2. RESULTATS	71
5. DISCUSSION	79
5.1. À PROPOS DE L’ETUDE QUALITATIVE	79
5.2. À PROPOS DE L’ETUDE QUANTITATIVE.....	83
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES	98
TABLE DES MATIERES	105

Liste des figures et des tableaux

FIGURE 1 : L'ACS. : UNE AIDE POUR FINANCER UNE COMPLEMENTAIRE SANTE, CORNU PAUCHET, 2018.....	19
FIGURE 2 : SITUATION GENERALE, MEDICALE ET/OU BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PATIENTS REFERES, FOCK-KING, 2018	44
FIGURE 3: LES INDICATIONS D'ANESTHESIE GENERALE, PREVOST, 2015	46
FIGURE 4 : NATIONALITE DE L'ECHANTILLON	51
FIGURE 5 : REVENUS DES FAMILLES DE L'ECHANTILLON.....	51
FIGURE 6 : PROTECTION SOCIALE DES FAMILLES.....	52
FIGURE 7 : CATEGORIE D'EMPLOI DES FAMILLES	53
FIGURE 8 : TYPE DE LOGEMENT DES FAMILLES	54
FIGURE 9 : LES SOURCES DE RENSEIGNEMENTS EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE.....	56
FIGURE 10 : CHOIX DE LA STRUCTURE POUR LES SOINS BUCCODENTAIRE.....	57
FIGURE 11: LES CAUSES DE REFUS DE RENDEZ-VOUS.....	57
FIGURE 12 : LES MOTIFS D'UNE PRISE EN CHARGE EN MILIEU HOSPITALIER	58
FIGURE 13 : TRANCHE D'AGE DES PRATICIENS INTERROGES	61
FIGURE 14 : LIEU D'EXERCICE DES PRATICIENS INTERROGES	61
FIGURE 15: MODE D'ORGANISATION EN FONCTION DU TYPE DE PATIENT	62
FIGURE 16 : MOTIFS DE REFUS DES PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMU OU DE L'AME ...	63
FIGURE 17 : PART D'ENFANTS EN SITUATION DE VULNERABILITE PRIS EN CHARGE	64
FIGURE 18 : MOTIFS DE RENVOI DES PATIENTS EN SECTEUR HOSPITALIER	66
FIGURE 19 : NOMBRE SEJOURS EN AMBULATOIRE POUR DES SOINS BUCCODENTAIRES SOUS ANESTHESIE GENERALE EN FONCTION DE L'ANNEE	71
FIGURE 20 : REPARTITION DES SEJOURS EN FONCTION DE L'AGE	72
FIGURE 21 : NOMBRE SEJOURS ENFANTS EN SITUATION DE VULNERABILITE	73
FIGURE 22 : REPARTITION SEJOUR ENFANTS EN SITUATION DE VULNERABILITE EN FONCTION DE L'AGE	74
FIGURE 23 : DISTRIBUTION DES PATIENTS EN FONCTION DU MOTIF DE L'INTERVENTION	75
FIGURE 24 : DISTRIBUTION DES ACTES EN FONCTION DU TYPE DE DENTURE.....	76
FIGURE 25 : ACTES REALISES SOUS ANESTHESIE GENERALE POUR DES SOINS BUCCODENTAIRES.....	76

FIGURE 26 : NOMBRE DE PATIENTS AVEC UNE AUTRE VENUE DANS LE SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE SUITE A L'INTERVENTION SOUS ANESTHESIE GENERALE	77
FIGURE 27 : DELAI MOYEN ENTRE L'HOSPITALISATION ET LA VENUE SUIVANTE AU SEIN DU SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE (JOURS)	78
TABLEAU 1 : LES SEUILS DE PAUVRETE SELON LE TYPE DE MENAGE (UNITE : EUROS), INSEE, 2016	34
TABLEAU 2 : LA PAUVRETE SELON LE TYPE DE MENAGE (SEUIL FIXE A 50% DU NIVEAU DE VIE MEDIAN), INSEE, 2015.....	39
TABLEAU 3 : PART DES ETRANGERS ET DES IMMIGRES DANS LA POPULATION TOTALE (EN %), INSEE, 2013.....	41
TABLEAU 4 : LA PAUVRETE SELON L'ORIGINE (EN %) (SEUIL FIXE A 60% DU NIVEAU DE VIE MEDIAN), INSEE, 2015.....	42
TABLEAU 5 : SITUATION GENERALE ET MEDICALE DES ENFANTS PRIS EN CHARGE SOUS ANESTHESIE GENERALE	85

Introduction

En France, le système de soins repose, semble-t-il, sur une politique de plus en plus curative et non préventive. En effet, l'Assurance Maladie ne couvre que les soins dits « vitaux » tandis que les soins de confort ne sont pas ou peu pris en charge. De plus en plus de familles renoncent donc aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières, laissant parfois les enfants dans des situations médicales insupportables.

Au détour de nos stages en secteur hospitalier dans les services d'odontologie du CHR de Thionville ainsi que du CH d'Épinal, nous avons été marqués par le nombre croissant d'interventions pour des soins buccodentaires chez des enfants, réalisées sous anesthésie générale en ambulatoire. Mais quelle est, en réalité, la population concernée par ce type de prise en charge ?

Pour de plus en plus de familles en situation de vulnérabilité, le parcours de soins chez les chirurgiens-dentistes libéraux semble souvent compliqué. Alors existe-t-il une prise en charge particulière pour cette population qui semble en rupture avec la médecine bucco-dentaire ?

Dans un système de santé où les inégalités sociales priment et où la santé bucco-dentaire est très largement liée aux conditions de vie, à l'alimentation, à l'habitat, au comportement et à la culture des individus, les conditions socio-économiques sont un facteur déterminant. Plusieurs points dès lors nous interpellaient : la préservation de la santé dentaire pour tous, l'accès aux soins de ville et les politiques de prévention insuffisantes.

L'objectif de ce travail était, d'une part de mener une étude qualitative auprès de chirurgiens-dentistes et de familles en situation de vulnérabilité afin de connaître leur vécu, leurs représentations et leur comportement en santé bucco-dentaire ; d'autre part, de mener une étude quantitative au sein du CHRU dans le secteur d'Odontologie pédiatrique de Nancy-Brabois afin de fournir un état des lieux de la prise en charge des enfants en ambulatoire pour leurs soins bucco-dentaires en secteur hospitalier, de tracer le profil de la population soignée ainsi que d'analyser différents paramètres tels que le nombre de séjour ou encore les actes effectués, en les confrontant aux données de la littérature.

Après avoir exposé les grandes lignes de l'offre de soins pour les personnes en situation de vulnérabilité en France et présenté la méthodologie des études, nous donnerons les résultats et leur analyse et essaierons de proposer des pistes de réponse.

1. Préambule sur l'offre de soins pour les personnes en situation de vulnérabilité en France

1.1. Protection sociale des personnes en situation de vulnérabilité : AME, CMU et ACS

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la France voit naître une institution majeure, la Sécurité Sociale. Elle correspond à une refonte juridique du système de protection sociale par la prévention et/ou la réparation de cinq risques majeurs : la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès. L'ordonnance du 19 octobre 1945 consacre ces risques et les fonde comme universels, propres à tous les hommes, quelle que soit leur situation. Son projet était alors d'institutionnaliser le risque social. A contrario du risque individuel, le risque social correspond à une situation qui met en péril la vie ou la dignité du travailleur, indépendamment de sa personne : ces risques sont pensés comme inévitables, et donc universels. Il s'agissait de proposer un nouveau modèle de société, fondé sur la solidarité et l'universalité.

Le système de protection sociale français correspond à la synthèse des systèmes allemand et anglo-saxon, respectivement Bismarckien et Beveridgien. Si le premier est un système fondé sur le travail salarié, le second vise à la protection universelle de tous les citoyens, « *From womb to tomb* » (du berceau à la tombe). Dans cette optique, la protection a lieu tout au long de la vie de la personne. Cette synthèse est énoncée dans un texte issu du programme d'action du Conseil National de la Résistance, adopté clandestinement le 15 mars 1944, qui entend fonder une sécurité sociale construite autour du travail salarié et donnant une plus grande marge de décision à la fois à l'État et aux salariés.

Les ordonnances de 1945 fondent la Sécurité sociale et appellent à la mise en place d'une Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), avec pour projet de protéger tous les citoyens de risques sociaux, économiques ou sanitaires, ou, à défaut, de réparer les dommages occasionnés. À la Libération, le principe général de l'entreprise était de produire puis de pérenniser un modèle de société, à la réformer

par le droit pour aboutir à une société démocratique. Cette perspective s'inscrit dans un contexte historique et politique marqué par la Seconde Guerre mondiale et la montée des extrêmes.

« Après la seconde guerre mondiale, le système de sécurité sociale global s'étend. En 1945, le régime général fut créé avec pour mission de couvrir rapidement l'ensemble de la population. Cependant des oppositions apparaissent, notamment le monde agricole, les travailleurs indépendants, les commerçants et les artisans qui réclament le droit de créer leurs propres régimes, fondés sur des niveaux de couverture inférieurs.

En 1958, l'assurance chômage se crée, des régimes de sécurité sociale complémentaires sont mis en place et des régimes spéciaux indépendants sont maintenus ou créés. Le régime s'étend à d'autres catégories de la population telles que : les étudiants, les veuves de guerre, les orphelins et les personnes handicapées. Les réformes successives vont également permettre aux personnes qui auraient dû perdre leur droit aux prestations de continuer à bénéficier d'une couverture sociale, par la mise en place de conditions de plus en plus souples concernant les cotisations individuelles.

« En 1978, l'ensemble de la population française est éligible aux prestations familiales, sans condition d'emploi. L'assurance maladie s'ouvre de plus en plus afin de couvrir progressivement l'ensemble de la population. La couverture maladie universelle CMU issue de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 et rendue effective le 1^{er} janvier 2000 représente la dernière étape de ce processus. » (27)

Au fil des ans, le système de protection sociale français s'est constitué en une multitude de régimes obligatoires ou non, couvrant les différents risques. Le régime général est le principal régime et génère plus de la moitié de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale en France. Récemment s'est créée la Sécurité Sociale des Indépendants qui a été intégrée au régime général le 1^{er} janvier 2018. On retrouve ensuite la mutualité sociale agricole (MSA) qui prend en charge les branches santé, retraite et maternité des agriculteurs, et les régimes spéciaux pour les étudiants ainsi que pour les habitants de l'Alsace et de la Moselle. » (27)

L'accès aux droits pour tous :

La déclaration universelle des droits de l'homme affirme que « le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde est la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables » (9) En parallèle, Joseph Wresinsky dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » insiste sur la nécessité d'une grande loi générale de lutte contre l'exclusion. (62)

« La loi sur le revenu minimum d'insertion adoptée le 1^{er} décembre 1988 est suivie par la loi relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle du 29 juillet 1992, qui garantit, sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. Ce texte prévoit ainsi des conditions d'affiliation simplifiées à l'aide médicale, en supprimant la condition de besoin de soins et le passage par une commission. L'aide médicale est alors accordée pour une durée d'un an et pour toute la famille. » (51)

En 1994, le Haut Comité de Santé Publique souligne deux points essentiels : d'une part la situation économique des personnes en grande pauvreté considérée comme l'un des principaux déterminants ayant un impact sur la santé, et d'autre part l'importance des inégalités en matière d'accès aux soins.

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions marque une grande avancée vers des réponses de droit commun touchant tous les domaines de la vie, notamment l'emploi, la santé, le logement, la justice, l'éducation. Cette loi « considère que le problème des personnes en difficulté n'est pas de disposer de nouveaux droits mais d'avoir effectivement accès aux droits fondamentaux existants. L'essentiel des dispositions vise donc à créer les conditions et les procédures par lesquelles cet accès aux droits sera mieux garanti dans chacun des domaines de vie pour les personnes les plus fragilisées par les mutations de la société ». (41)

Dans le domaine de la santé, plusieurs mesures sont mises en place : établissement dans chaque région d'un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) (art. 71), création des Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé PASS (structure visant à accueillir en urgence les patients en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches d'ouverture de leurs droits sociaux constituant un lieu d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins (art.76) , création d'un Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale chargé de recueillir les données relatives aux situations de précarité et de mener des travaux d'études, de recherche et d'évaluation (art.153) .

La loi du 27 juillet 1999 sur la création d'une couverture maladie universelle (CMU) garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection « assurance » complémentaire et à la dispense d'avance de frais. L'attribution de la CMU et de la CMU complémentaire se fait sous condition de ressources avec un plafond qui varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

Le fond CMU :

« La couverture maladie universelle est un régime de couverture médicale «universalisée», par une assurance maladie universelle dont l'affiliation ne repose pas sur une condition de travail mais sur une condition de résidence. Elle est issue de la loi du 27 juillet 1999 et rendue effective à compter du 1^{er} janvier 2000.

On distingue la couverture maladie universelle de base (CMU de base) de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ACS est un dispositif supplémentaire, issu de la loi du 13 Août 2004, concernant les personnes disposant de ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. » (27)

Jusqu'en 1983, l'Assurance Médicale Gratuite (AMG), créée par la loi du 15 juillet 1893, permettait l'accès aux soins de santé des malades les plus pauvres. L'aide médicale était alors à la charge de l'état et était attribuée sans contribution préalable.

La création de la CMU en 1999 devait faire disparaître l'AMD (Aide Médicale Départementale) et donner à tous les résidents de France une protection maladie « universelle », égale pour tous. Le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour l'assurance maladie a conduit au maintien d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier, il s'agit de l'actuelle Aide Médicale d'État (AME). Depuis 1999 existe donc un système dualiste : d'un côté la CMU pour « ceux qui résident en France de manière stable et régulière », l'AME pour les sans-papiers d'un autre côté. (40)

La protection maladie universelle PUMA

La PUMA permet une affiliation automatique au régime général d'assurance maladie, à condition de résider en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois ou d'avoir une activité professionnelle. Une cotisation est due. Les personnes dont les revenus annuels dépassent 9534 euros paient 8% de leurs revenus fiscaux. Ce seuil est identique quelle que soit la composition du foyer. Cependant, pour les personnes dont le revenu est inférieur, ils bénéficient gratuitement de la PUMA. Fin octobre 2017, on compte 2 420 000 bénéficiaires. (48)

La CMU-C

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

La CMU-C est une garantie complémentaire attribuée en fonction de conditions de revenus, soit 734€ euros mensuels pour une personne vivant en France métropolitaine. Fin juillet 2018, on estimait à 5,61 millions le nombre de bénéficiaires de la CMU-C pour la France entière tous régimes confondus, soit 8% de la population générale.

Qui sont les bénéficiaires ?

- 56 % sont des femmes (contre 52% en population générale)
- 26% des bénéficiaires ont moins de 10 ans
- 6% des bénéficiaires ont plus de 60 ans

Cette condition de ressources pour accéder à la CMU-C induit un effet de seuil, pénalisant les personnes qui se trouvent juste au-dessus de celui-ci. Ceci a justifié la création de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) par la loi du 13 août 2004. Il s'agit d'une aide financière concrète pour les personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU et ce même plafond majoré de 35%, c'est-à-dire des ressources comprises entre 734€ et 991€ pour une personne vivant en France métropolitaine.

Elle permet de financer tout ou une partie de la prime d'un contrat de complémentaire santé privé, à choisir parmi les contrats de complémentaire santé (*Figure 1*) sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité / prix (rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité) (11)

Principe	Montant de l'ACS variable en fonction de l'âge (de 100 à 550 €) À utiliser sur des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État (réforme 2015)		
	Contrat A	Contrat B	Contrat C
Niveaux de couverture	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ticket modérateur (TM) à 100 %* ▪ Forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie <small>*(sauf pour les cures thermales et les médicaments à vignette orange)</small> 		
	TM optique 125 % prothèses dentaires	100 € paire de verres simples / 200 € paire de verres complexes 225 % prothèses dentaires	150 € paire de verres simples / 350 € paire de verres complexes 300 % prothèses dentaires 450 € audioprothèses
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire ▪ Opposabilité des tarifs chez les médecins généralistes et spécialistes ▪ Dispense totale d'avance des frais lors des visites chez le médecin ▪ Tarifs plafonnés pour les soins dentaires (1^{er} octobre 2017) 		

Figure 1 : L'ACS. : une aide pour financer une complémentaire santé (source : Cornu Pauchet, 2018)

Fin juillet 2018, le nombre de personne ayant reçu une attestation ACS s'établit à 1,62 millions, chiffre en augmentation de plus de 8% par rapport à 2016. On estime à 1,20 millions le nombre de personnes ayant utilisé leur attestation au 31/12/2017 pour souscrire à un contrat soit 1,8 % de la population générale. (11)

Qui sont les bénéficiaires de l'ACS ?

- 57% sont des femmes (contre 52% en population générale)
- 36% des bénéficiaires ont moins de 30 ans
- 34% des bénéficiaires ont plus de 60 ans

La mesure de revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS prévue par le plan pauvreté a été mise en place le 1^{er} juillet 2013 : plus de 8,3% de revalorisation exceptionnelle, ce qui porte à 8 593 € par an le plafond d'attribution de la CMU-C pour une personne seule en métropole, soit 716 € par mois, et à 11 600 € pour l'ACS, soit 967 € par mois.

Au total, 750 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier de l'un ou l'autre de ces dispositifs.

La population éligible pour la CMU-C se situe entre 6,6 et 7,9 millions de personnes et celle pour l'ACS entre 2,9 et 4,2 millions de personnes en 2017.

Le taux de recours pour la CMU-C est relativement stable et se situe entre 55 et 66% des personnes éligibles, de même pour l'ACS avec un taux de recours compris entre 41 et 59% de personnes éligibles.

Les progrès apportés par la création de la PUMA, la CMU Complémentaire et l'Aide à la Complémentaire Santé sont donc indéniables et couvrent une partie non négligeable de la population française dans le domaine de l'accès aux soins des personnes se trouvant en situation de vulnérabilité.

Le plan pauvreté instaure la fusion de la CMU et de l'ACS en mettant en œuvre une CMU contributive en fonction des ressources avec, au maximum, un euro de cotisation journalière. Cette disposition a été votée au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) le 22 décembre 2018. Elle instaure le maintien de la

CMU-C gratuite et la création d'une CMUC contributive en remplacement de l'ACS (plafond CMUC gratuite + 35%). (58)

1.2. Mesures mises en place pour la pauvreté des enfants

Le Président de la République Emmanuel Macron veut rompre le déterminisme de la pauvreté dans une logique de prévention et d'investissement social. Il lance à cet effet une concertation nationale le 04 décembre 2017. Elle concernera en priorité les enfants et les jeunes, mais elle s'inscrira dans une approche plus globale, visant à prévenir les fragilités susceptibles de toucher toutes les personnes et à poursuivre les mesures de réduction de la pauvreté et de renforcement de l'inclusion sociale sur toute la durée du quinquennat.

La ministre des Solidarités et de la Santé a identifié quatre principaux chantiers pour la concertation (40) :

- La construction d'une politique affirmée de prévention de la pauvreté mobilisant le droit commun. Il s'agit d'assurer une meilleure égalité des chances dès l'enfance, en favorisant par exemple l'accueil des enfants des familles les plus défavorisées en crèche ;
- Le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté, dans une logique d'intervention précoce et de parcours visant à préserver l'autonomie des personnes. Le non-recours aux aides sociales entretient la pauvreté et il convient donc de favoriser l'accès aux prestations et aux services auxquels les personnes ont droit ;
- Le recours à des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les personnes touchées par la grande pauvreté ;
- Le renouvellement de la gouvernance, à la fois nationale et territoriale, de la lutte contre la pauvreté pour permettre une bonne articulation des actions

menées par les différents intervenants, adapter les efforts à la réalité des territoires et valoriser les innovations locales.

Lors de la remise de ce rapport, la ministre de la santé a fait état de son désir d'œuvrer pour que l'inacceptable injustice faite aux enfants pauvres soit définitivement terminée et que notre pays des droits de l'homme puisse accueillir ceux-ci. Lors de son discours plusieurs points sont à relever pour permettre de lutter contre la pauvreté des enfants :

« (...) La pauvreté n'est pas le fruit du hasard. Elle n'est pas une marque infâmante. Elle naît et se perpétue d'une série de difficultés qui se cumulent, qui s'entretiennent. Elle se nourrit du sentiment d'exclusion, elle vit de la perte de l'espoir.

(...) La stratégie que nous allons construire ensemble partira du même constat. Lorsqu'on lutte contre la pauvreté, on cherche à rétablir un équilibre absent, une confiance rompue. C'est à cela que nous nous attèlerons avec l'attention portée à l'accueil de la petite enfance en crèches, avec l'hébergement d'urgence pour les familles, avec la résorption des bidonvilles, avec l'atténuation des privations matérielles. Une proposition me semble particulièrement symbolique à cet égard : celle des petits déjeuners le matin pour les enfants. Cela semble modeste mais c'est en fait tout un symbole. Nous sommes tous allés à l'école, n'est-ce pas ? Imaginez-vous suivre des heures de classe le ventre vide ? Apprendre dans ces conditions ? Jouer dans ces conditions ? C'est quelque chose qui me touche particulièrement. La pauvreté n'est pas le fruit du hasard (...)

Mais de vos travaux, je retiens aussi qu'elle se déclenche parfois lorsque des ruptures surviennent. Nos systèmes d'aides ne seront pas efficaces, aussi sophistiqués et généreux soient-ils, tant qu'ils laisseront perdurer ces ruptures, tant qu'elles passeront inaperçues et que nous n'interviendrons pas de manière précoce. Vos rapports et vos propositions le montrent et je ne cite que quelques exemples : mères sorties sans accompagnement et un peu trop tôt de la maternité, femmes seules avec des enfants après un divorce, jeunes décrocheurs, jeunes sortis de l'aide sociale à l'enfance et se retrouvant sans logement... la liste est longue de ces moments où « quelque chose ne se fait pas malgré tout ce qui existe ».

(...) On aide les gens lorsqu'on les rend autonomes, capables de voler de leurs propres ailes, quel que soit le poids du passé, quel que soit l'âge, l'état de santé, la condition sociale, les choix de vie aussi. » (40)

1.3. Les freins à l'accès aux soins liés

1.3.1. Au vécu des personnes

- « Les personnes en situation de précarité doivent affronter de multiples difficultés au quotidien pour faire face aux besoins vitaux essentiels, considérés comme élémentaires, tels que l'hébergement et les besoins alimentaires. La santé passe souvent au second plan des préoccupations.
- La situation de pauvreté et de précarité peut provoquer un sentiment de dévalorisation, de mauvaise image de soi lue dans le regard des autres, de honte, de mal-être, source de démotivation à s'occuper de sa santé, qu'il s'agisse d'entreprendre des soins nécessaires ou de s'inscrire dans une démarche de prévention. Le manque de confiance en soi et le déficit de compétences psychosociales sont aussi de nature à entraver l'entrée dans une démarche de soins.
- Des expériences passées mal vécues ou incomprises, l'illisibilité des dispositifs de prévention et de soins donnent une image négative du système de santé et favorisent le développement d'une appréhension vis-à-vis du monde médical et administratif. La peur est souvent citée comme frein : peur de l'inconnu, peur du regard des autres, peur du dépistage qui pourrait révéler une pathologie à laquelle il serait difficile de faire face, peur des effets secondaires des traitements.
- Des problèmes de compréhension pouvant être liés à des difficultés de lecture ou d'écriture, une gestion du temps peu maîtrisée, un comportement parfois

déroutant (non-respect des rendez-vous par exemple), la barrière de la langue pour les étrangers, compliquent les relations avec le système de santé et les différents services administratifs permettant d'accéder aux soins et aux droits.

- Les conditions de vie liées à la précarité telles que l'instabilité sur le plan de l'activité ou du logement, la qualité du logement, les problèmes de mobilité ou de transport, la nécessité de trouver des solutions de garde des enfants... ont également un impact important sur les possibilités d'accès aux soins, (que ce soit, par exemple, pour l'accès physique des personnes aux établissements et structures de prévention et de soins, ou pour l'intervention de professionnels de santé auprès de personnes sans domicile, en habitat vétuste ou en structures d'hébergement social) ou pour l'accès aux droits avec, par exemple, des problèmes liés à la réception et à la conservation des papiers justificatifs exigés pour l'ouverture des droits. En milieu rural, les difficultés sont majorées par les problèmes d'éloignement et d'isolement géographique.
- Un état de santé dégradé du fait de pathologies physiques ou mentales, surtout en l'absence de soutien familial ou social, rend plus difficile l'entrée et le maintien dans des démarches d'accès aux droits et aux soins.
- En raison du cumul de difficultés rencontrées, des situations de détresse vécues et de l'incapacité ressentie d'y faire face, des personnes vont s'installer dans une situation de déni ou de minimisation des problèmes de santé ou alors d'abandon et de rejet de toute démarche de soins. » (58)

1.3.2. A l'accès aux soins

« Le coût des soins constitue un obstacle récurrent pour des personnes ne disposant pas ou de peu de revenus, qui, même quand ils disposent d'une couverture maladie de base, ne peuvent faire face aux déremboursements de médicaments, aux soins dispensés par des médecins en secteur 2, à l'avance de frais, aux dépenses d'optique ou de soins dentaires hors nomenclature chez les enfants tels que le MEOPA, les coiffes pédiatriques ou les mainteneurs d'espace. S'agissant de la

prise en charge financière des soins, l'instauration après la loi de lutte contre l'exclusion de 1998 de la CMU, CMU-C, AME, ACS a permis d'améliorer l'accessibilité financière aux soins des personnes les plus pauvres, mais des difficultés subsistent :

- Une grande méconnaissance de la part des personnes en précarité persiste et plus particulièrement des jeunes en rupture sociale : méconnaissance du système de sécurité sociale (ticket modérateur, tiers payant, remboursement à 100%...), des droits sociaux, de leurs conditions d'obtention, des démarches à accomplir, des aides existantes et des dispositifs mis en place pour faciliter l'accès à une couverture maladie (PASS, associations...)
- L'obtention des droits sociaux ressemble à un « parcours du combattant ». Il apparaît ainsi une contradiction entre la notion de « couverture maladie universelle » instaurée par la loi, la complexité des dossiers et la lourdeur des démarches devant conduire les personnes les plus en difficultés à en bénéficier : dossiers de demande compliqués à remplir, pièces justificatives nombreuses et difficiles à fournir eu égard aux parcours de vie souvent faits de ruptures, délais de traitement des dossiers estimés trop longs, renouvellement annuel des droits, source d'oublis et donc de rupture dans les droits.
- Du fait de l'ignorance concernant cet accès aux droits, de la complexité des dossiers nécessaires et des difficultés liées au vécu des personnes à s'inscrire dans un projet de santé, à entreprendre des démarches administratives et à les mener à leur terme. De nombreuses personnes, potentiellement bénéficiaires de droits, ne les font pas valoir. Ceux-ci pourront être ouverts, souvent à la suite de l'intervention de professionnels ou de bénévoles amenés à accompagner ce public lors d'événements heureux ou malheureux de la vie : hospitalisation, naissance, insertion professionnelle, hébergement social, incarcération...

- De nombreuses personnes ou ménages ont des revenus faibles mais supérieurs aux plafonds fixés pour l'obtention de ces droits (travailleurs en micro entreprise, travailleurs « pauvres », personnes âgées ou handicapées, isolées...). Parmi ceux-ci, certains disposent d'une couverture maladie de base mais font l'impasse sur l'adhésion à une mutuelle pour des raisons de budget, ce qui peut les amener à renoncer aux soins ou à les différer ou encore à se retrouver en situation de surendettement du fait de dépenses de santé.
- Les aides légales (ACS) et extralégales des caisses d'assurance maladie pour l'accès à une mutuelle sont méconnues et sous-utilisées. » (58)

1.3.3. Aux pratiques professionnelles

« Les pratiques professionnelles peuvent être de nature à freiner l'accès à la prévention et aux soins des personnes très vulnérables. Face au vécu des personnes en précarité qui induit des difficultés spécifiques d'accès à la santé, l'attitude des professionnels peut se révéler inadaptée pour répondre aux besoins spécifiques de ce public par :

- Le manque de disponibilité (pouvant provenir d'un manque de moyens) des professionnels alors que les prises en charge aussi bien en matière de soins que de prévention nécessitent de se développer sur la durée ; le facteur temps joue un rôle très important dans l'accès à la santé des personnes en précarité.
- L'accueil parfois désagréable réservé aux populations en situation de précarité et le manque d'écoute.
- Les idées reçues sur l'approche de la précarité qui peuvent être liées à un manque d'information et de formation des personnels au repérage et à la prise en charge du public en difficulté

- L'absence de travail en partenariat entre les professionnels de santé ou sociaux intervenant auprès de la même personne, le manque de coordination étant préjudiciable à la prise en compte globale de la situation de la personne et à la continuité des soins.

- La pratique des professionnels de soins libéraux : certaines pratiques des professionnels de santé sont de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :
 - L'absence ou le refus de tiers payant
 - Les dépassements d'honoraires
 - Les refus de soins parfois « cachés » derrière la fixation de délais de rendez-vous très longs (34)

- La conception des actions de prévention : les messages de prévention primaire ont peu d'écho sur les personnes en précarité qui n'arrivent à se mobiliser qu'une fois en mauvaise santé. En effet, comment se projeter dans le futur quand il faut faire face au jour le jour à de grandes difficultés ?

Dans ces conditions, la conception des campagnes de prévention « tout public » est estimée inadaptée au public en précarité pour diverses raisons (ATD quart monde, 2005) :

- La conception très descendante des campagnes de prévention peu ancrées dans le quotidien et les préoccupations des personnes

- Le manque de clarté des messages de prévention, multitude d'informations et leur illisibilité

- L'inadaptation des supports pour des personnes peu sensibles à l'écrit ou souffrant d'illettrisme

- L'absence d'implication et de participation active du public-cible à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions menées » (57)

1.3.4. Aux dispositifs institutionnels

« Les difficultés d'accès à la santé des personnes vulnérables peuvent résulter d'un déficit de structures de soins ou d'un fonctionnement inadapté de structures existantes (dysfonctionnement ou saturation de certains dispositifs).

- L'absence de prise en compte, dans l'organisation d'une institution, des besoins spécifiques du public précaire peut générer un obstacle important à l'accès à la santé : exemple des plateformes téléphoniques ou d'accueil « tout public » pour les personnes ayant des difficultés (et pour les professionnels qui les accompagnent) ne permettent pas facilement d'apporter à ces personnes une aide spécifique nécessaire dans leurs démarches complexes d'accès aux droits, avec le risque de les décourager de les mener à leur terme.
- Le manque de connaissance réciproque des acteurs sociaux et de santé sur un territoire et du périmètre de leur intervention diminue l'efficacité de l'action de chacun d'entre eux auprès du public en difficulté.
- Le fonctionnement de certains dispositifs ne correspond pas toujours de façon optimale aux missions qui leur ont été confiées et n'apporte pas en conséquence la réponse attendue aux besoins (PASS, LHSS par exemple).
- Le déficit en professionnels de santé sur certains territoires, notamment en psychiatrie, ou le manque de moyens disponibles retardent l'entrée dans les soins en raison des délais d'attente imposés (or, il est important de permettre aux personnes de se soigner sans attendre, au moment où elles sont motivées pour le faire) ou de la nécessité de déplacements importants pour accéder aux soins.

- L'éloignement géographique de dispositifs spécifiques corrélé aux difficultés de transports nécessiterait de réfléchir à des modalités de rapprochement à mettre en place entre ces services et le public concerné.

Le manque de possibilité de recours à des solutions d'interprétariat rend difficile l'accès à la santé des personnes étrangères » (58)

1.4. La prise en charge ambulatoire : ses origines, son calendrier, une volonté affichée

« La loi de modernisation de notre système de santé, appelée loi santé, promulguée en janvier 2016, pose la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients. Il faut, en effet, cesser de raisonner par secteur : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux... Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social, voire social. En clair, faire émerger les « soins primaires » et accompagner le « virage ambulatoire » nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge.

Concrètement, cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissements de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé... Ainsi que la prise en compte, pour chaque patient, de facteurs déterminants comme l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Ce d'autant que, depuis quelques années, un consensus émerge sur les défis auxquels notre système de santé doit faire face : l'allongement de la durée de la vie et le développement des maladies chroniques – qui constituent un bouleversement considérable – ou encore les inégalités sociales et les disparités territoriales, qui sont une réalité pour encore trop de français. » (45)

Dès lors, trois niveaux de prise en charge sont identifiés :

- Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile
- Les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

« Des parcours fondés sur les « soins primaires » et le « virage ambulatoire ».

En effet, les parcours sont une révolution, qui placent les patients au centre de la prise en charge. Ce ne sont plus eux qui doivent s'adapter au système de santé – organisations ou structures – mais au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins.

Notre système de santé, organisé autour de l'hôpital, est remarquable pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie. En revanche, il devient trop complexe, trop cloisonné au moment de soigner dans la durée des personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques, par exemple. D'où la nécessité d'investir sur les « soins primaires » – dits aussi de proximité ou de 1^{er} recours – et d'accompagner le « virage ambulatoire » annoncé dans la loi de modernisation de santé.

Ce virage ambulatoire représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

Les professionnels des soins primaires sont garants de cette évolution, en priorité les médecins traitants et, chaque fois que cela est indiqué, les autres spécialistes et auxiliaires médicaux. A leur niveau, les hôpitaux doivent se recentrer sur leur mission première – les soins et non l’hébergement – avec des hospitalisations plus adéquates, des durées de séjours plus conformes aux besoins des patients et une offre de soins plus graduée.

Cela implique des changements :

- **Au sein des établissements de santé**, en transférant en hospitalisation de jour une partie des hospitalisations de courte durée pour lesquelles l’hébergement n’est plus justifié grâce aux progrès techniques. Le développement de la chirurgie ambulatoire a montré la voie : cette évolution va se poursuivre pour certaines activités de médecine ou de psychiatrie. De plus, certaines activités réalisées en hôpital de jour, sans nécessité ou réel bénéfice pour les patients, peuvent être remplacées par des consultations longues, voire des soins réalisés en ville. Par ailleurs, les durées de séjour en chirurgie pour certaines opérations peuvent être raccourcies, grâce aux procédures de réhabilitation rapide.
- **Au sein des structures de ville**, qui doivent s’organiser pour assurer avec qualité et sécurité la prise en charge des patients qui ne seront pas hospitalisés ou le seront moins longtemps. Cela passe par une meilleure coopération entre professionnels, par le développement de l’hospitalisation à domicile et d’alternatives à l’hospitalisation comme la télémédecine. Dès lors, l’hôpital n’est plus le centre mais une étape de la prise en charge des patients.

Ainsi, dans notre pratique, ce virage ambulatoire semble indispensable pour améliorer la demande grandissante d’une prise en charge des soins buccodentaires en milieu hospitalier et notamment chez les enfants en situation de vulnérabilité qui semblent largement concernés par ce parcours de soins. » (45)

2. Épidémiologie

2.1. Données épidémiologiques sur la population caractérisée par le terme « enfants en situation de vulnérabilité »

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Dans son avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil Économique, Social et Environnemental définit la précarité ainsi : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible* ». (63)

Selon le rapport de l'Unicef publié fin mai 2016, 20% des enfants français seraient pauvres dans un pays qui occupe le 5^e rang en matière de PIB mais est relégué au 14^e rang en matière de pauvreté infantile (61). Alors quels sont les facteurs conduisant ces enfants dans cette situation de pauvreté ? Et comment mesurer cette dernière ?

Cette pauvreté peut revêtir différents aspects :

- Pauvreté sociale et psychologique, isolement social : les enfants issus de familles monoparentales ont deux fois plus de chance d'être pauvres, ainsi un enfant pauvre sur 4 vit avec un seul de ses parents
- Personnes en situation de misère sociale, personnes sans travail, en fin de droits : le niveau d'étude des parents est un facteur discriminant puisque la pauvreté est nettement plus fréquente chez les enfants dont les parents n'ont

pas fait d'études et le risque que les enfants reproduisent le même schéma est d'autant plus important

- Celle des réfugiés, des étrangers et des sans-papiers : un enfant pauvre sur 4 est issu d'une famille ressortissante d'un pays hors union européenne. Ceci s'explique d'une part par le fait que ce sont des familles souvent plus nombreuses, moins qualifiées et qu'elles sont, d'autre part, victimes de discrimination sur le marché du travail français
- Celle des personnes vivant dans des camps

Dans tous les cas, ces personnes touchées par la pauvreté ont des points communs :

- Des revenus extrêmement faibles
- L'absence de qualification ou un niveau de qualification très bas
- L'absence ou l'irrégularité du travail
- Les mauvaises conditions de logement
- Le mauvais état de santé
- Le manque de couverture sociale
- L'isolement affectif et social
- L'état de survie permanent

(34)

Toutes ces personnes en situation de pauvreté ont une insuffisance de revenus, elles vivent en dessous du seuil de pauvreté médian (*Tableau 1*) Ce seuil de pauvreté correspond à un pourcentage du revenu médian national, celui qui sépare la population en deux, la moitié recevant moins que ce revenu, l'autre plus. Le seuil le plus utilisé équivaut à 60 % du revenu médian. Il s'agit d'une convention. Certains estiment que l'utilisation d'un seuil à 50 % est plus représentative. On peut aussi utiliser le seuil à 40 % qui se focalise sur la grande pauvreté. Pour d'autres, le seuil à 60 % constitue une définition plus large qui permet d'englober une population modeste, qui n'a pas accès à des éléments essentiels. (54)

Entre 2006 et 2016, le nombre de pauvres a augmenté de 630 000 au seuil à 50 % du niveau de vie médian alors qu'en même temps la richesse nationale s'est accrue de 7 %, soit 170 milliards d'euros : les ressources sont concentrées en haut de la pyramide sociale et y restent, ce qui crée de fortes inégalités. « *Il paraît que la crise rend les riches plus riches et les pauvres plus pauvres. Je ne vois pas en quoi c'est une crise. Depuis que je suis tout petit, c'est comme ça* » (Coluche)

Tableau 1 : Les seuils de pauvreté selon le type de ménage (unité : euros) (source : Insee, 2016)

	Seuil à 60%	Seuil à 50%	Seuil à 40%
Personnes seules	1026	855	684
Familles monoparentales avec un enfant de moins de 14 ans	1334	1112	889
Couples sans enfant	1539	1283	1026
Couples avec deux enfants de moins de 14 ans	2155	1796	1436
Couples avec 2 enfants de plus de 14 ans	2565	2138	1710

Outre cette approche sous l'angle des revenus, il est intéressant d'analyser la répercussion en termes de conditions de vie d'un point de vue :

- Alimentaire : malnutrition, surconsommation de produits industriels, absence de produits frais, alimentation déséquilibrée entraînent à terme un risque accru de morbidité. En effet, les enfants pauvres de plus de 3 ans consomment trop de sucres et de graisses, pas assez de fruits et légumes frais, de poissons et de produits laitiers. (23)
- Des dépenses de logement au détriment de la santé ?
« Ceci peut avoir des impacts sur la manière de se soigner. On va par exemple tout dépenser dans un pauvre logement pourri mais parce qu'on se dit « il faut que je le garde, autrement je vais être expulsé, je vais être à la rue », ce sont des arbitrages financiers au détriment de ces autres dépenses : alimentation, loisir,

santé, culture. Donc des impacts qui sont considérables et appellent vraiment à un sursaut de l'action publique dans son ensemble » (44)

- Sanitaire : la plupart de ces enfants vivent souvent dans des conditions vétustes, voire insalubres, qui ont des conséquences sur le plan médical (développement d'infections liées au froid, problèmes de peau...) et sur le plan scolaire (par exemple l'enfant n'a pas de bureau pour réaliser ses devoirs).

En effet, pour accéder à un logement social il faut :

- Justifier d'un revenu égal à 3 ou 4 fois le montant du loyer ;
- Justifier d'un salaire au moins égal au SMIC et d'une situation de travail stable ;
- Parfois obtenir la caution d'un garant ou accepter une tutelle aux prestations sociales ;
- Souvent présenter des gages de moralité et de sociabilité

Il est ensuite nécessaire d'assurer toutes les charges qui incombent au logement, notamment le gaz et l'électricité : si celles-ci ne sont pas couvertes, viennent alors les procédures d'expulsion. Ces soucis de domiciliation entravent l'accès à un emploi, à une aide sociale ainsi qu'à la scolarisation des enfants.

Parmi ces mal-logés, il y a d'abord 143 000 personnes totalement dépourvues de logement : les sans-abris et ceux qui n'ont pas de domicile. On compte également 332 000 personnes vivant dans un logement qui n'a pas l'eau courante, 934 000 dans un habitat surpeuplé (un couple avec deux enfants dans un deux-pièces par exemple), 69 000 personnes hébergées chez des tiers (hors famille) sans moyen de se loger autrement, etc. (8)

- Scolaire ; ces enfants sont souvent dans des situations d'échecs scolaires et les écarts se creusent encore plus au fil des années d'études : à 16 ans environ 18% des enfants ont arrêté l'école contre seulement 1% chez les enfants issus de familles aisées. Une partie de cette population est en grande

difficulté car ils ne disposent pas des bases de la lecture, de l'écriture et du calcul pour être autonomes dans la vie courante : ce sont les personnes illettrées. On parle d'illettrisme pour les personnes qui ont été scolarisées en France, ce qui n'est pas le cas d'une partie des personnes d'origine étrangère parmi lesquelles on estime que 1,5 million ont également des difficultés quotidiennes avec l'écrit en français.

- Péri scolaire : manque de moyens pour pouvoir permettre à l'enfant de s'épanouir dans une activité extérieure à l'environnement familial
- Médical : les infections liées au froid (bronchites, sinusites, otites), problèmes de peau (parasitoses et dermatoses), douleurs rhumatismales, malnutrition (obésité, diabète), soins dentaires non réalisés et toutes les formes d'addictions. De plus, ces familles manquent de connaissances élémentaires sur la santé, ce qui entraîne un retard dans les soins et une gravité accrue de la maladie. (34)

On recense trois millions d'enfants pauvres en France, 34% des bénéficiaires des dispositifs d'aide alimentaire ont moins de 15 ans.

« Un enfant sur cinq vit sous le seuil de pauvreté en France en 2017, un seuil établi à 1.777 euros par mois pour une famille avec deux enfants de moins de 14 ans.

Parmi les personnes pauvres, environ 150.000 sont à la rue en France, dont 30.000 enfants. La moitié des appels au 115, le numéro d'urgence, provient d'une famille en recherche d'un hébergement d'urgence. En réalité, moins d'une personne sur deux qui appelle le 115 se voit proposer une solution : en centre d'hébergement ou en hôtel quand les centres sont pleins. Le réseau est complètement saturé. » (56)

La situation est d'autant plus urgente qu'elle s'aggrave : le taux d'enfants vivant sous le seuil de pauvreté est passé de 16 à 20% en 15 ans.

En 2014, en France métropolitaine, le seuil de pauvreté s'établit à 14,1 % de la population. (24)

L'intensité de la pauvreté correspond à l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé, plus la pauvreté est intense, c'est à dire que le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté. En France, elle atteint 20,1 %.

Ces deux indicateurs s'élèveraient respectivement à 22,0 % et à 37,3 % de la population sans l'existence des transferts sociaux et fiscaux. Les prestations familiales et les allocations logement contribuent fortement à la réduction du taux de pauvreté (respectivement -2,3 points et -2,1 points) ; les minima sociaux viennent ensuite (-1,8 point). Parallèlement, la réduction de l'intensité de la pauvreté est d'abord imputable au versement des minima sociaux et des allocations logement. L'effet de la redistribution sur le recul de la pauvreté est plus marqué pour les familles monoparentales ou nombreuses, les personnes de moins de 20 ans, les chômeurs et les personnes inactives non retraitées de 18 ans ou plus. (55)

En France, un enfant sur dix vit dans une situation de grande pauvreté, c'est-à-dire dans une famille dont le revenu est inférieur à 500 euros par mois (41). Ces 1,2 million d'enfants font partie des 3 millions vivant avec leur famille sous le seuil de pauvreté. 7,7% des enfants sont concernés par le phénomène de sous-alimentation, 48% des décrocheurs sont des enfants d'ouvriers contre seulement 5% des enfants de cadres. Une personne qui vit durablement en situation de grande pauvreté a 25 ans d'espérance de vie de moins que les autres... (6)

La pauvreté infantile peut être mesurée de différentes manières et s'évalue différemment selon que l'on étudie la pauvreté infantile dans les pays développés ou les pays en développement. Deux grands types d'indicateurs sont utilisés : le revenu de la famille d'une part, le niveau de vie d'autre part (lequel s'évalue généralement à l'aide d'indicateurs de privation).

Pour évaluer le niveau de vie, plusieurs critères peuvent être combinés. La pauvreté infantile dans les pays riches peut être mesurée par un indice de privation doté de quatorze variables qualitatives : trois repas par jour ; au moins un repas avec viande, poulet ou poisson ; fruits et légumes frais tous les jours ; livres appropriés à l'âge et au niveau de connaissances ; équipement de loisir extérieur (roller, bicyclette...) ; activité de loisir régulière (natation, musique, etc.) ; jeux d'intérieur (au

moins un par enfant, cubes, jeux de société, informatique...) ; ressources financières pour participer à des voyages scolaires ; endroit calme avec assez d'espace et de lumière pour faire les devoirs ; connexion Internet ; quelques vêtements neufs ; deux paires de chaussures de la pointure appropriée ; possibilité d'inviter parfois des amis à la maison pour manger et jouer ; possibilité de célébrer des occasions spéciales (anniversaire, fête religieuse, etc.). (61)

Les enfants considérés comme "*pauvres*" sont les enfants qui sont privés d'accès à deux ou plus de ces variables.

2.1.1. Enfants issus de parents sans travail, en fin de droits sociaux

Environ deux millions d'enfants de moins de 18 ans, soit près de 16% de l'ensemble des moins de 18 ans, vivaient en 2017 en dessous de seuil de pauvreté médian retenu par les statisticiens européens (60 % du niveau de vie médian), soit 660 euros par mois.

A ce seuil correspond, par exemple, un revenu disponible mensuel après impôt de 1 170 euros pour un couple avec un enfant de moins de 14 ans ou de 1 365 euros pour un couple avec deux enfants de moins de 14 ans. (24)

Une autre façon d'approcher la question des enfants en situation de pauvreté est de s'intéresser aux familles percevant des minima sociaux, notamment le RSA (revenu solidarité active) et l'API (allocation parent isolé).

2.1.2. Enfants non accompagnés ou vivant au sein de familles isolées, monoparentales

Le dispositif du RSA concerne le plus souvent des isolés ou des couples sans enfants (environ 60 % des allocataires), il concerne néanmoins un nombre important de familles, parmi lesquelles on dénombre plus de 600 000 enfants de moins de 18 ans.

Dans ce cas, les familles concernées ont des revenus légèrement supérieurs au seuil de pauvreté (dans sa définition française, mais ils sont inférieurs à ce seuil dans sa définition européenne). Au total, il convient de souligner la précarité des ressources familiales de ces familles monoparentales (*Tableau 2*) ainsi que la proportion élevée de familles qui, au sortir de cette allocation (versée jusqu'à ce que le dernier enfant ait plus de trois ans), deviennent allocataires du RSA, faute de trouver un emploi suffisamment rémunérateur.

Tableau 2 : La pauvreté selon le type de ménage (seuil fixé à 50% du niveau de vie médian) (source : Insee, 2015)

	Nombre en milliers	Taux en %	Part de la population pauvre en %
Personnes seules	948	9,6	18,9
- Dont hommes seuls	490	11,5	9,8
- Dont femmes seules	457	8,1	9,1
Familles monoparentales	1237	19,0	24,6
Couples sans enfant	437	3,0	8,7
Couples avec enfant(s)	2109	7,3	42,0
Ensemble	5020	8,0	100

Lecture : parmi la population pauvre, 24,6% de personnes vivent au sein d'une famille monoparentale. 19% des familles monoparentales sont pauvres

2.1.3. Enfants réfugiés, étrangers ou sans papiers

Le terme « immigré » désigne une personne ayant vécu à l'étranger et venue s'installer en France pour un an au moins, qu'elle ait acquis ou non la nationalité française par la suite. Certains immigrés ont donc pu devenir français, les autres restants étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population

immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré.

« Le terme étranger désigne une personne qui ne possède pas, sur le territoire français, la nationalité française, soit qu'elle possède (à titre exclusif) une autre nationalité, soit qu'elle n'en possède aucune (apatride).

Les personnes de nationalité française possédant une nationalité double ou plurielle ne sont considérées en France que comme françaises, en application d'une règle générale du droit applicable en tous pays. » (56)

A la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie.

L'expression " étranger malade " correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Un exilé est une personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées. Un demandeur d'asile est une personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

« Le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant, avec raison, d'être persécutée - du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques-, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. » (57)

En 2013, 4,1 millions d'étrangers et 5,8 millions d'immigrés vivent en France, soit respectivement 6,2% et 8.9% de la population totale (*Tableau 3*) (24)

Tableau 3 : Part des étrangers et des immigrés dans la population totale (en %) (source : Insee, 2013)

	Seuil à 60%	Seuil à 50%
Part des hommes	50,5	48,7
Part de la population ayant :		
- Moins de 15 ans	16,8	4,8
- 25 à 54 ans	48,7	54,4
- 55 ans ou plus	25,0	32,3
Nombre (en milliers)	4084	5835
Poids dans la population totale	6,2	8,9

On note que 38,6 % des personnes vivant dans un ménage immigré sont considérées comme pauvres (au seuil à 60 % du niveau de vie médian), soit 3,5 fois plus que les non-immigrés. Pour les personnes vivant au sein d'un ménage immigré dont la personne de référence est née en Afrique, le taux grimpe même de 44 %, contre 25 % pour celles nées en Europe.

Plusieurs facteurs expliquent les bas niveaux de vie et la pauvreté des ménages immigrés. Ils sont en moyenne plus jeunes. Ils vivent dans des familles souvent plus nombreuses, ce qui a aussi un impact sur le niveau de vie par personne. Les immigrés touchent des salaires inférieurs aux non-immigrés (*Tableau 4*) car ils occupent des emplois plus souvent précaires, moins qualifiés et qu'ils ont plus de difficultés à défendre leurs intérêts dans l'entreprise. Souvent, leur niveau de diplôme ne leur permet pas d'accéder aux mêmes emplois que la moyenne des actifs. Les diplômes obtenus à l'étranger ne sont pas toujours reconnus.

S'ajoute à cela l'effet des discriminations du fait des employeurs. En outre, lorsqu'ils n'ont pas la nationalité française, tout particulièrement s'ils ne sont pas issus de l'Union européenne, les immigrés sont interdits d'emploi dans une partie de la fonction publique. Au total, ces personnes subissent à la fois les difficultés que rencontrent en général les milieux populaires (les inégalités sociales) et des difficultés propres à leurs origines (les discriminations). (8)

Tableau 4 : La pauvreté selon l'origine (en %) (seuil fixé à 60% du niveau de vie médian) (source : Insee, 2015)

	Taux de pauvreté
Personnes vivant au sein d'un ménage immigré	38,6
- Personne de référence née en Afrique	44,0
- Personne de référence née en Europe	25,0
- Personne de référence née dans un autre pays ou apatride	42,0
Personnes vivant au sein d'un ménage mixte	19,0
Personnes vivant au sein d'un ménage non immigré	11,0
Ensemble	14,2

Dans cette population, on recense bon nombre de mineurs non accompagnés (MNA). En effet, dans son rapport d'activité 2017 publié début 2018, la Mission Mineurs Non Accompagnés (MMNA) nous apprend ainsi que le nombre de MNA officiellement répertoriés en France au cours de l'année 2017 est de 14908. Ce chiffre, en constante progression depuis plusieurs années, a néanmoins connu une augmentation importante de 85% entre 2016 et 2017.

Le rapport d'information des sénateurs Doineau et Godefroy (46) relatifs à la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés nous informe que « *le nombre de MNA parmi les demandeurs d'asile a ainsi explosé à partir de 2014 suivant la même dynamique que le nombre de demandeurs d'asile ou le nombre de passages irréguliers détectés.* ». D'après Eurostat cité par le même rapport, « *23,1% des demandeurs d'asile mineurs étaient non accompagnés en 2015* ».

Sur les 14908 MNA enregistrés par la MMNA, celle-ci indique que 95,9% d'entre eux (soit 14296) sont des garçons, contre 4,1% de filles (soit 612). Cette grande disparité s'explique, d'après eux, par le fait qu'il est fortement « *probable que les jeunes filles soient moins nombreuses à quitter leurs pays d'origine* », mais également que « *leur vulnérabilité en fait des proies faciles pour les réseaux d'exploitation et des victimes potentielles de la traite des êtres humains.* » (52)

Concernant l'âge des MNA ayant intégré le dispositif national en 2017, les statistiques de la MMNA indiquent clairement que la majorité d'entre eux a entre 15 et 18 ans. Ces valeurs sont assez stables depuis quelques années.

2.1.4 Les enfants placés

2.1.4.1 Placement volontaire d'un enfant par ses parents

Les parents qui rencontrent des difficultés pour élever leur enfant peuvent décider de le placer hors du domicile familial de manière temporaire ou prolongée. La décision du

lieu et du mode de placement est confiée à l'Aide sociale à l'enfance (A.S.E) ainsi qu'à la famille qui garde son droit parental

2.1.4.2 Placement d'un enfant sur décision judiciaire

Un enfant en danger peut, sous certaines conditions, être placé c'est à dire retiré de son milieu familial sur décision judiciaire. Les enfants sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance ou à une structure d'accueil par décision du juge des enfants qui détermine les droits parentaux.

2.1.4.3 Placement d'un enfant pupille de l'état

Un enfant qui a perdu tout lien avec sa famille est confié aux services de l'A.S.E, il est admis en qualité de pupille de l'État et peut faire l'objet d'un projet d'adoption. Ce sont les enfants orphelins, abandonnés ou dont les parents ont été déchus de leurs droits.

3. Le parcours de soins de l'enfant en situation de pauvreté

3.1. Mode de prise en charge classique en cabinet libéral

Il a été montré qu'une prise en charge classique en cabinet libéral n'était assurée que par un tiers des chirurgiens-dentistes, puisqu'environ 70% des enfants pris en charge en service hospitalier sont des patients référés (Figure 2)

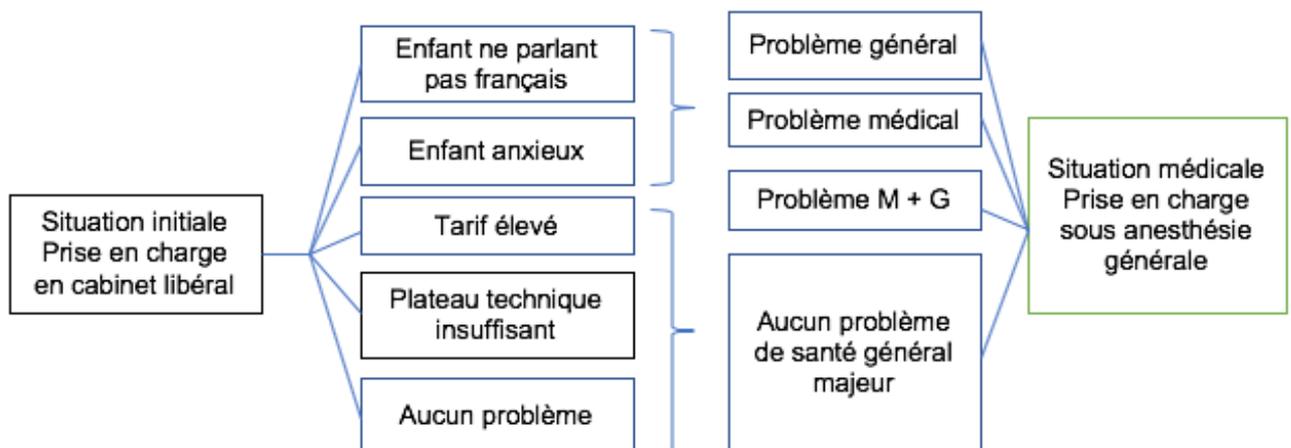


Figure 2 : Situation générale, médicale et/ou bucco-dentaire chez les patients référés (source : Fock-King, 2018)

3.2. Prise en charge au sein du service d'odontologie pédiatrique en milieu hospitalier

3.2.1. Le dossier médical

3.2.1.1. *Données administratives :*

3.2.1.1.1 Les étiquettes d'identification des patients :

Elles spécifient le nom, prénom, date de naissance et le lieu de résidence de l'enfant.

3.2.1.1.2. Les courriers des praticiens

Les courriers sont présents dans le dossier patient lorsque des médecins ou chirurgien-dentiste adressent leur patient pour soins dentaires sous anesthésie générale.

3.2.1.2. *Les données médicales*

3.2.1.2.1. Le questionnaire médical

Lors de la première consultation, un questionnaire médical est systématiquement réalisé afin de connaître l'état de santé général du patient, éventuellement des contre-indications ou dispositions particulières à l'anesthésie générale, mais sont également consignées quelques habitudes de vie (nombre de brossage, consommation de sucre, supplément en fluor...). Toutes ces données sont intégrées dans le dossier médical.

3.2.1.2.2. Les consultations et les soins

Si le patient est suivi en centre hospitalier, les actes ayant été réalisés sont consignés dans le dossier et témoignent d'un suivi dentaire régulier ou non.

3.2.1.2.3. Les documents radiographiques

Ils sont indispensables pour poser le diagnostic, il s'agit plus fréquemment de radiographies panoramiques mais on retrouve également des clichés retro alvéolaires, bite wings ou encore des clichés occlusaux.

3.2.1.3. Les indications d'anesthésie générale

L'anesthésie générale peut être indiquée lorsqu'il existe des difficultés liées à l'enfant, lorsque son état bucco-dentaire le nécessite ou encore lorsqu'il existe des contraintes liées à son environnement. (Figure 3)

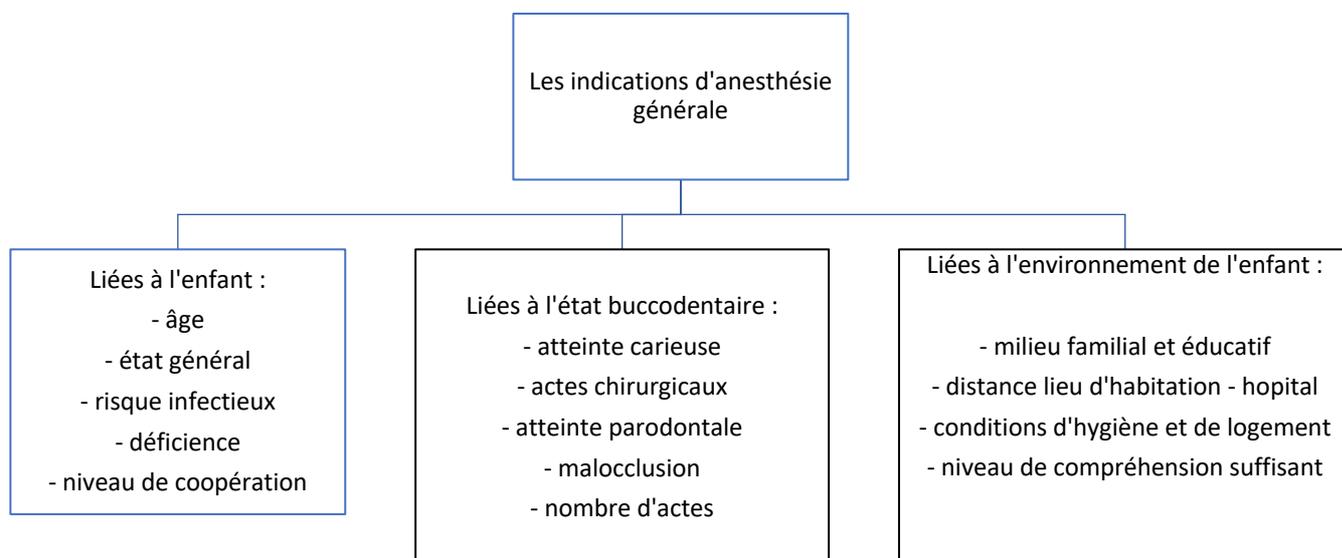


Figure 3: Les indications d'anesthésie générale (source : Prevost, 2015)

3.2.2. Le diagnostic

3.2.2.1. Caries dentaires

« La carie est due à la production locale d'acides organiques par les bactéries cariogènes de la plaque (*Streptococcus*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*) lorsque ces dernières sont en contact avec des sucres fermentescibles. Cette acidité est

responsable d'une déminéralisation de l'émail quand le pH passe en dessous de 5,5 puis de la dentine, plus fragile, en dessous de 6,5. » (14)

Il s'agit du motif le plus courant d'intervention sous AG et il concerne généralement des enfants en bas âge présentant des « caries de la petite enfance » (CPE). Cette pathologie concerne aussi bien l'atteinte des tissus durs de la dent mais regroupe aussi les atteintes de la pulpe et infections péri apicales.

3.2.2.2. Actes chirurgicaux

Les patients peuvent nécessiter une intervention sous anesthésie générale pour des interventions telles que :

- Dents incluses ou enclavées
- Résorption pathologique, ankylose
- Kystes, odontomes
- Anomalies dento-faciales
- Malposition

Il s'agit généralement d'enfants dont l'âge se situe entre 6 et 18 ans pour ces interventions.

3.2.3. Le suivi

3.2.3.1. Les expériences de soins antérieures à l'intervention sous anesthésie générale

Lorsque les patients étaient suivis antérieurement au sein du service hospitalier, cela permet notamment d'étudier les motifs de ré interventions sous AG.

3.2.3.2. La consultation post AG à un mois

C'est une consultation de contrôle qui a lieu un mois après l'intervention sous AG et dont la date est fixée en post-opératoire (cela permet d'optimiser les chances de suivi).

Cette consultation est importante car elle permet d'apprécier si le niveau de l'hygiène de l'enfant s'est amélioré mais également de vérifier l'arrêt de certaines habitudes nocives (alimentaire, succion du pouce etc..).

Elle permet aussi d'observer si les soins réalisés sont toujours en place.

3.2.3.3. Le suivi thérapeutique post AG

Le patient bénéficie ensuite d'un suivi « classique » au service d'odontologie pédiatrique de l'hôpital, c'est-à-dire un rendez-vous tous les 3 à 4 mois dans l'année suivant l'intervention sous anesthésie générale afin de renforcer les messages de prévention concernant l'alimentation et l'hygiène orale, puis un rendez-vous tous les 6 mois par la suite.

Cependant le suivi est propre à chaque patient et varie en fonction de son âge, du motif de consultation initiale, de la présence d'une pathologie générale mais également de son hygiène buccodentaire et de ses habitudes alimentaires.

3.2.4. La récurrence

La récurrence peut être due à :

- Un éloignement géographique
- Un déménagement après l'intervention
- Un manque de compréhension

L'absence de suivi peut entraîner :

- L'apparition de nouvelles lésions carieuses
- La fermeture des espaces
- Des égressions, des malpositions

3.3. Prise en charge de ces enfants, refus et renoncement de soins – Étude qualitative

Méthodologie : par une enquête menée auprès de 10 chirurgiens-dentistes lorrains et 10 familles nous avons essayé de dresser un premier bilan à l'échelle locale, de l'accès aux soins des enfants en situation de vulnérabilité. D'une part auprès de familles défavorisées afin de connaître leur ressenti vis à vis de la manière dont leurs enfants sont pris en charge. D'autre part auprès de praticiens odontologistes afin de comprendre les modalités d'accueil et de traitement qu'ils mettent en place, ainsi que les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour soigner ces populations.

3.3.1. Enquête réalisée auprès de familles défavorisées

Matériel et méthode :

Nous avons cherché à constituer un échantillon représentatif de familles défavorisées vivant en Lorraine pour nous permettre de recueillir leurs expériences au sein de cabinets dentaires.

10 familles de la région Lorraine ont donc été choisies sur le critère de la précarité. Ces familles sont connues du cabinet Odontas (situé 6 avenue du Général Leclerc à Nancy) dans lequel nous avons exercé, elles ont été soignées au sein de la structure : cela a facilité la prise de contact car la confiance était acquise. Nous avons donc pu les questionner sur leur situation financière, sociale et sur leurs conditions de vie. Ce sont des familles avec des situations instables tant au niveau financier que social : elles sont mal logées, sans travail ou avec des contrats précaires.

Le questionnaire a été testé auprès de familles d'ATD Quart-Monde puis réalisé sous forme d'entretien individuel, avec parfois l'aide d'un proche assurant la traduction pour les familles ne parlant pas français.

Par ce questionnaire nous avons voulu connaître d'une part leurs expériences et leurs ressentis au sein du parcours de soins et d'autre part les difficultés qu'elles rencontrent pour assurer les soins buccodentaires de leurs enfants. Le questionnaire se trouve en annexe.

Résultats :

Caractérisation de l'échantillon : (Figure 4 et Figure 5)

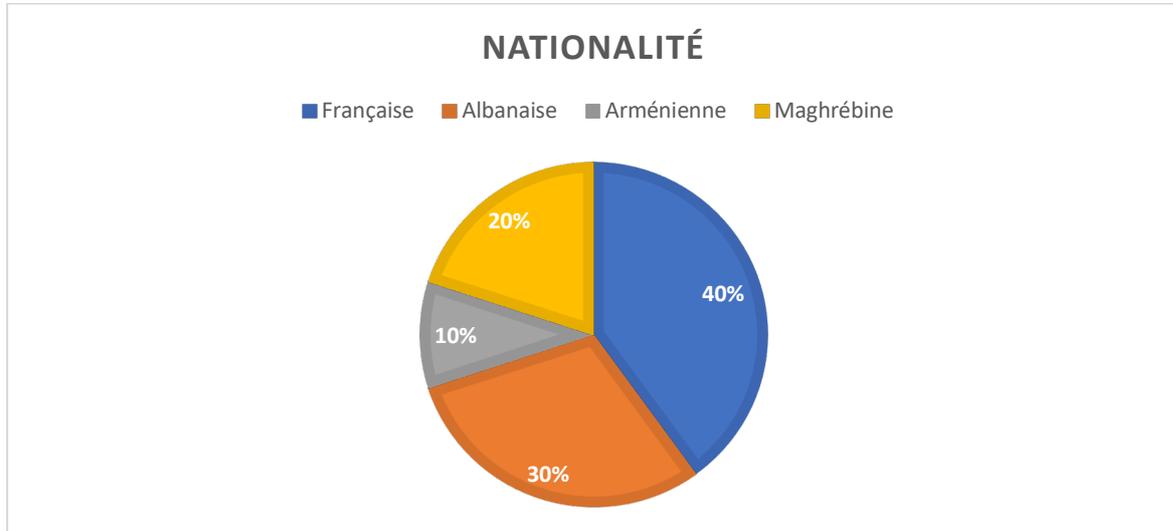


Figure 4 : Nationalité de l'échantillon (source : auteure)

Les familles recrutées pour l'étude sont de nationalité française, albanaise, arménienne ou encore maghrébine.



Figure 5 : Revenus des familles de l'échantillon (source : auteure)

Les revenus des familles ont été collectés selon les dires des familles et n'ont pu être vérifiés.

1/ Évaluation de la précarité de la situation familiale :

Les ressources des familles ont été évaluées en fonction du critère de leur protection sociale, le critère des revenus n'a pas été retenu, jugé trop invasif.

Les personnes qui ont participé à notre enquête ont pour la plupart la CMU ou l'AME avec la distribution ci-après. (Figure 6)

L'accès à l'emploi a été retenu comme autre critère de pauvreté, ainsi que l'accès au logement. Peu de personnes bénéficient d'un emploi stable et la majorité des familles enquêtées sont en logement d'accueil

- Ressources : Quel type de protection sociale possédez-vous ?
 - AME
 - CMU / ACS
 - Assuré

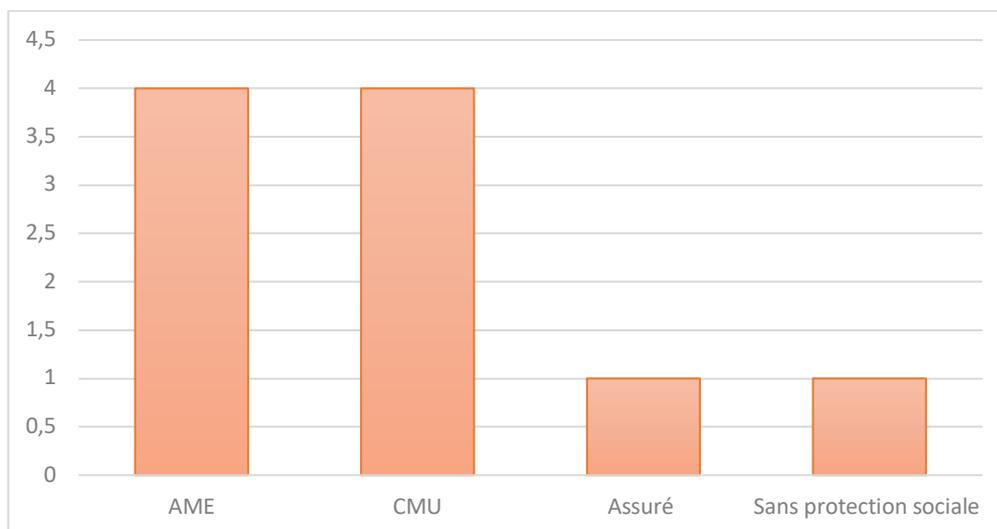


Figure 6 : Protection sociale des familles (source : auteure)

Les personnes qui ont participé à notre enquête sont bénéficiaires pour la plupart de la CMUC ou de l'AME

- Emploi : Quel type d'activité exercez-vous ? (Figure 7)
 - Êtes-vous bénévole au sein d'une structure ?
 - Exercez-vous une activité rémunérée ?
 - Stable
 - Temporaire
 - Êtes-vous sans emploi ?



Figure 7 : Catégorie d'emploi des familles (source : auteure)

Notons que les personnes interrogées dans notre étude sont majoritairement sans emploi.

- Logement : (Figure 8)
 - Possédez-vous votre propre logement ?
 - Êtes-vous logé chez des amis, de la famille ?
 - Un centre d'accueil ou un foyer vous accueille-t-il ?
 - Êtes-vous sans domicile ?

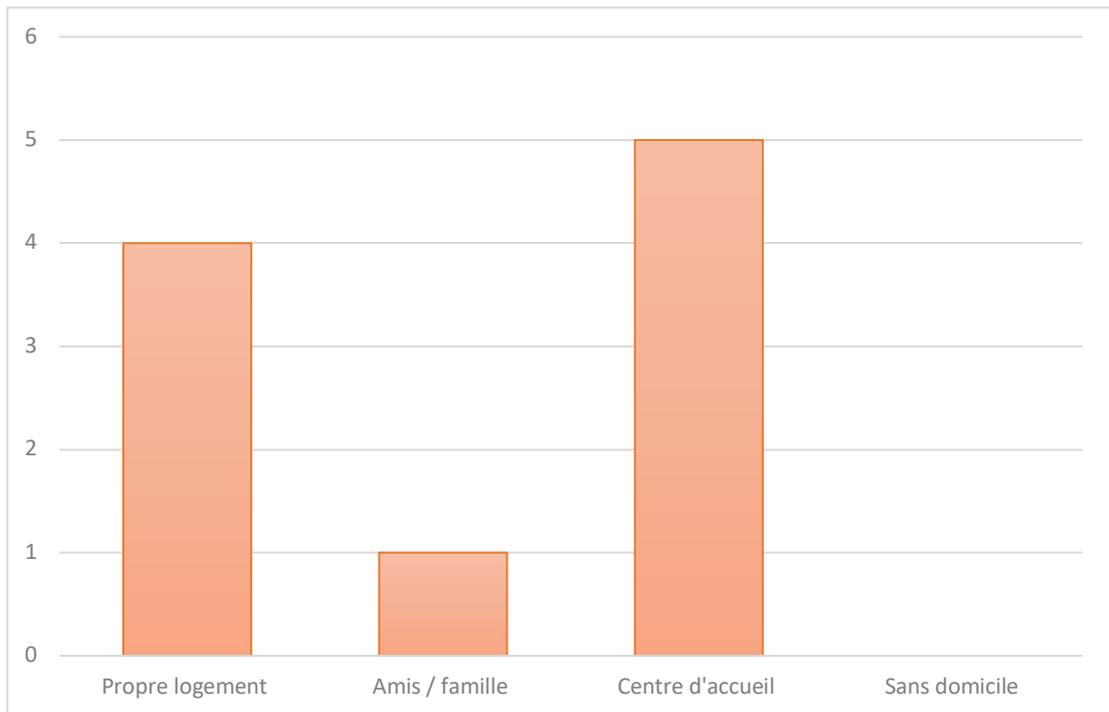


Figure 8 : Type de logement des familles (source : auteure)

La plupart des familles sont donc hébergées au sein de structures d'accueil et de réinsertion sociale.

2/ Les freins liés aux vécus des personnes :

On s'aperçoit ici que les personnes sont soucieuses de la santé buccodentaire de leurs enfants, malgré de mauvaises expériences au sein de cabinets dentaire ayant entraîné, par la suite, un renoncement aux soins. Bien sûr, la barrière de la langue ainsi que la jungle administrative pour accéder aux droits en matière de protection sociale ont été évoquées.

- La santé des dents de votre enfant est-elle une source de préoccupations ?
Les familles ont répondu oui à 70%
- Avez-vous déjà eu de mauvaises expériences au sein d'un cabinet dentaire ?
Les familles ont répondu oui à 90% et affirment avoir renoncé aux soins par la suite

- La langue écrite ou parlée a-t-elle déjà été une barrière à l'établissement des soins ?

Les familles ont répondu oui à 50%

- Vos démarches pour l'accès à vos droits en termes de santé ont-t-elles été compliquées par des conditions de vie précaires ? (mal logement, problème de mobilité, problème de communication)

Toutes les familles ont affirmé que les démarches administratives pour obtenir leurs droits en termes de santé avaient été compliquées et certaines avouent même avoir renoncé à certains droits sociaux auxquels elles pouvaient prétendre

3/ Les freins liés à l'accès aux soins :

Même si la plupart des familles connaissent leurs droits, elles ont déjà renoncé à des soins buccodentaires par peur du coût potentiel. Les assistantes sociales sont citées comme aidantes.

Lors de leurs démarches, les familles se sont rendues soit en cabinet de ville soit en centre de soins : en cabinet de ville 70% se sont vus refuser des soins sans raisons précises, et même pire, pour certains, il a été clairement énoncé que le cabinet ne prenait pas de patients disposant de la CMU, ACS ou AME.

On constate alors que 60% des familles ont été redirigées vers le CHRU souvent pour des soins sous anesthésie générale.

Une famille sur deux dit alors avoir été bien informée de la prise en charge et des risques de récurrence.

- Le coût des soins bucco-dentaire a-t-il été un obstacle à l'accès aux soins ?

Les familles ont répondu oui à 60%

- Vous êtes-vous déjà renseigné pour connaître tous vos droits en matière de protection sociale ?

Les familles ont répondu oui à 70%

- Si oui, auprès de qui ? (Figure 9)

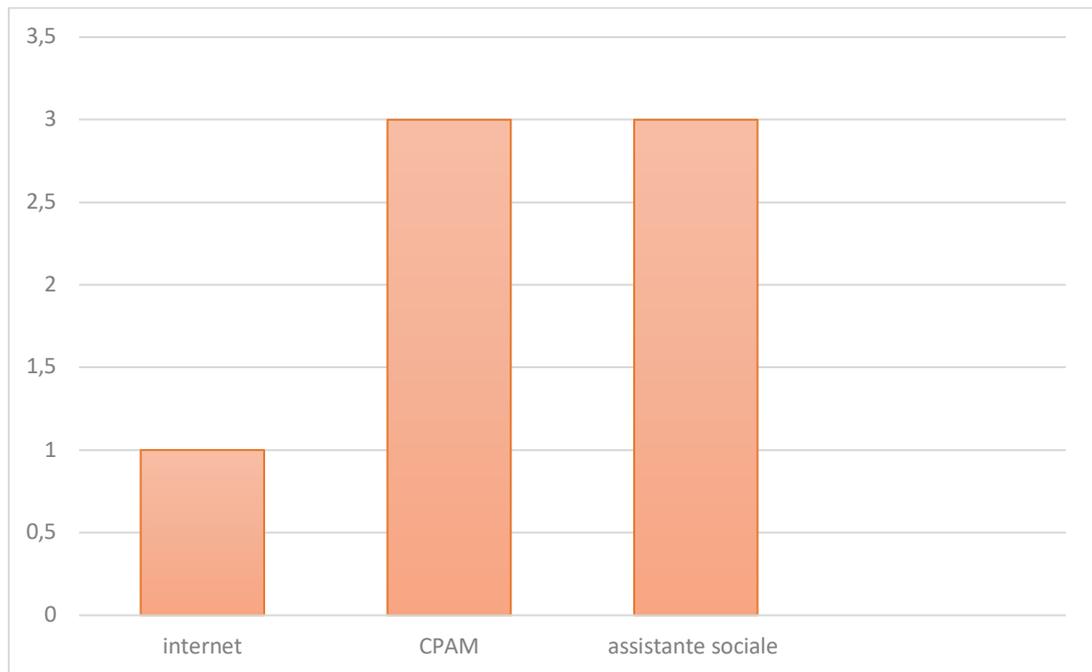


Figure 9 : Les sources de renseignements en matière de protection sociale (source : auteure)

Pour les familles parlant français, les recherches se sont faites principalement auprès de la CPAM tandis que, pour les autres familles, ce sont des assistantes sociales qui les ont épaulé dans leurs démarches administratives.

4/ Les freins liés aux pratiques professionnelles :

- Vous êtes-vous dirigés dans un premier temps en cabinet de ville ou directement à l'hôpital pour les soins dentaires de votre enfant ? (Figure 10)

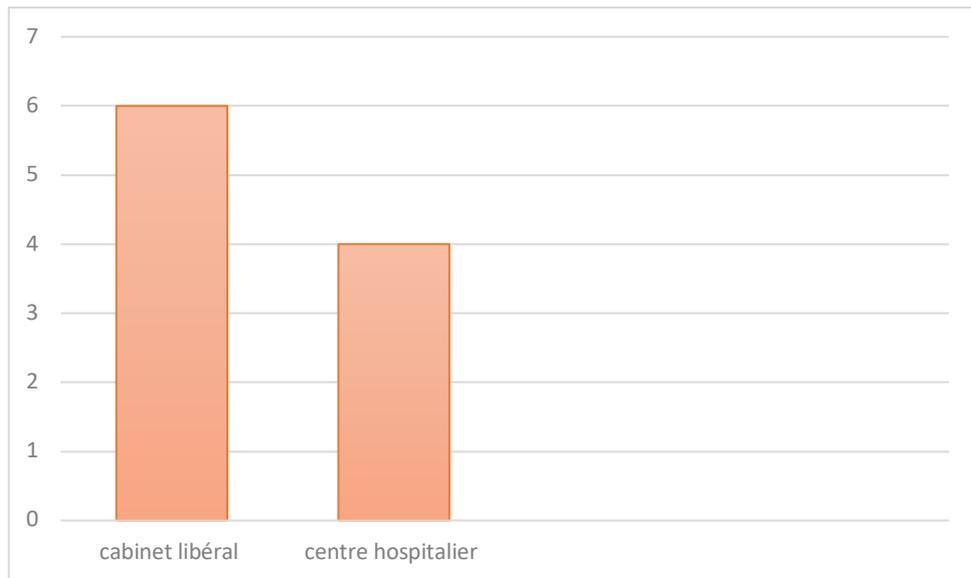


Figure 10 : Choix de la structure pour les soins buccodentaire (source : auteure)

On note peu de différences quant au choix de la structure pour la première consultation buccodentaire de l'enfant

- Si cabinet de ville, vous a-t-on déjà refusé un rendez-vous ?

Les familles ont répondu oui à 70%

- Si oui, pourquoi ? (Figure 11)

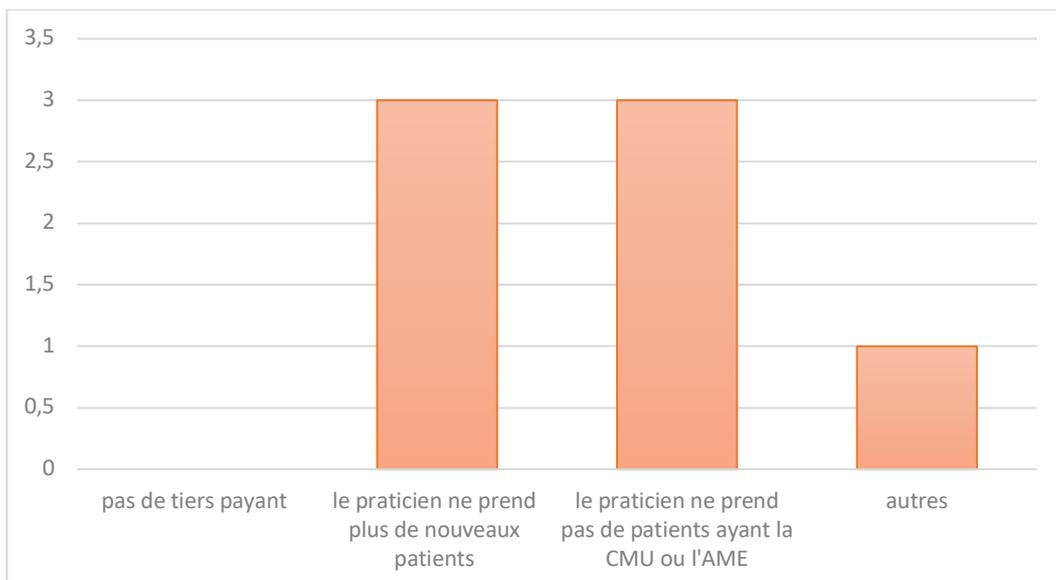


Figure 11: Les causes de refus de rendez-vous (source : auteure)

Les familles se sont vues refuser des rendez-vous soit par des praticiens ne prenant pas de nouveaux patients soit par des praticiens refusant de prendre des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME

- En règle générale le délai de rendez-vous était-il raisonnable ? (moins de 1 mois)

Les familles ont répondu oui à 60%

3/ Expérience :

- Une fois la consultation en cabinet de ville passée, vous a-t-on redirigé vers le milieu hospitalier pour la poursuite des soins ?

Les familles ont répondu oui à 60%

- Si oui, était-ce pour une prise en charge spécifique : (Figure 12)

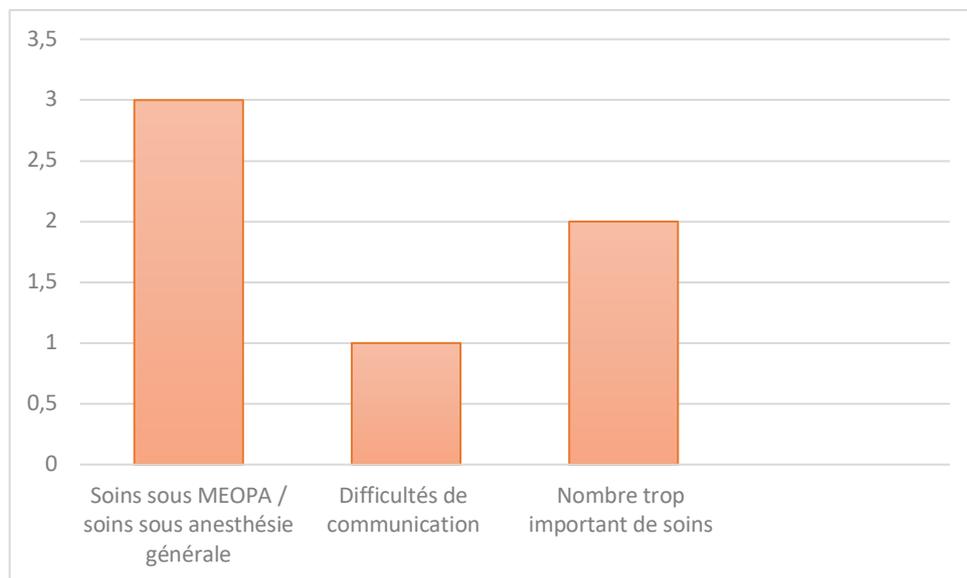


Figure 12 : Les motifs d'une prise en charge en milieu hospitalier (source : auteure)

Les chirurgiens-dentistes adressent donc principalement les enfants en secteur hospitalier pour des soins sous MEOPA ou sous anesthésie générale.

- Estimez-vous avoir été bien informés sur la prise en charge de votre enfant ?

Les familles ont répondu oui à 50%

- Avez-vous eu des informations concernant la prévention des récives ?

Les familles ont répondu oui à 50%

- Avez-vous des suggestions à apporter ? Lesquelles ?

Nous transcrivons ici les réflexions des familles :

« Chez nous, on emmène les enfants chez le dentiste que quand ça ne va pas, alors qu'en France on peut faire des contrôles il faudrait qu'on soit mieux informé sur ça »

« On voudrait être mieux accueillis par les médecins et qu'on nous aide à dire ce qu'on a et qui ne va pas »

« Les dentistes ne se rendent pas compte dans quelle situation ils nous mettent en nous renvoyant à l'hôpital pour les enfants. Les rendez-vous sont trop longs à avoir, souvent on laisse tomber et les gamins souffrent »

« Les dentistes à l'école c'est bien mais il faut pouvoir accéder aux soins après, et trouver un dentiste qui veillent bien de nous ça n'a pas été simple »

« Ça a été dur d'apprendre aux enfants à se brosser les dents, personne ne nous a appris ; nous, nos parents ne le faisaient pas, nos grands-parents non plus, il faut que ça change »

« Une fois je me suis fait agresser par un dentiste qui m'a dit « vous avez vu l'état de votre bouche ? Même quand on n'a pas de sous on peut au moins se les brosser » du coup, on a peur du regard des dentistes maintenant, alors parfois on envoie les enfants se faire soigner avant, et s'ils sont contents et n'ont pas eu mal alors on y va à notre tour »

« Avec la CMU on a l'impression de mettre plus de temps à avoir un rendez-vous et quand on en a un on nous dit souvent « si vous le loupez, vous n'en aurez pas un deuxième ». Donc maintenant je vais à la faculté ou à l'hôpital, au moins eux ils me prennent même si on y reste longtemps à chaque fois »

Conclusion : Les familles avouent être plutôt bien renseignées sur leurs droits en termes de protection sociale, même si les démarches pour les obtenir restent longues et complexes. Les mauvaises expériences au sein de cabinet dentaire sont fréquentes du fait notamment de la barrière de la langue mais également du type de protection sociale. Ces familles sont donc souvent renvoyées dans des centres spécialisés, et ceci est d'autant plus vrai pour la prise en charge des enfants qui s'effectue de plus en plus à l'hôpital pour des soins sous MEOPA ou sous anesthésie générale

3.3.2. Enquête réalisée auprès de chirurgiens-dentistes lorrains

Matériel et méthode :

Nous avons cherché à constituer un échantillon varié de chirurgiens-dentistes de Lorraine pour nous permettre de recueillir les expériences et les impressions de praticiens sensibilisés ou non à l'accès aux soins de populations défavorisées.

10 chirurgiens-dentistes de la région Lorraine ont participé à notre enquête. Il s'agissait de connaissances, ils n'ont donc pas été sélectionnés au hasard mais selon leur âge et leur lieu d'exercice. En effet, il nous a semblé pertinent d'avoir à la fois des chirurgiens-dentistes exerçant en ville et des praticiens exerçant en campagne ; les populations soignées étant différentes.

Le questionnaire a été réalisé sous forme d'entretien individuel.

Par ce questionnaire nous avons voulu mettre en exergue, d'une part, les habitudes des praticiens concernant la prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale et, d'autre part, les difficultés inhérentes à la prise en charge de cette population. Le questionnaire se trouve en annexe

Résultats :

Caractérisation de l'échantillon : (Figure 13 et Figure 14)

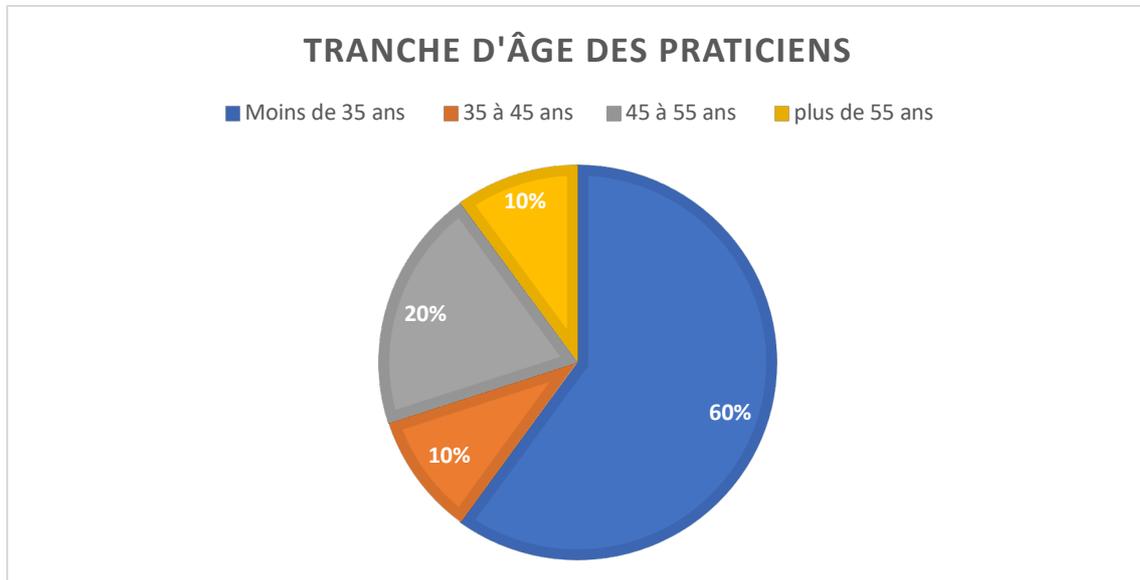


Figure 13 : Tranche d'âge des praticiens interrogés (source : auteure)

Les praticiens interrogés ont pour la plupart moins de 35 ans.

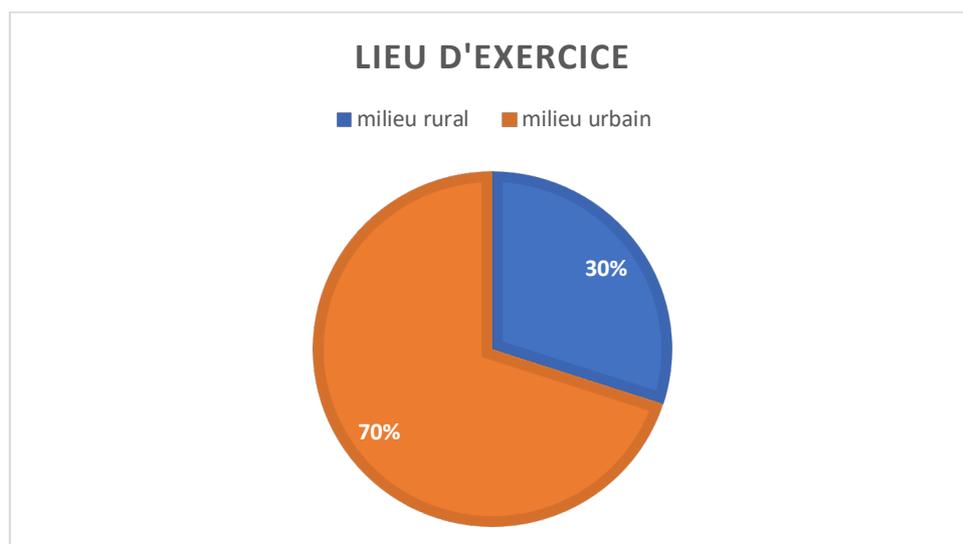


Figure 14 : Lieu d'exercice des praticiens interrogés (source : auteure)

Les praticiens interrogés dans notre étude exercent en majorité en milieu urbain.

1/ Représentations et stéréotypes des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME :

Les praticiens qui ont participé à notre enquête sont nombreux à repérer le statut socio-économique de leurs patients et, de ce fait, à modifier leur comportement. Ils assurent, pour la plupart, les soins chez ce type de patient mais avouent donner des délais de rendez-vous importants et rediriger plus facilement vers des centres de soins.

- Repérez-vous la catégorie sociale de vos patients ?

Les praticiens ont répondu oui à 60 %

- Si oui, votre mode d'organisation est-il différent selon le type de patient ?

(Figure 15)

- Les délais de rendez-vous sont-ils allongés ?
- Orientez-vous les patients vers un centre de soins ?
- Les soins délivrés sont-ils différents ?
- Autres

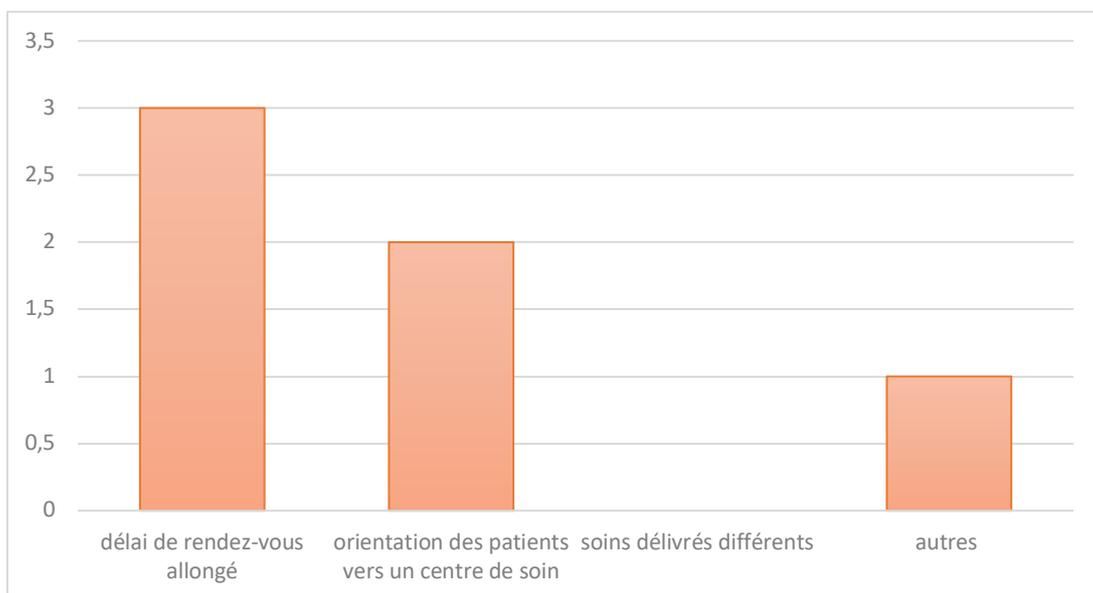


Figure 15: Mode d'organisation en fonction du type de patient (source : auteure)

On note que lorsque les praticiens catégorisent les patients, les délais de rendez-vous sont allongés pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME

- Assurez-vous la prise en charge de la plupart de ces patients ?

Les praticiens ont répondu oui à 80 %

- Si non, pour quelles raisons ? (Figure 16)
 - *Nombre important de rendez-vous non honorés*
 - *Lourdeur administrative*
 - *Comportements des patients non adaptés*
 - *Tiers payant – lenteur du remboursement*

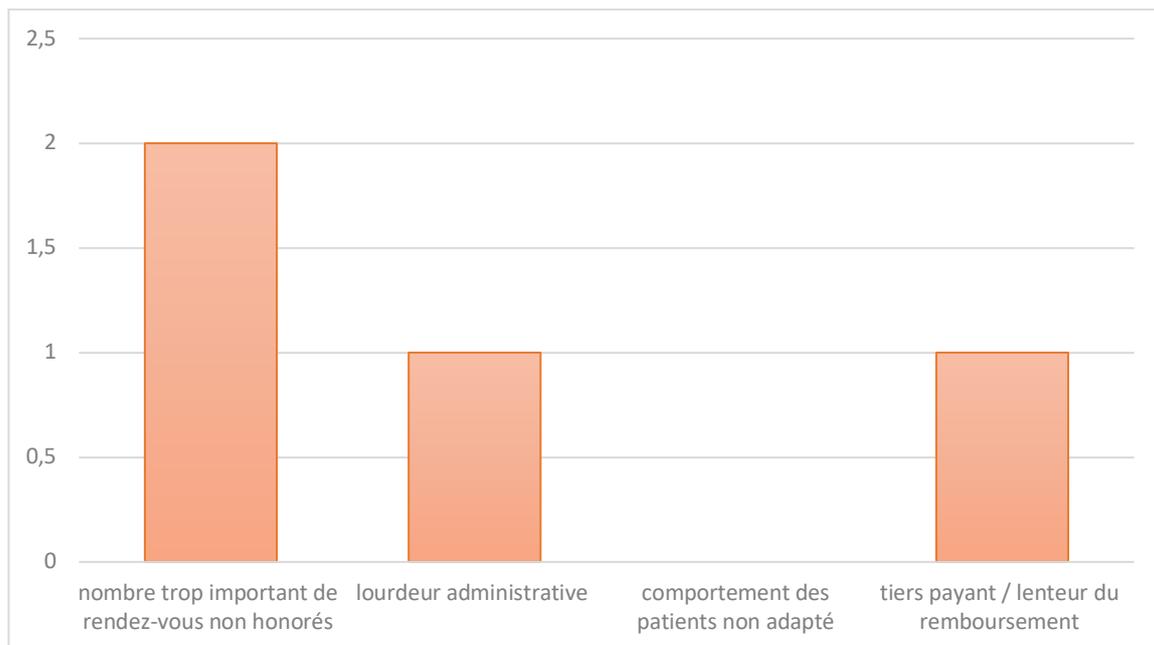


Figure 16 : Motifs de refus des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (source : auteure)

Les chirurgiens-dentistes avouent ne plus prendre en charge ces patients du fait majoritairement d'un nombre trop important de rendez-vous manqués.

- Vous servez-vous de ces patients comme variable d'ajustement pour maîtriser la file active de patients ?

Les praticiens ont répondu Non à 60 %

- Avez-vous déjà dispensé des actes gratuits chez un patient ne disposant pas de couverture sociale ?

Les praticiens ont répondu Non à 70 %

2/ Epidémiologie :

La part d'enfants soignés en situation de vulnérabilité n'excède pas 50% de la patientèle, il s'agit surtout d'enfants étrangers/réfugiés qui ont pour la plupart déjà bénéficié de soins bucco-dentaires.

- Quelle est la part d'enfants en situation de vulnérabilité pris en charge dans votre cabinet ? (Figure 17)
 - 0 à 30%
 - 30 à 50%
 - 50 à 70%

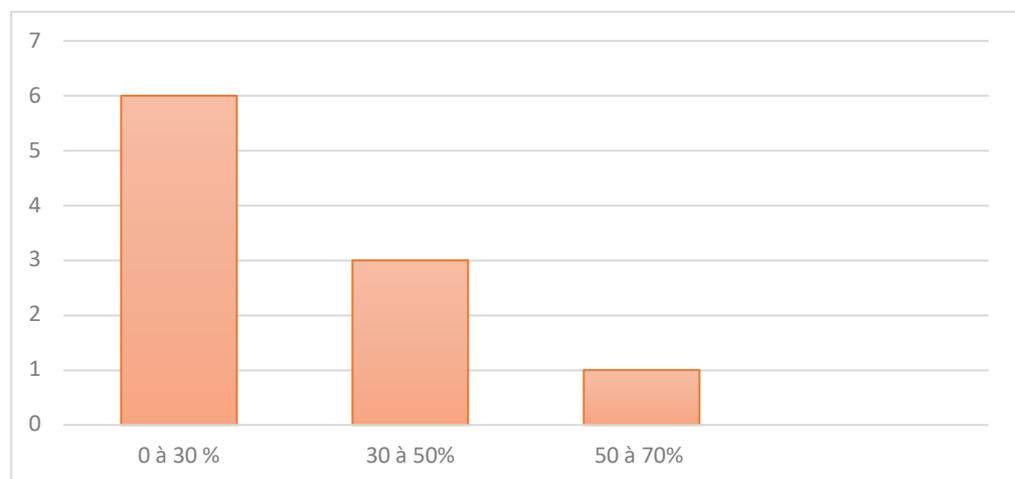


Figure 17 : Part d'enfants en situation de vulnérabilité pris en charge (source : auteure)

Les enfants en situation de vulnérabilité représentent en règle générale moins de 30% de la patientèle.

- Parmi ces enfants en situation de vulnérabilité, rencontrez-vous beaucoup d'enfants :

- Réfugiés
- Étrangers
- Sans papiers

Les praticiens ont répondu oui à 60 %

- En règle générale, ces enfants ont-ils déjà eu recours à des soins dentaires ?

Les praticiens ont répondu oui à 70 %

3/ Prise en charge :

On note que ces enfants sont souvent dans des situations médicales préoccupantes avec beaucoup de soins à réaliser, des enfants anxieux du fait de mauvaises expériences passées mais également du fait de la barrière de la langue. Les praticiens avouent avoir des difficultés de communication, et, de ce fait, n'arrivent pas à gérer certains comportements : le milieu hospitalier représente donc le dernier recours pour pouvoir réaliser les soins chez ces enfants.

- Rencontrez-vous des difficultés de communication ?

Les praticiens ont répondu oui à 70 %

- Avez-vous remarqué un état de santé bucco-dentaire préoccupant chez ces enfants ?

Les praticiens ont répondu oui à 80 %

- Envoyez-vous systématiquement ces enfants en milieu hospitalier après une première consultation ?

Les praticiens ont répondu oui à 40 %

- Si oui, pourquoi ? (Figure 18)
 - Comportement inadapté
 - Difficultés de communication
 - Nombre trop important de soins à réaliser

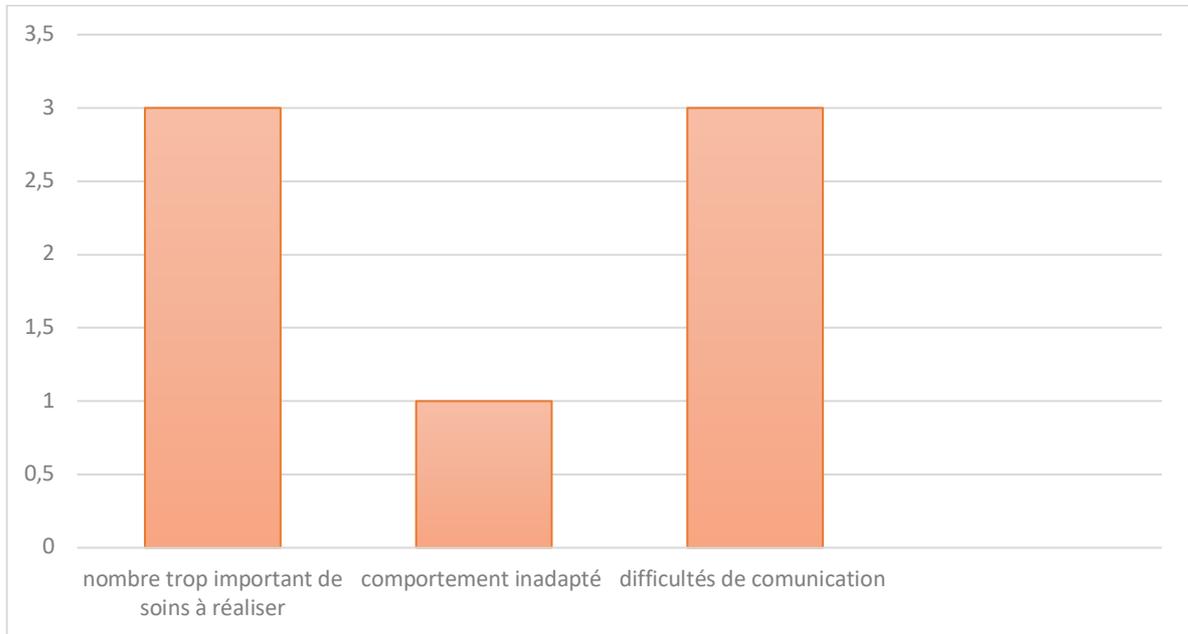


Figure 18 : Motifs de renvoi des patients en secteur hospitalier (source : auteure)

Les enfants sont adressés en secteur hospitalier principalement du fait d'un nombre trop important de soins à réaliser mais également de difficultés de communication lorsque les enfants ne parlent pas français.

4/ Suivi :

Le suivi de ces populations semble être compliqué à gérer pour les praticiens : les rendez-vous ne sont pas honorés et les récidives post soins sont nombreuses du fait notamment d'une hygiène orale déficiente.

- Avez-vous remarqué un taux plus important de non observance des rendez-vous chez ces familles pour le suivi des enfants ?

Les praticiens ont répondu oui à 60 %

- Les récurrences post soins sont-elles plus fréquentes chez ces enfants ?

Les praticiens ont répondu oui à 70 %

- Avez-vous adopté une méthode de prévention et éducation à l'hygiène orale différente chez ces populations ?

Les praticiens ont répondu non à 60 %

- Avez-vous des suggestions à apporter ? Lesquelles ?

Nous transcrivons ici les réflexions des praticiens :

« On dit toujours « mieux vaut prévenir que guérir » mais malheureusement la prévention n'est pas remboursée »

« Certains patients assistés sont d'une agressivité et d'une arrogance étonnante, on a l'impression que tout leur est dû... »

« Les soins dentaires ne sont déjà pas simples chez des adultes ne parlant pas français, alors chez les enfants qui ont peur... je vous laisse imaginer (...) on préfère envoyer l'enfant à l'hôpital »

Conclusion : Les chirurgiens-dentistes avouent rencontrer quelques obstacles pour assurer les soins chez ces populations vulnérables. Le critère social est le plus souvent évoqué avec notamment des difficultés de communication et donc des difficultés pour assurer les soins. Vient ensuite le critère économique, puisque les chirurgiens-dentistes mettent l'accent sur la lourdeur administrative et la lenteur des remboursements. Chez ces enfants en situation de vulnérabilité, les soins sont plus compliqués à assurer du fait de la barrière de la langue et du nombre important de soins à réaliser. Les chirurgiens-dentistes préfèrent donc réorienter ces enfants vers des structures hospitalières pour assurer la prise en charge et le suivi.

4. Étude quantitative réalisée au sein du CHRU de Nancy-Brabois

4.1. Matériel et Méthode

4.1.1. Le recueil des données

Après accord de Mr Dupont, directeur général du CHRU Nancy-Brabois, et avec l'aide des docteurs Jeanne Fresson et Aurélie Bannay du service d'évaluation et d'information médicales, le recueil des données s'est fait via la base de données du la CHRU qui regroupe toutes les interventions effectuées sous anesthésie générale en 2015, 2016 et 2017. Nous avons sélectionné les patients âgés de 2 à 18 ans et ayant réalisé au moins l'un des actes CCAM du tableau se trouvant en annexe. Nous avons distingué dans une partie les patients bénéficiaires de l'AME, la CMU ou le forfait pour les étrangers des autres patients.

4.1.2. Les paramètres étudiés

4.1.2.1. L'âge du patient le jour de l'intervention

Il a été calculé en fonction de la date de naissance des patients et de la date de l'intervention.

Les patients au jour de l'intervention ont été classés par tranche d'âge :

4.1.2.1.1. Tranche d'âge 2-6 ans.

Elle court jusqu'à la fin de la phase de denture temporaire stable.

Avant 7 ans, les visites chez le chirurgien-dentiste peuvent être source de peurs et d'angoisse qui sont normales car l'enfant est confronté à une situation nouvelle qu'il ne comprend pas. Il pourra vivre les soins comme une agression et chercher à se protéger en développant des comportements gênant la réalisation des soins. Dans certains cas, ces comportements pourront induire le recours à un autre type de prise en charge comme l'anesthésie générale.

4.1.2.1.2. Tranche d'âge 7-12 ans.

Elle correspond aux phases de constitution de la denture mixte et de denture mixte stable.

A partir de 7 ans, l'enfant accède à la pensée logique, il entre au niveau affectif dans une phase de latence qui lui permet d'être plus intéressé par l'activité intellectuelle et son environnement plutôt que par lui-même. Il peut comprendre l'explication du praticien.

Il peut néanmoins régresser sous l'effet de l'angoisse. Dans cette situation, l'anesthésie générale peut être proposée.

4.1.2.1.3. Tranche d'âge 12-17ans.

Elle coïncide avec les phases de constitution de la denture adolescente et de la denture adolescente stable.

A partir de 15 ans, la phase partant de la constitution de la denture adulte jeune et finissant par la denture adulte complète commence.

L'indication de l'anesthésie générale pour cette tranche d'âge est retenue principalement en raison de la présence d'un handicap, d'une pathologie générale ou en fonction du type d'acte à réaliser et de sa difficulté : germectomies des quatre dents de sagesse, par exemple.

4.1.2.2. Le type de protection sociale

Les patients ont été classés en 4 groupes :

- Patients bénéficiaires de la CMU
- Patients bénéficiaires de l'AME
- Forfait pour les étrangers
- Autres patients

4.1.2.3. Le délai entre la première consultation et l'intervention

Ce délai a été défini en prenant comme date de première consultation la date où a été prise la décision de réaliser l'anesthésie générale.

4.1.2.4. Le type de soins réalisés

- Pulpotomie
- Sealant
- Restaurations 1 face
- Restauration 2 faces
- Restauration 3 faces
- Avulsion dents temporaires
- Avulsion dents permanentes

4.1.2.5. Récidives

Les patients ayant eu plusieurs interventions sous anesthésie générale pendant la période concernée ont été recensés. Nous verrons s'il existe un lien entre la récurrence et le niveau socio-économique des familles

4.2. Résultats

4.2.1. Nombre total de séjours

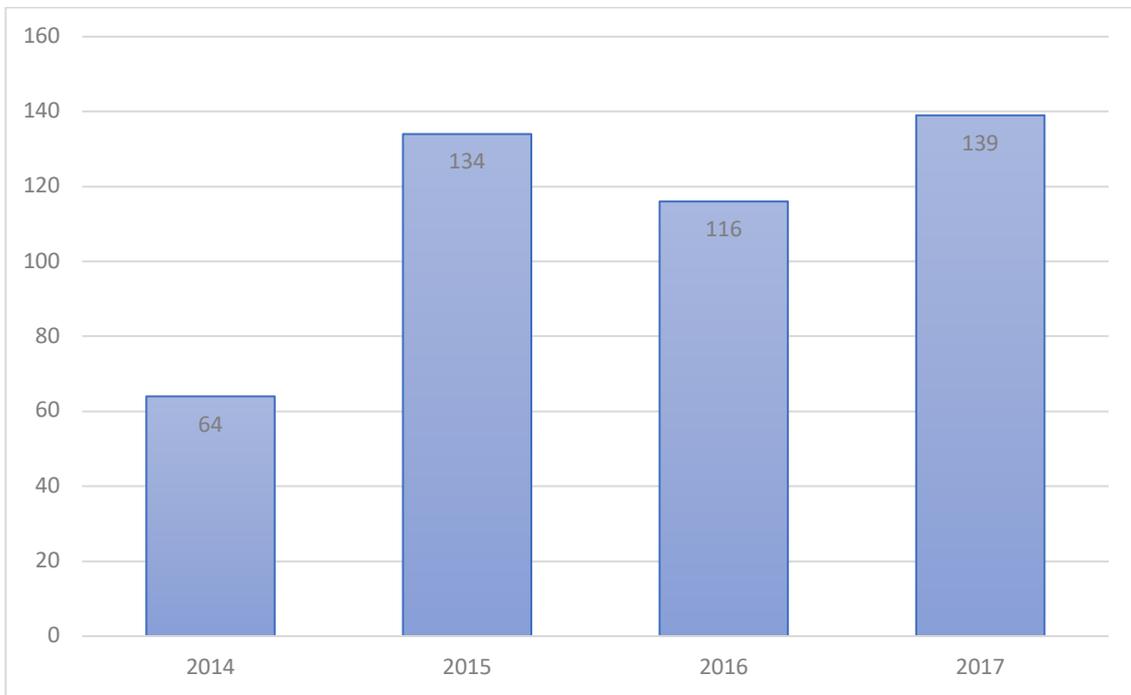


Figure 19 : Nombre séjours en ambulatoire pour des soins buccodentaires sous anesthésie générale en fonction de l'année (source : auteure)

Le nombre d'interventions sous anesthésie générale pour des soins buccodentaire est relativement stable avec une moyenne de 130 séjours par an. (Figure 19)

4.2.2. Répartition des séjours en fonction de l'âge

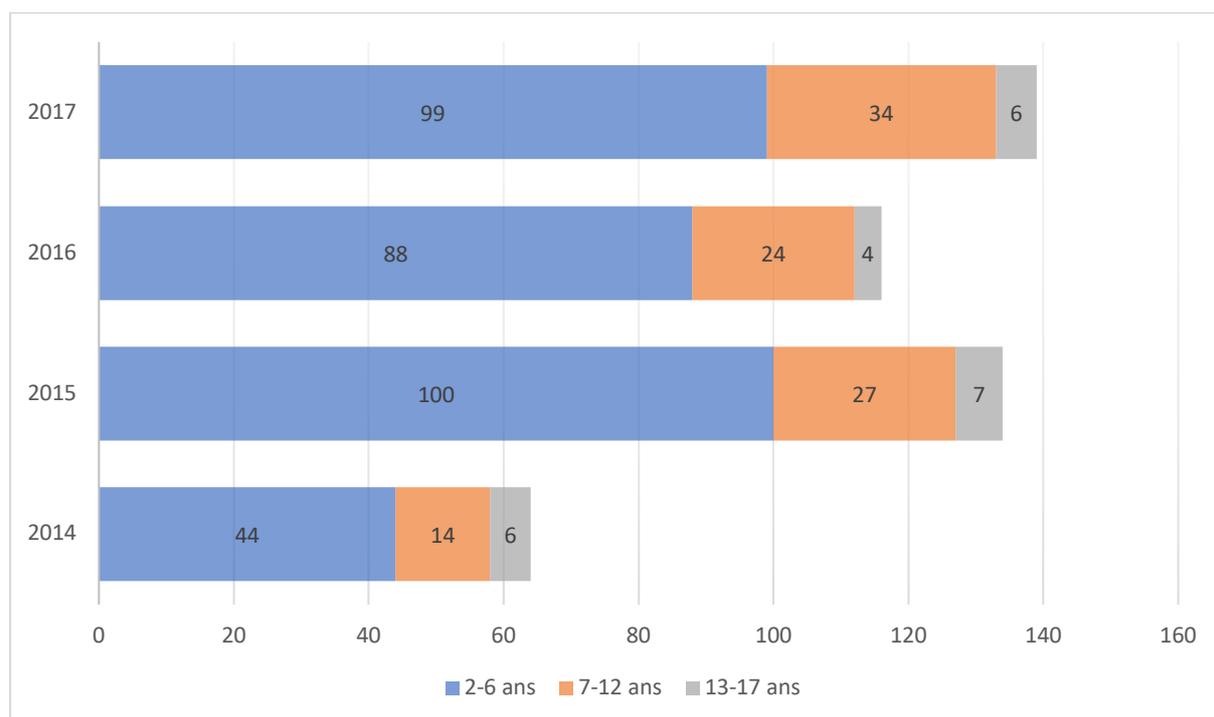


Figure 20 : Répartition des séjours en fonction de l'âge (source : auteure)

La majorité des interventions effectuées sous anesthésie générale concerne les enfants âgés de 2 à 6 ans qui représentent plus de 70% des séjours.

On note qu'entre 2014 et 2017, pour les tranches d'âge 2-6 ans et 7-12 ans les chiffres ont doublé, alors que la prise en charge des 13-17 ans est restée stable et minoritaire. (Figure 20)

4.2.3. Nombre séjours des personnes en situation de vulnérabilité

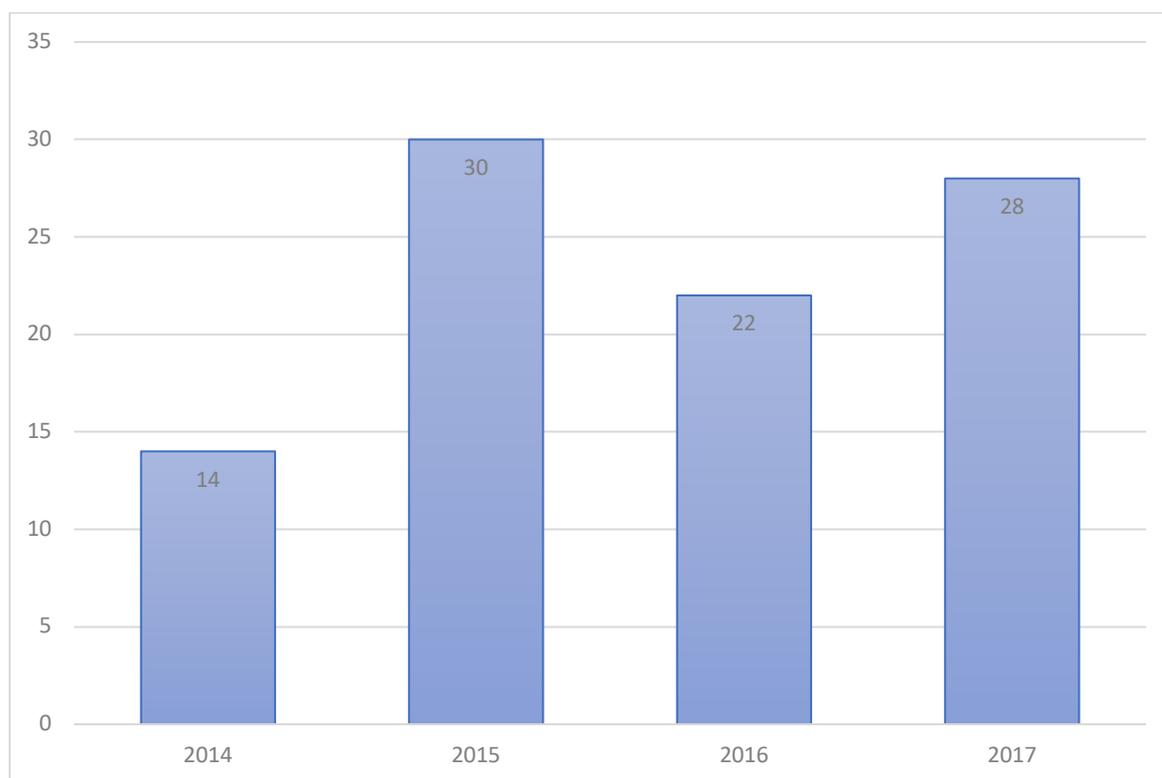


Figure 21 : Nombre séjours enfants en situation de vulnérabilité (source : auteure)

En 2014, 64 enfants ont eu une intervention sous anesthésie générale pour des soins buccodentaires, 14 d'entre eux étaient en situation de vulnérabilité.

En 2015, 134 enfants ont eu une intervention sous anesthésie générale pour des soins buccodentaires, 30 d'entre eux étaient en situation de vulnérabilité.

En 2016, 116 enfants ont eu une intervention sous anesthésie générale pour des soins buccodentaires, 22 d'entre eux étaient en situation de vulnérabilité.

En 2017, 139 enfants ont eu une intervention sous anesthésie générale pour des soins buccodentaires, 28 d'entre eux étaient en situation de vulnérabilité. (Figure 21)

On note donc qu'environ 20% des patients pris en charge en ambulatoire sont des patients en situation de précarité.

Ces chiffres montrent que, malgré le besoin important de soins au sein de cette population, seule une minorité d'entre eux subissent une intervention sous anesthésie générale : est-ce pour un problème de non-connaissance des possibilités de prise en charge buccodentaire ? est-ce dû à des délais de rendez-vous trop importants qui démotivent les familles ?

Ce passage à l'hôpital ne semble en tout cas pas la solution pour ces enfants en situation de vulnérabilité, et il serait nécessaire de former les praticiens libéraux à une prise en charge adaptée de ces populations avec des actions de prévention renforcées.

4.2.4. Répartition des séjours des personnes en situation de vulnérabilité en fonction de l'âge

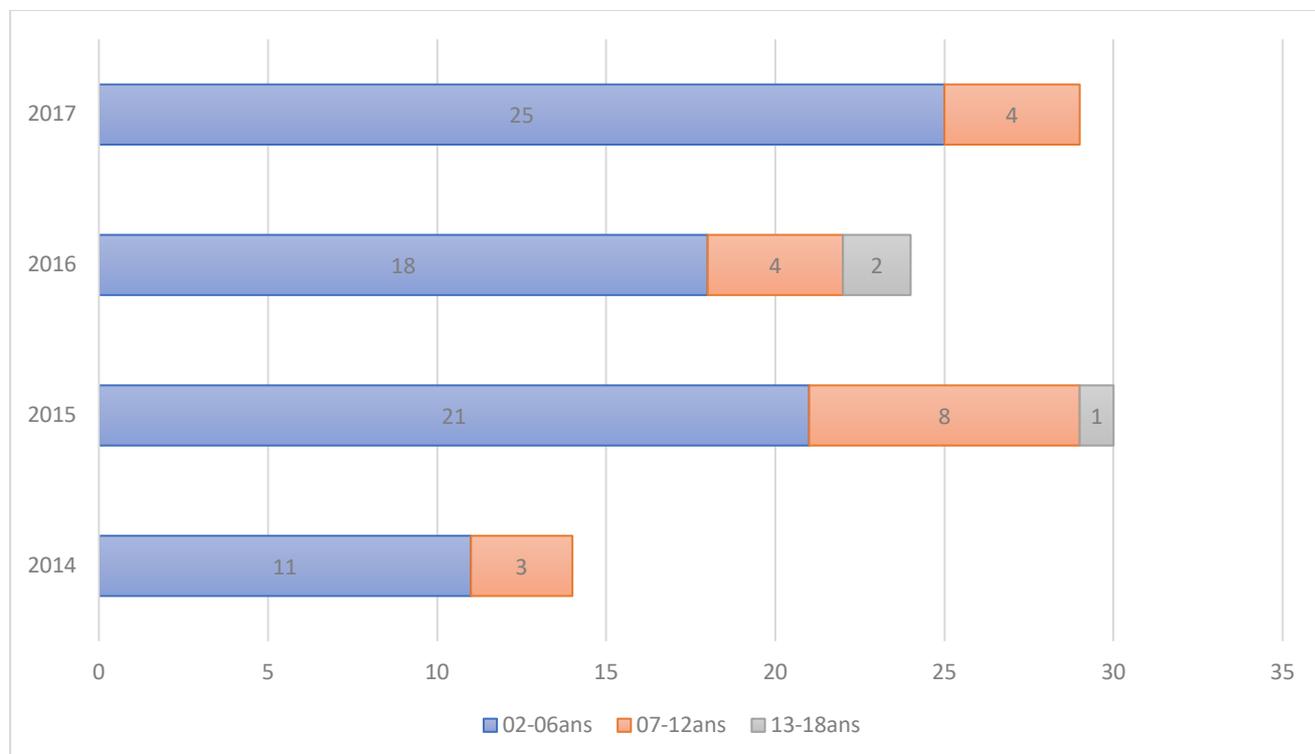


Figure 22 : Répartition séjour enfants en situation de vulnérabilité en fonction de l'âge (source : auteure)

Chez les enfants en situation de vulnérabilité, la majorité des interventions effectuées sous anesthésie générale concerne les enfants âgés de 2 à 6 ans qui représentent plus de 70% des séjours. (Figure 22)

4.2.5. Distribution des patients en fonction du motif de l'intervention`

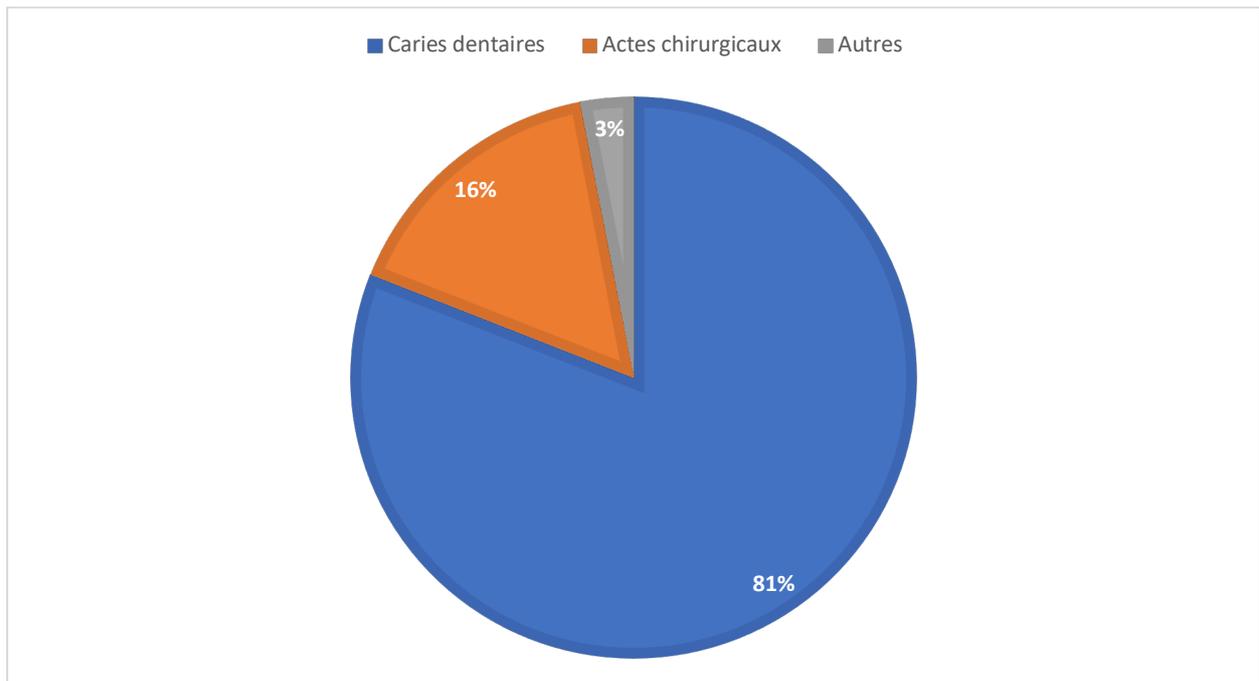


Figure 23 : Distribution des patients en fonction du motif de l'intervention (source : auteure)

Les caries dentaires représentent le motif d'intervention le plus courant, il concerne généralement des enfants en bas âge présentant des « caries de la petite enfance » (CPE).

Les interventions sous anesthésie générale pour les actes chirurgicaux sont peu fréquentes chez les enfants et ne représentent qu'une très faible part des soins effectués. (Figure 23)

4.2.6. Distribution des actes en fonction du type de denture

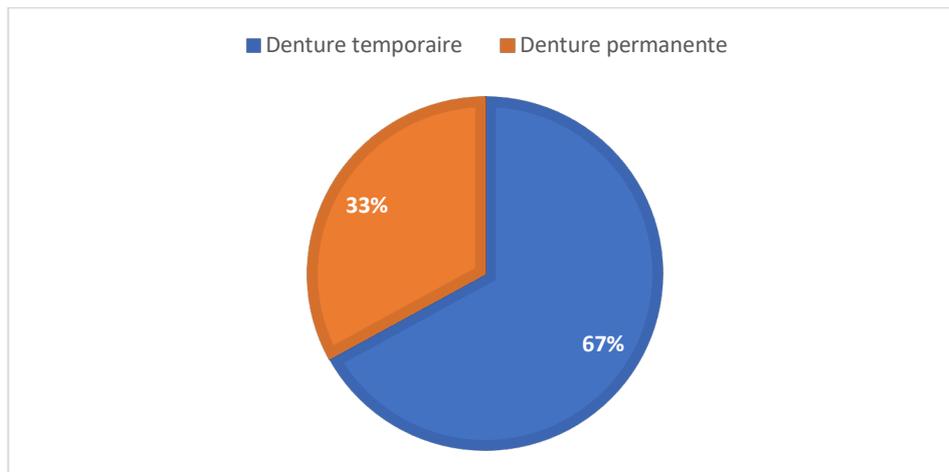


Figure 24 : Distribution des actes en fonction du type de denture (source : auteure)

La grande majorité des actes effectués sous anesthésie générale concerne les dents temporaires. (Figure 24)

4.2.7. Actes réalisés sous anesthésie générale

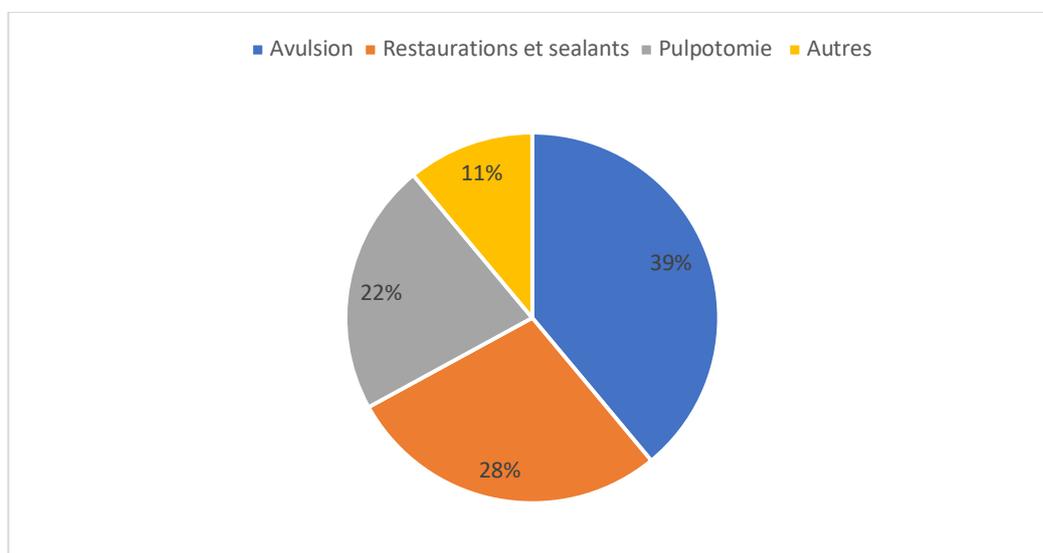


Figure 25 : Actes réalisés sous anesthésie générale pour des soins buccodentaires

Dans notre étude, les actes les plus couramment réalisés sous anesthésie générale sont les avulsions puis les restaurations et sealants et enfin les pulpotomies. (Figure 25)

4.2.8. Consultation suite à l'hospitalisation

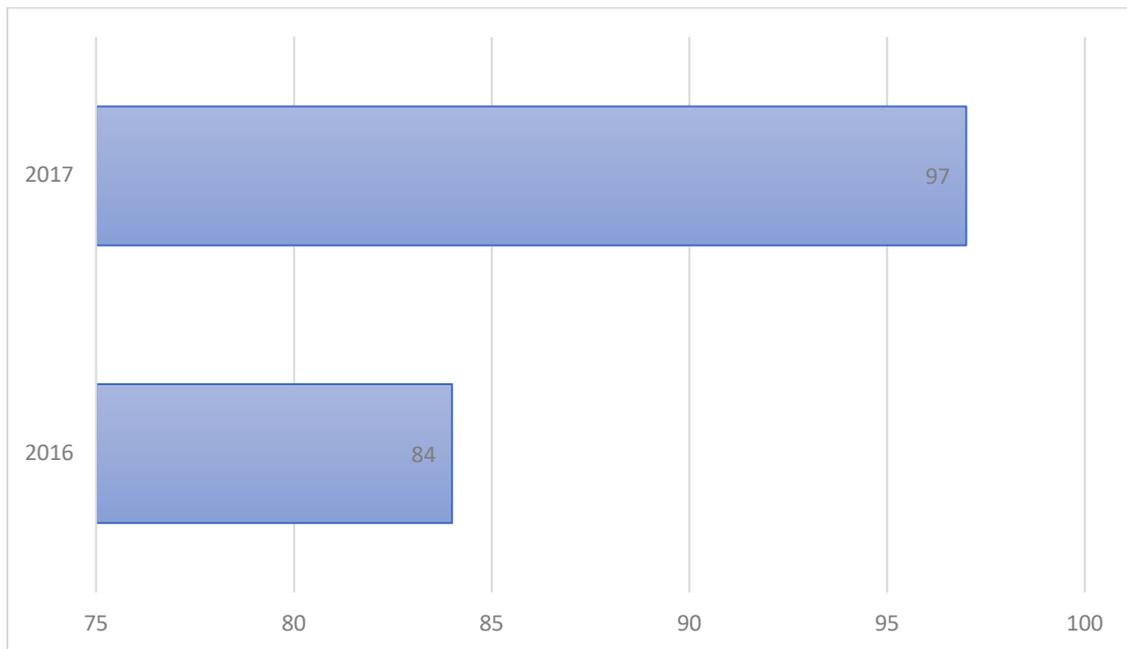


Figure 26 : Nombre de patients avec une autre venue dans le service d'odontologie pédiatrique suite à l'intervention sous anesthésie générale (source : auteure)

En 2016, 116 patients avaient été vus pour des soins sous anesthésie générale, 84 d'entre eux sont revenus pour une consultation de suivi.

En 2017, 139 patients avaient été vus pour des soins sous anesthésie générale, 97 d'entre eux sont revenus pour une consultation de suivi.

On note qu'un peu plus de 70% des enfants ont été revus suite à l'intervention. (Figure 26)

4.2.9. Délai moyen entre l'hospitalisation et la consultation de suivi

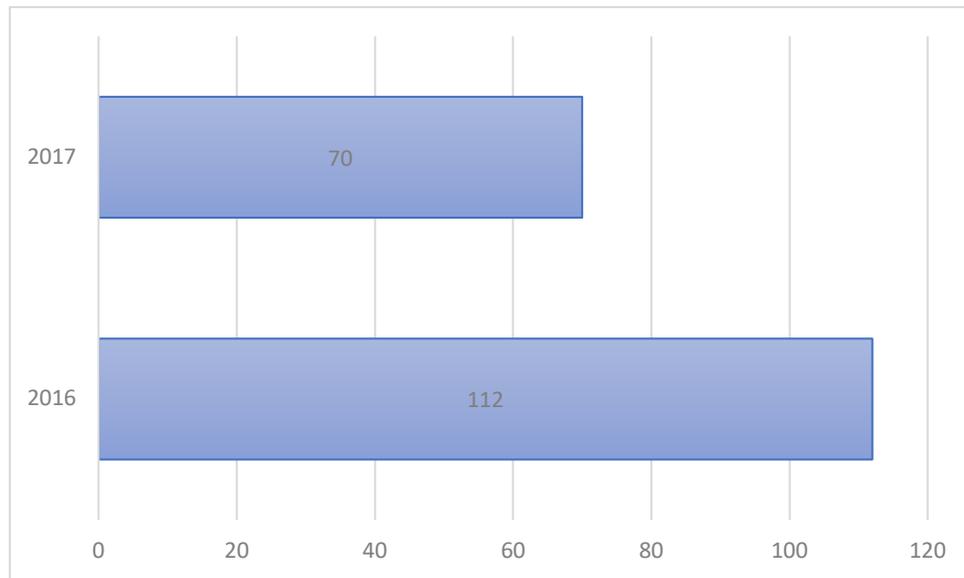


Figure 27 : Délai moyen entre l'hospitalisation et la venue suivante au sein du service d'odontologie pédiatrique (jours) (source : auteure)

Le délai moyen entre l'hospitalisation et la consultation de suivi est de 90 jours. (Figure 27)

5. Discussion

5.1. À propos de l'étude qualitative

Tandis que la profession s'interroge sur les inégalités en matière d'accès aux soins et de prévention d'une partie de la population, il nous a semblé pertinent de recueillir à la fois les constats des chirurgiens-dentistes dans le domaine de la prise en charge des soins buccodentaires chez les enfants mais aussi de connaître les expériences ainsi que le ressenti de familles sur ce sujet.

Pour permettre cette approche au plus près des populations et des praticiens, une étude qualitative, semblable à celles menées par le département santé ATD Quart-Monde, nous a semblé la plus adaptée puisqu'elle permet de recueillir directement les paroles, d'interagir avec les sujets, de préciser les difficultés et, pourquoi pas, de faire émerger des propositions.

Le choix du questionnaire réalisé avec ATD a permis de tester et de préciser finement la situation des répondants mais aussi de leur donner des éléments de langages qui leur sont familiers et qui correspondent au plus près à leurs situations : certaines zones de blocage ont donc été levées.

En revanche, le questionnaire n'était pas assez ouvert et la population pas assez sûre de son droit d'usager en matière de santé pour pouvoir se sentir en droit d'être proposant : c'est une faille de l'enquête et il faudrait sans doute retravailler avec un échantillon plus large, sur un temps plus long, pour que ces usagers retrouvent leurs droits et leur capacité de proposant . Un prochain travail doit être poursuivi dans ce sens.

D'une manière générale, il ressort de notre étude que les soins bucco-dentaires sont mal vécus par ces personnes, les mauvaises expériences passées, que ce soit en France ou ailleurs, ont laissé des séquelles. Peur de la douleur et peur d'être rejeté par le corps médical font que ces familles peinent à se rendre chez un chirurgien-dentiste, les rendez-vous sont souvent pris en dernier recours lorsque l'enfant se plaint de douleurs : « chez nous, on emmène les enfants chez le dentiste que quand

ça ne va pas, alors qu'en France on peut faire des contrôles il faudrait qu'on soit mieux informé sur ça »

Les personnes défavorisées ont besoin de propositions de soins plus ciblées et notamment des services de santé individualisés avec un plus haut degré de soutien personnel (33).

On note également que les familles ont un mauvais regard sur l'hôpital : l'impression que le personnel ne prend pas le temps de les écouter et de comprendre leurs difficultés « on voudrait être mieux accueillis par les médecins et qu'on nous aide à dire ce qu'on a et qui ne va pas » , des rendez-vous qui paraissent souvent interminables : « à chaque fois qu'on allait à l'hôpital pour les dents du gamin, on y restait au moins 2 heures, un moment on a arrêté ça nous prenait trop de temps », mais également des soins qui font peur ; certainement par manque d'information.

« La prise en considération de l'histoire personnelle et professionnelle des patients est parfois difficile, mais pourrait améliorer la compréhension entre le personnel soignant (notamment certains médecins) et le soigné en général et particulièrement la personne en situation précaire. » (43)

Concernant les praticiens que nous avons interrogés, ils semblent être un peu dépassés par la prise en charge des enfants, et ceci est d'autant plus vrai lorsque les enfants sont en situation de vulnérabilité. Nous notons l'apathie du soignant face à la misère, comme le décrit ATD Quart Monde « de leur côté les plus pauvres décrivent la sidération des médecins ou des soignants devant leur misère et ceci leur fait perdre du temps dans le diagnostic et dans la prise en charge ». (27)

Nous revenons alors sur l'étude du défenseur des droits du 27 janvier 2017 : Quelle société peut accepter de culpabiliser les enfants parce qu'ils sont pauvres ? Quels adultes sommes-nous pour écarter des innocents qui n'ont pas demandé à être dans ces situations et qui subissent de plein fouet la pauvreté ? Comme nous l'avons mentionné dans notre première partie, 20% des enfants sont pauvres, 30 000 vivent dans la rue, dans un pays relégué à la 14^{ème} place en matière de pauvreté infantile, pays réputé des droits de l'homme et de la justice sociale.

Cette population est mal perçue avec « un traitement différent du patient selon son portemonnaie ». Comme l'a indiquée l'étude « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes » de Caroline Desprès (13), nous voyons décrits des comportements négatifs associés à la couverture CMU, comme un accueil désobligeant, qui constituent alors un mode de prise en charge « culpabilisant », même si certains praticiens restent très dévoués et attachent une grande importance à la relation humaine et individuelle.

Lorsque le nombre de soins est trop important, notamment dans le cadre du « syndrome du biberon », ou lorsqu'il existe une barrière au niveau de la langue, beaucoup de praticiens avouent rediriger systématiquement cette population en secteur hospitalier pour une prise en charge spécifique : « pour mettre l'enfant à l'aise et dissoudre la peur, il faut instaurer une relation de confiance et ceci passe par le biais de la communication (...) si l'enfant ne parle pas français, cela devient compliqué à mettre en place et la solution de facilité reste de l'adresser à l'hôpital »

Pour compléter notre questionnaire sur le point de vue des praticiens, une étude récente sur l'offre de soins d'odontologie pédiatrique en France (29) a montré que 18% à 22% des chirurgiens-dentistes ne prenaient en charge ni les enfants ni les adolescents. Parmi les praticiens déclarant les traiter, 7% déclarent ne pas traiter les enfants de moins de 6 ans et 57 à 90% déclarent ne les traiter que rarement.

Il faut dire qu'il y a encore 40 ans on entendait couramment les chirurgiens-dentistes dire qu'ils ne soignaient pas les enfants parce que les dents de lait étaient amenées à tomber. En peu d'années on note un changement très important dans la profession, une spécialité d'odontologie pédiatrique a vu le jour et des recommandations de bonnes pratiques, ont été mises en place. Le problème reste l'aspect financier avec une spécialité dont les tarifs ne sont pas totalement opposables et laissent des restes à charge importants à des familles qui, pour la plupart, n'en ont pas les moyens : se pose alors la question de l'inégalité de notre système de santé notamment pour l'accès à certains soins réservés à une certaine partie de la population.

On note aussi que 83 à 95% des chirurgiens-dentistes adressent plus ou moins régulièrement des enfants et adolescents à des confrères spécialistes ou à des structures hospitalières pour une prise en charge adaptée. En cause, le manque de coopération de l'enfant est cité par plus de 90% des chirurgiens-dentistes de cette étude, vient ensuite un manque de moyen technique (chirurgiens-dentistes non équipés pour l'utilisation de MEOPA, mainteneurs d'espace ou prothèses pédiatriques sont considérés comme des actes difficiles) et enfin l'aspect financier est évoqué avec des soins considérés comme déficitaires et mal payés par rapport au temps passé.

Il ne faut donc pas négliger la question de la rémunération de l'acte chez les enfants : Quel est le moteur de calcul ? L'âge est-il pris en compte ? Est-ce un acte technique ? La vulnérabilité de l'enfant peut-elle être prise en charge ? En effet, les personnes en situation de handicap se sont vu attribuer un bonus pour les soins (43), ne peut-il pas en être de même pour des enfants qui ne peuvent maîtriser leur peur ?

Nous sommes conscients que l'ensemble des résultats ne peut être représentatif de tous les chirurgiens-dentistes ou de toute une population défavorisée. En effet, les échantillons ont été recrutés par le biais de connaissances, selon des critères parfois subjectifs.

Cette étude offre donc un premier regard sur la prise en charge buccodentaire des enfants vulnérables en Lorraine, il serait intéressant que cette recherche soit étendue à des échantillons plus larges, en termes de nombre et en termes de répartition géographique.

Une approche quantitative nous a semblé alors indispensable pour approfondir les résultats et serait plus à même d'offrir une vue objective de la prise en charge. Elle permet de compléter et de valider les résultats obtenus en croisant les données recueillies, via le questionnaire, avec des données recueillies directement au sein du CHRU afin de dresser un premier bilan de la prise en charge ambulatoire des soins buccodentaires chez les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale au CHRU de Nancy.

5.2. À propos de l'étude quantitative

La part des patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME parmi les enfants ayant subi une intervention sous anesthésie générale est, en moyenne, de 20% ; or, en Lorraine, le taux de patients, dans la population générale bénéficiant de la CMU ou de l'AME, d'après les statistiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, est de 8% : la prise en charge ambulatoire concerne une population avec des revenus plus faibles que la population générale lorraine et les enfants ayant la CMU y sont surreprésentés.

Une étude menée par Uribe (35) a montré que les enfants ayant été adressés pour une intervention sous anesthésie générale dans le cadre de « caries de la petite enfance » avaient, quel que soit le niveau économique et social de la famille, les mêmes facteurs de risque, à savoir : la présence de plaque, l'absence de brossage, la consommation d'aliments sucrés et la présence de *Streptococcus Mutans* dans la salive. Cette étude a cependant aussi montré que le niveau socio-économique avait une influence sur la régularité de suivi des traitements.

Cette approche de la prise en charge ambulatoire des soins buccodentaires, chez les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale au sein du CHRU de Nancy, nous a donc permis de démontrer que ce type de population représentait moins d'un quart des patients soignés sous anesthésie générale. Ces chiffres sont étonnants et ne correspondent pas aux données qualitatives, mais l'augmentation des prises en charge hospitalières des patients en situation de vulnérabilité sociale laissent présager une courbe ascendante des chiffres sur les années à venir

Nous constatons ici que les actes sous anesthésie générale ont doublé en quatre ans sur la population générale de 2 à 6 ans et ont plus que doublé (de 14 à 34 interventions) pour la tranche d'âge 7-12 ans de 2014 à 2017. Cette nette tendance est à prendre en compte, elle précède et accompagne les données qualitatives que nous avons notées. Si les jeunes dentistes prennent l'habitude comme ils le disent de transférer la prise en charge des soins les plus lourds des enfants vers les structures hospitalières, cette tendance va se figer et nous aurons à faire face à un

nouveau mode de prise en charge hospitalier de ces pathologies, la dentisterie de ville ne les accueillants plus.

Les « tendances » en santé publique sont le plus souvent ressenties d'abord par les populations vulnérables car elles n'ont pas de carnet d'adresse ou d'argent pour pallier aux mesures nouvelles qui impactent la population générale. En cela ils sont d'excellents interlocuteurs pour accompagner les soignants et les décideurs en santé populationnelle.

La demande de rendez-vous au CHRU est essentiellement motivée par la non prise en charge des enfants jeunes et par les échecs de soins pour cause de non coopération : les soins sous anesthésie générale concernent pour plus de la moitié des enfants âgés de 2 à 6 ans avec une prévalence importante de dents temporaires non soignées.

De plus on note que plus de 70% des patients ont été revus suite à l'intervention au moins pour une consultation de suivi, et ce dans un délai raisonnable de 3 mois : ces chiffres sont encourageants et nous montrent que la majorité des patients et notamment des enfants en situation de vulnérabilité sont assez compliants face aux traitements, contrairement aux idées reçues.

Pour compléter notre recherche, l'étude de Fock-King et Muller Bolla (21) nous montre que 39 % des enfants reçus en consultation en milieu hospitalier n'avaient jamais consulté de chirurgiens-dentistes avant, et ceux-ci étaient âgés en moyenne de 5 ans et demi. Plus de 2/3 des enfants consultant les services hospitaliers sont référés par des chirurgiens-dentistes, des pédiatres, des médecins ou encore un personnel administratif (scolaire, associations...) majoritairement pour un problème particulier, pour une non-coopération aux soins, mais également pour des actes non effectués en cabinet libéral.

Cette étude nous rejoint sur le fait qu'il n'existe pas un nombre plus important de prise en charge en ambulatoire de patients ayant la CMU. (Tableau 5)

Tableau 5 : Situation générale et médicale des enfants pris en charge sous anesthésie générale (source : Fock-King, 2018)

	Ne soigne pas les enfants	Ne fait pas ce type de soins	Enfants non coopérants	Problème particulier
Situation générale				
- Enfant anxieux	29	33	84	29
- Ne parle pas français	9	9	8	4
- Prix libéraux élevés				1
Protection sociale				
- CMU	28	26	26	15
Situation médicale				
- Risque médical	2	3	1	5
- Handicap / Maladie rare	3	8	7	32

On peut, dès lors, se demander si les délais de rendez-vous important dans les départements hospitalo-universitaires d'odontologie pédiatrique, ainsi que les difficultés pour y accéder, ne sont pas responsables du faible taux d'enfants en vulnérabilité pris en charge en ambulatoire au CHRU de Nancy.

Pour répondre à cette question, une « recherche-action » relative à l'amélioration du vécu des enfants dans une prise en charge buccodentaire ambulatoire par « l'expérience patients » est mise en place et financée par l'ARS. Cette recherche est conduite par le département santé d'ATD Quart Monde au sein du CHRU et en lien avec l'Université de Lorraine. A partir des travaux du laboratoire d'idées d'ATD Quart Monde sur la médecine ambulatoire « le développement de la médecine ambulatoire : un autre regard. *Recueil des constats, analyses et préconisations de publics vulnérables relevant de la CMUC et de l'ACS, croisement d'analyse avec des professionnels acteurs de santé* et sur la santé buccodentaire, du travail de L. Marchandot intitulé « 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 » mais également à partir de l'étude de C. Deprès avec, notamment le travail sur « pratiques médicales et dentaires : entre différenciation et discrimination » (13). Le cheminement des patients dans la structure sera analysé avec eux et redonné aux acteurs de la prise en charge

pour construire une optimisation des modes de fonctionnement et de l'implication des patients dans leur parcours de soins.

L'expérience patient représente le 3^e pilier de la qualité en santé, après l'efficience et la sécurité des soins. L'objectif de cette recherche sera de confirmer les préconisations des rapports et études sur le terrain en proposant une méthodologie qui modifie les pratiques pour améliorer le vécu des acteurs de soins et des patients, notamment ceux en situation de vulnérabilité, en prenant en compte leurs ressentis et leurs paroles.

Pour définir le parcours des patients, il faut tenir compte :

- du point de vue du patient ou du représentant des usagers
- du point de vue du service
- des interlocuteurs clés (Agence Régionale de Santé, ATD Quart Monde...)
- des données du CHRU (plaintes, données des départements d'information médicale DIM...)

Cette recherche-action sur site devrait donc permettre de trouver des recommandations de bonnes pratiques pour, d'une part, fluidifier les parcours des patients vulnérables et améliorer l'accès aux soins buccodentaires en ambulatoire et, d'autre part, faciliter les pratiques des soignants.

Conclusion

Le droit à la protection de la santé est un des droits fondamentaux affirmé dans la déclaration des droits de l'homme dont nous fêtons les 70 ans. L'accès aux soins de santé est un droit fondamental acquis par chaque être humain.

Des conditions de vie précaires, une alimentation insuffisante et irrégulière, un logement surpeuplé et insalubre, l'incertitude du lendemain, l'angoisse du placement et un faible niveau d'apprentissage vont avoir une influence négative sur le développement psychologique et physique de l'enfant.

Il semble alors qu'il existe un lien entre bas revenus, mauvais état de santé buccodentaire et utilisation insuffisante des moyens de soins existants en raison de mauvaises connaissances des droits en matière de protection sociale, de mauvaises expériences passées de soins buccodentaires et d'un mauvais regard sur les professionnels de santé et plus particulièrement sur l'hôpital.

Du côté des chirurgiens-dentistes les constats concernant la barrière de la langue, l'aspect financier des soins chez les enfants, le nombre de soins trop important chez des patients avec des difficultés de coopération, la régularité quant au suivi de leurs rendez-vous, prouvent qu'une attitude frontale ne produit aucun résultat positif, bien au contraire.

Notre étude rétrospective a, quant à elle, montré que les patients traités sous anesthésie générale étaient majoritairement des enfants de moins de 6 ans polycariés dont les parents n'avaient pas nécessairement des revenus plus faibles que la moyenne.

Or, on sait que si les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale ont un besoin en soins bien réel, très peu d'entre eux parviennent à l'étape ultime de l'anesthésie générale. Il serait donc intéressant de constater la différence entre le nombre de ces enfants reçus en consultation préopératoire et ceux qui vont réellement au bout de la thérapeutique.

Il est nécessaire de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour remédier à cet état de fait qui semble témoigner d'un manque dans le processus d'accompagnement des familles.

Pour permettre l'amélioration de la prise en charge et du suivi de ces populations vulnérables il faudrait :

- Axer le parcours de soins sur la prévention et donc aussi l'alimentation, ce qui contribuerait à une amélioration de la santé générale et favoriserait la réinsertion de ces familles démunies.
- Faciliter les démarches administratives : donner des informations simples, accompagner les familles et assurer un suivi
- Accompagner les patients qui sont dans une démarche de refus de soins
- Responsabiliser le patient et lui redonner confiance
- Rendre accessible les structures de soins au plus grand nombre

Les difficultés que rencontrent les patients et les praticiens dans une prise en charge globale des maladies buccodentaires sont multifactorielles et complexes. Elles dépassent largement le seul cadre des difficultés financières et nous interrogent dès lors sur notre éthique médicale. Des enseignements transversaux en ce sens devraient sans doute être renforcés, tant en formation initiale des étudiants, qu'en formation continue des professionnels de santé, toutes disciplines confondues et en pluriprofessionnalité. De même, il paraît désormais indispensable de prendre en compte les savoirs expérientiels de nos patients pour considérer pleinement et inclure leurs manières de dire, de faire et d'agir.

Bibliographie

1. Ardic-Pulas T. Place des soins dentaires dans la précarité. L'aide-soignante. 2016 ; 30(180) : 13-5.
2. Azogui-Lévy S, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H, Rosenheim M, Souames M, Azerad J. État dentaire, recours aux soins et précarité. Rev Epidemiol Santé Publique. 2008 ; 54(3) : 203-11.
3. Azogui-Lévy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Bulletin d'information en économie de la santé. 2005 ; (94).
4. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. Arch Pédiatr. 2005 ; 12(5) : 635-40.
5. Baskaran C, Kandemir N. Update on endocrine aspects of childhood obesity. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2018; 25(1): 55-60.
6. Berthélemy J-C. Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté. CR, Biol. 2008 ; 331(12) : 903-18.
7. Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES. 2002 ; (48).
8. Brunner A, Leandri N, Maurin L, Saint-Martin X, Schlemmer B, Schmidt N, et coll. Rapport sur la pauvreté en France. Tours : Observatoire des inégalités ; 2018. 96 p.
9. Amnesty international. Déclaration universelle des droits de l'homme. Bruxelles : Amnesty international Belgique francophone ; 1988. 123 p.

10. Castello C, Michard-Lenoir A-P, Allemand R. Précarité et accès aux soins. Soins pédiatrie/puériculture. 2012 ; 33(268) : 32-4.
11. Cornu-Pauchet M. L'extension de la couverture santé de la CMU-C. Références CMU, lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. 2018 ; (73).
12. Darbin-Luxcey C, Schmouchkovitch A, D'arboneau F. Santé bucco-dentaire du petit enfant. Vocation sage-femme. 2017 ; 16(128) : 40-3.
13. Desprès C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes. Paris : Défenseur des Droits : Fonds CMU ; 2017. 248 p.
14. Dieudonne V. Anesthésie générale et odontologie pédiatrique : étude rétrospective sur 8 ans des cas traités à l'hôpital d'enfants de Nancy. [Thèse]. Nancy : Université Henri Poincaré – Nancy 1. Faculté de chirurgie dentaire ; 2000. 136 p.
15. Dos Santos Junior VE, de Sousa RM, Oliveira MC, de Caldas Junior AF, Rosenblatt A. Early childhood caries and its relationship with perinatal, socioeconomic and nutritional risks: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2014; 14(1): 1-11.
16. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ open. 2013; 3(1): e001570.
17. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution. Paris : DREES ; 2017. Fiche 02, Les effets des transferts sociaux et fiscaux sur la réduction de la pauvreté monétaire ; p. 30-41.

18. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Arch Pédiatr. 2006 ; 13(9) : 1222-9.
19. Enfance et pauvreté. Métiers de la petite enfance. 2004 ; (98) : 8-11.
20. Fabre S, Vaysse F, Carpentier C, Kern D, Fourcade O. Le MEOPA est-il une alternative à l'anesthésie générale pour les soins dentaires chez l'enfant ? Ann fr anesth réanim. 2004 ; 23(1) : 72-3.
21. Fock-King M, Muller-Bolla M. Analyse de la demande croissante de traitements en odontologie pédiatrique en milieu hospitalier. CLINIC. 2018 ; (39) : 411-7.
22. Garat M, Prevost J. Anesthésie générale en odontologie pédiatrique : étude rétrospective des cas traités à l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy de 1990 à 2007. Implications dans la définition d'un programme spécifique de prise en charge [Thèse]. Nancy : Université Henri Poincaré; 2010. 12-15 p.
23. Ghisolfi J. Prévalence et consommation alimentaire des enfants pauvres en France. Arch Pédiatr. 2010 ; 17(6) : 951-2.
24. Insee (Institut National de la Statistique des et des Études Économiques). La mesure de la pauvreté. Insee en bref. 2014 ; 1-12.
25. Kramer M, Getaz L, Rwagasore E, Wolff H, Rieder J, Gaspoz J, et coll. L'état buccodentaire comme miroir de la santé: l'enfant pauvre de la médecine de premier recours . Rev méd Suisse. 2011 ; 7 : 1871-1875.
26. Madrid C, Abarca M, Pop S. Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités. Rev méd Suisse. 2009 ; 5 : 1946-51.

27. Marchandot L, Boissonnat H, Clement C. 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]. Nancy : Université de Lorraine; 2014. 66-79 p.
28. Marquillier T, Trentesaux T, Catteau C, Delfosse C. Un outil d'éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique. Soins pédiatrie, puériculture. 2016 ; 37(293) : 43-7.
29. Muller-Bolla M, Clauss F, Davit-Béat T, Manière M, Sixou J, Vital S. Prise en charge bucco-dentaire des enfants et es adolescents en France. Le chirurgien-dentiste de France. 2018;
30. Newacheck PW, Kim SE. A national profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005 ; 159(1) : 10-7.
31. Peidro A. Pauvreté infantile en France, des progrès sont nécessaires. Cah puéric. 2012 ; 49(262) : 1.
32. Recours F, Hebel P, Chamaret C. Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ? CREDOC – Cahiers de recherche. 2006 ; (32).
33. Soot L, Freund K, Lous J, Vass M, Hvas L. How younger adults with psychosocial problems experienced person-centered health consultations. Patient Experience Journal. 2018; 5(15): 116-22.
34. Teinturier G. Problèmes de santé spécifique des populations vivant à la rue. Rev méd Tours. 1987 ; (21) : 9-10, 624-7.
35. Uribe S. Early childhood caries risk factors. Evid Based Dent, 2009, 10(2), pp.37-8.

36. Wolf J, Niederhauser V, Marshburn D, Lavela S. Defining Patient Experience. Patient Experience Journal. 2014; 1(3): 7-19.
37. Zaouche-Gaudron CZ. Enfants et précarités. J psychol. 2012 ; 7(240) : 63-6.
38. Bousquet D, Couraud G, Lazimi G, Collet M. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité, rapport n° 2017-05-29-SAN-O27 [Internet]. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes ; 2017. [consulté le 26 novembre 2017]. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_precaire_2017_05_29_vf.pdf
39. Bus Social Dentaire. Bilan année 2015 [Internet]. 2016 [consulté le 14 mai 2018]. Disponible sur : <http://busdentaire.fr/images/BSD/bilan2015.pdf>
40. Buzin A, Noblecourt O. Lancement de la concertation sur la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes [Internet]. 2017 [consulté le 08 septembre 2018]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-de-la-concertation-sur-la-strategie-de-prevention-et-de-lutte-contre>
41. CERC (Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale). Les enfants pauvres en France, rapport n°4 [Internet]. 2004 [consulté le 19 novembre /2017]. Disponible sur : <http://www.cerc.gouv.fr/rapports/rapport4/rapport4cerc.pdf>
42. CERC (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale). Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [Internet]. 2008 [consulté le 05 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.cnle.gouv.fr/>

43. Denormandie P, Cornu-Pauchet M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité [Internet]. 2018 [consulté le 09 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewja_5aD6ZTfAhVMvxoKHStTC-UQFjABegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.autisme-france.fr%2Foffres%2Fdoc_inline_src%2F577%2FRapport_Acces_aux_soins_PP_et_PH_29.08.2018.pdf&usg=AOvVaw2ZH291TZKQ_mtrAzKH8D7P
44. Descamps L. Comment la pauvreté frappe aussi les enfants en France [Internet]. [cité 8 septembre 2018]. Disponible sur: <http://www.europe1.fr/societe/comment-la-pauvrete-frappe-aussi-les-enfants-en-france-3466346>
45. Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS). Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [consulté le 11 novembre 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
46. Doineau E, Godefroy J-P. Rapport d'information sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés [Internet]. 2017 [consulté le 17 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-5981.pdf>
47. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique) La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Etud Résult - Minist Empl Solidar. DREES [Internet]. 2015 [consulté le 14 mai 2018] ; (920). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>
48. Fonds CMU, CREDOC. Une meilleure connaissance des non-recourants à l'ACS. Références la lettre d'information du fonds de financement de la couverture maladie universelle [Internet]. 2017 [consulté le 26 novembre 2017] ; (68). Disponible sur : <https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU68.pdf>

49. HAS (Haute Autorité Santé) Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins [Communiqué de presse] [Internet]. 2017 [consulté le 26 novembre /2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretes-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins
50. INPES (développer sigle). Promouvoir la santé buccodentaire. La santé de l'homme [Internet]. 2012 [consulté le 14 mai 2018] ; (417). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>
51. Légifrance. Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle [Internet]. 2000 [consulté le 05 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000358413>
52. Ministère de la justice. Rapport annuel d'activité 2017 : mission mineurs non accompagnés [Internet]. 2018 [consulté le 17 septembre 2018]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf
53. Observatoire des inégalités. Santé bucco-dentaire des jeunes : le poids de l'origine sociale. [Internet]. 2017 [consulté le 16 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.inegalites.fr/Sante-bucco-dentaire-des-jeunes-le-poids-de-l-origine-sociale?id_theme=19
54. Observatoire des inégalités. Les seuils de pauvreté en France [Internet]. 2017 [consulté le 16 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/Les-seuils-de-pauvrete-en-France>
55. Observatoire des inégalités. Qui sont les pauvres en France ? [Internet]. 2017. [consulté le 14 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>

56. Observatoire des inégalités. 600 000 pauvres de plus en dix ans [Internet]. 2017 [consulté le 12 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/600-000-pauvres-de-plus-en-dix-ans>
57. OFPRA (Office Français de protection des réfugiés et des apatrides). Le statut de réfugié [Internet]. 2018 [consulté le 24 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
58. Projet Régional de Santé Lorraine. Plan régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis [Internet]. ARS Lorraine. [consulté le 11 sept 2018]. Disponible sur: <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=73>
59. Science po. Ce que les riches pensent des pauvres [Internet]. Sciences Po. [consulté le 14 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.sciencespo.fr/actualites/actualit%C3%A9s/ce-que-les-riches-pensent-des-pauvres/3592>
60. Touraine M. Intervention de Marisol TOURAINE à l'Assemblée nationale lors de la discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2015 [consulté le 8 septembre 2018]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/intervention-de-marisol-touraine-a-l-assemblee-nationale-lors-de-la-discussion>
61. UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). La situation des enfants dans le monde en 2016. L'égalité des chances pour chaque enfant. [Internet]. 2016 [consulté le 17 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_French_LA_ST.pdf

62. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale : rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social. J off Répub fr, Avis rapp Cons écon soc [Internet]. 1987 [consulté le 05 octobre 2018]; (6) : p. 113. Disponible sur : <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
63. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité. [Internet]. 2007 [consulté le 8 septembre 2018]. Disponible sur : <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/>

Annexes

Annexe 1 : enquête auprès de familles défavorisées

- Ressources : Quel type de protection sociale possédez-vous ?
 - AME
 - CMU / ACS
 - Assuré

- Emploi : Quel type d'activité exercez-vous ?
 - Êtes-vous bénévole au sein d'une structure ?
 - Exercez-vous une activité rémunérée ?
 - Stable
 - Temporaire
 - Êtes-vous sans emploi ?

- Logement :
 - Possédez-vous votre propre logement ?
 - Êtes-vous logé chez des amis, de la famille ?
 - Un centre d'accueil ou un foyer vous accueille-t-il ?
 - Êtes-vous sans domicile ?

- La santé des dents de votre enfant est-elle une source de préoccupations ?

- Avez-vous déjà eu de mauvaises expériences au sein d'un cabinet dentaire ?

- La langue écrite ou parlée a-t-elle déjà été une barrière à l'établissement des soins ?

- Vos démarches pour l'accès à vos droits en termes de santé ont-t-elles été compliquées par des conditions de vie précaires ? (mal logement, problème de mobilité, problème de communication)

- Le coût des soins bucco-dentaire a t'il été un obstacle à l'accès aux soins ?
- Vous êtes-vous déjà renseigné pour connaître tous vos droits en matière de protection sociale ? Si oui, auprès de qui ?
- Vous êtes-vous dirigés dans un premier temps en cabinet de ville ou directement à l'hôpital pour les soins dentaire de votre enfant ?
- Si cabinet de ville, vous a-t-on déjà refusé un rendez-vous ? Si oui, pourquoi ?
- En règle générale le délai de rendez-vous était raisonnable ? (moins de 1 mois)
- Une fois la consultation en cabinet de ville passée, vous a-t-on redirigé vers le milieu hospitalier pour la poursuite des soins ? Si oui, était-ce pour une prise en charge spécifique ?
- Estimez-vous avoir été bien informé sur la prise en charge de votre enfant ?
- Avez-vous eu des informations concernant la prévention des récives ?
- Avez-vous des suggestions à apporter ? Lesquelles ?

Annexe 2 : enquête réalisée auprès de chirurgiens-dentistes :

Questionnaire :

- Repérez-vous la catégorie sociale de vos patients ?

- Si oui, votre mode d'organisation est-il différent selon le type de patient ?
 - Les délais de rendez-vous sont-ils allongés ?
 - Orientez-vous les patients vers un centre de soins ?
 - Les soins délivrés sont-ils différents ?
 - Autres

- Assurez-vous la prise en charge de la plupart de ces patients ?

- Si non, pour quelles raisons ?
 - Nombre important de rendez-vous non honorés
 - Lourdeur administrative
 - Comportements des patients non adaptés
 - Tiers payant – lenteur du remboursement

- Vous servez-vous de ces patients comme variable d'ajustement pour maîtriser la file active de patients ?

- Avez-vous déjà dispensé des actes gratuits chez un patient ne disposant pas de couverture sociale ?

- Quelle est la part d'enfants en situation de vulnérabilité pris en charge dans votre cabinet ?
 - 0 à 30%
 - 30 à 50%
 - 50 à 70%

- Parmi ces enfants en situation de vulnérabilité, rencontrez-vous beaucoup d'enfants : réfugiés, étrangers ou sans papiers

- En règle générale, ces enfants ont-ils déjà eu recours à des soins dentaires ?
- Rencontrez-vous des difficultés de communication avec cette population ?
- Avez-vous remarqué un état de santé bucco-dentaire préoccupant chez ces enfants ?
- Envoyez-vous systématiquement ces enfants en milieu hospitalier après une première consultation ?
- Si oui, pourquoi ?
 - o Comportement inadapté
 - o Difficultés de communication
 - o Nombre trop important de soins à réaliser
- Avez-vous remarqué un taux plus important de non observance des rendez-vous chez ces familles pour le suivi des enfants ?
- Les récidives post soins sont-elles plus fréquentes chez ses enfants ?
- Avez-vous adopté une méthode de prévention et éducation à l'hygiène orale différente chez ces populations ?
- Avez-vous des suggestions à apporter ? Lesquelles ?

Annexe 3 : Liste des actes CCAM retenus pour l'étude au sein du CHRU Nancy-Brabois

HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBGD035	Avulsion d'une dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec alvéolectomie

HBGD031	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec séparation de racines
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation de racines
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation de racines
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent
HBB006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, sans réfection de point de contact

HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, sans réfection de point de contact
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, sans réfection de point de contact
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, sans réfection de point de contact

Table des matières

SOMMAIRE	9
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	10
INTRODUCTION	12
1. PREAMBULE SUR L’OFFRE DE SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE EN FRANCE	14
1.1. PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE : AME, CMU ET ACS	14
1.2. MESURES MISES EN PLACE POUR LA PAUVRETE DES ENFANTS	21
1.3. LES FREINS A L’ACCES AUX SOINS LIES	23
1.3.1. <i>Au vécu des personnes</i>	23
1.3.2. <i>A l’accès aux soins</i>	24
1.3.3. <i>Aux pratiques professionnelles</i>	26
1.3.4. <i>Aux dispositifs institutionnels</i>	28
1.4. LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE : SES ORIGINES, SON CALENDRIER, UNE VOLONTE AFFICHEE.....	29
2. ÉPIDEMIOLOGIE	32
2.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LA POPULATION CARACTERISEE PAR LE TERME « ENFANTS EN SITUATION DE VULNERABILITE »	32
2.1.1. <i>Enfants issus de parents sans travail, en fin de droits sociaux</i>	38
2.1.2. <i>Enfants non accompagnés ou vivant au sein de familles isolées, monoparentales</i>	38
2.1.3. <i>Enfants réfugiés, étrangers ou sans papiers</i>	39
2.1.4 <i>Les enfants placés</i>	43
2.1.4.1 Placement volontaire d’un enfant par ses parents.....	43
2.1.4.2 Placement d’un enfant sur décision judiciaire.....	43
2.1.4.3 Placement d’un enfant pupille de l’état	43

3. LE PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT EN SITUATION DE PAUVRETE .	44
3.1. MODE DE PRISE EN CHARGE CLASSIQUE EN CABINET LIBERAL.....	44
3.2. PRISE EN CHARGE AU SEIN DU SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE EN MILIEU HOSPITALIER	45
3.2.1. <i>Le dossier médical</i>	45
3.2.1.1. Données administratives :	45
3.2.1.1.1 Les étiquettes d'identification des patients :	45
3.2.1.1.2. Les courriers des praticiens	45
3.2.1.2. Les données médicales	45
3.2.1.2.1. Le questionnaire médical	45
3.2.1.2.2. Les consultations et les soins	45
3.2.1.2.3. Les documents radiographiques	46
3.2.1.3. Les indications d'anesthésie générale.....	46
3.2.2. <i>Le diagnostic</i>	46
3.2.2.1. Caries dentaires.....	46
3.2.2.2. Actes chirurgicaux	47
3.2.3. <i>Le suivi</i>	47
3.2.3.1. Les expériences de soins antérieures à l'intervention sous anesthésie générale.....	47
3.2.3.2. La consultation post AG à un mois	48
3.2.3.3. Le suivi thérapeutique post AG.....	48
3.2.4. <i>La récurrence</i>	48
3.3. PRISE EN CHARGE DE CES ENFANTS, REFUS ET RENONCEMENT DE SOINS – ÉTUDE QUALITATIVE.....	49
3.3.1. <i>Enquête réalisée auprès de familles défavorisées</i>	49
3.3.2. <i>Enquête réalisée auprès de chirurgiens-dentistes lorrains</i>	60
4. ÉTUDE QUANTITATIVE REALISEE AU SEIN DU CHRU DE NANCY-BRABOIS	68
4.1. MATERIEL ET METHODE	68
4.1.1. <i>Le recueil des données</i>	68
4.1.2. <i>Les paramètres étudiés</i>	68
4.1.2.1. L'âge du patient le jour de l'intervention	68
4.1.2.1.1. Tranche d'âge 2-6 ans.	68

4.1.2.1.2. Tranche d'âge 7-12 ans.	69
4.1.2.1.3. Tranche d'âge 12-17ans.	69
4.1.2.2. Le type de protection sociale	69
4.1.2.3. Le délai entre la première consultation et l'intervention.....	70
4.1.2.4. Le type de soins réalisés	70
4.1.2.5. Récidives	70
4.2. RESULTATS	71
4.2.1. <i>Nombre total de séjours</i>	71
4.2.2. <i>Répartition des séjours en fonction de l'âge</i>	72
4.2.3. <i>Nombre séjours des personnes en situation de vulnérabilité</i>	73
4.2.4. <i>Répartition des séjours des personnes en situation de vulnérabilité en fonction de l'âge</i>	74
4.2.5. <i>Distribution des patients en fonction du motif de l'intervention`</i>	75
4.2.6. <i>Distribution des actes en fonction du type de denture</i>	76
4.2.7. <i>Actes réalisés sous anesthésie générale</i>	76
4.2.8. <i>Consultation suite à l'hospitalisation</i>	77
4.2.9. <i>Délai moyen entre l'hospitalisation et la consultation de suivi</i>	78
5. DISCUSSION	79
5.1. À PROPOS DE L'ETUDE QUALITATIVE	79
5.2. À PROPOS DE L'ETUDE QUANTITATIVE.....	83
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES	98

TETTAMANTI Clara – Prise en charge des soins bucco-dentaires chez les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale en Lorraine.

Thèse Chir. Dent. : Nancy 2019

Nancy 2019 : 112 pages, 27 figures, 5 tableaux.

Mots clés :

santé buccodentaire, anesthésie générale, odontologie pédiatrique, étude rétrospective, difficultés d'accès aux soins, population vulnérable.

Résumé

Le but de notre travail est, après avoir dressé un vaste bilan sur l'offre de soins en France, d'entendre la parole de familles afin de comprendre les difficultés rencontrées en matière de soins buccodentaires chez les enfants, mais également celle de chirurgiens-dentistes afin de recueillir leurs expériences et leurs impressions vis à vis des soins chez des populations défavorisées.

Enfin, une étude rétrospective a été menée au sein du service d'Odontologie pédiatrique du CHRU de Nancy-Brabois en 2015, 2016, 2017 afin de mieux cerner le profil de la population concernée par une prise en charge sous anesthésie générale en ambulatoire pour des soins buccodentaires. L'objectif étant à terme de proposer un cadre de prise en charge spécifique pour pallier les difficultés inhérentes à la récurrence et au suivi des patients.

Examineurs de la thèse :

M. E. MORTIER	Professeur des Universités	Président
Mme C. CLEMENT	Maitre de Conférences des Universités	Directeur de thèse
Mme D.DROZ.	Maitre de Conférences des Universités	Juge
Mme H. BOISSONNAT-PELSY	Chirurgien-dentiste	Juge
Mme A. BANNAY	Chirurgien-dentiste	Juge

Adresse de l'auteur :

TETTAMANTI Clara
6 clos saint jacques
54000 NANCY



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE

Jury : Président : E. MORTIER – Professeur des Universités
Juges : C. CLÉMENT – Maître de Conférences des Universités
D. DROZ – Maître de Conférences des Universités
A. BANNAY – Praticien hospitalier universitaire
H. BOISSONNAT-PELSY – Chirurgien-dentiste

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par : Madame TETTAMANTI Clara, Fleur

né(e) à : Essey-lès-Nancy (Meurthe-et-Moselle)

le 9 août 1992

et ayant pour titre : « Prise en charge des soins buccodentaires en ambulatoire chez les enfants en situation de vulnérabilité économique et sociale en Lorraine ».

Le président du jury

E. MORTIER

Le doyen,
de la faculté d'odontologie

J.M. MARTREITE



Autorise à soutenir et imprimer la thèse 10577

NANCY, le 06 JUIN 2010

Le président de l'université de Lorraine

