

**UNIVERSITE DE NANTES**

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

---

Année 2004

Thèse n°

# Suivi des soins dentaires des consultants en situation de précarité à hôpital public.

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE  
DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

**Emilie Julien**  
(10/04/77)

le 04 mars 2004 devant le jury ci-dessous

## **JURY**

Président : Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI  
Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL  
Assesseur : Monsieur le Professeur Wolf BOHNE  
Assesseur : Monsieur le Docteur Jean PASCAL  
Assesseur : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Directeur : Monsieur le Professeur Olivier LABOUX

# Sommaire

<b>I/ Problématique</b> .....	7
<b>II/Matériel et méthode</b> .....	14
1- <u>Objet</u> .....	14
2- <u>Hypothèse</u> .....	14
3- <u>Objectifs</u> .....	14
4- <u>Présentation de l'étude</u> .....	14
4.1- Lieu.....	14
4.2- Population.....	14
4.3- Durée de recueil.....	15
4.4- Recueil des données.....	16
4.5- Saisie des données.....	17
4.6- Analyse.....	17
<b>III/Résultats</b> .....	20
1- <u>Qualité du repérage et de l'appariement</u> .....	20
1.1- Le repérage	
1.2- L'appariement	
2- <u>Les exclus</u> .....	21
3- <u>Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques</u> .....	22
3.1- Nationalité .....	22
3.2- Niveau d'étude.....	22
3.3- Activité professionnelle.....	23
3.4- Aide financière.....	25
3.5- Protection sociale.....	26
3.6- Situation familiale.....	27
3.7- Revenu mensuel moyen des foyers.....	27
4- <u>Modalités générales de « recours » aux soins</u> .....	28
4.1- En première intention.....	28
4.2- Suivi régulier par un médecin .....	28
4.3- Suivi régulier par un dentiste.....	29
4.4- Dernière consultation chez un dentiste.....	30
4.5- Modalités de recours aux médicaments ou aux examens médicaux.....	30
5- <u>Habitudes alimentaires et hygiène bucco-dentaire</u> .....	31
6- <u>Caractéristiques dentaires lors de la Consultation d'Entrée         au Centre de Soins Dentaires</u> .....	32
6.1- Facilité de contact téléphonique.....	32
6.2- Dossier antérieur et suivi des soins, au CSD.....	32

6.3- Consultations en urgence.....	33
6.4- Motifs de consultations ... ..	34
6.5- Schémas dentaires ... ..	36
6.6- Nécessité de soins.....	41
6.6.1- <i>Consultants nécessitant des soins</i> .....	41
6.6.2- <i>Rendez-vous nécessaires</i> .....	42
6.6.3- <i>Prothèse nécessaire</i> .....	42
6.6.4- <i>Plan de traitement</i> .....	43
6.6.5- <i>Acte(s) réalisé(s) le jour même</i> .....	43
6.6.6- <i>Prescription antibiotique le jour même</i> .....	44
6.7- Rendez-vous fixé(s).....	45
<b>7- <u>Suivi des soins dentaires des consultants ayant eu un (des)</u></b>	
<b><u>rendez-vous fixé(s) au CSD</u></b> .....	<b>46</b>
7.1- Absentéisme.....	46
7.2- Soins réalisés et/ou achevés.....	49
7.2.1- <i>Consultants « reçus en rendez-vous »</i> .....	49
7.2.2- <i>Consultants « reçus en rendez-vous » réduit à ceux</i> <i>« nécessitant des soins de prothèse »</i> .....	54
7.2.3- <i>Consultants « reçus en rendez-vous » réduit à ceux</i> <i>nécessitant des « soins autres que prothétique »</i> .....	56
7.3- Retours au CSD des consultants nécessitant des soins.....	56
<b>IV/ Discussion</b> .....	<b>59</b>
1- <b><u>Méthodologie</u></b> .....	59
1.1- Outil de repérage.....	59
1.2- Echantillonnage.....	59
1.3- Questionnaire du recueil de données sur le recours aux soins.....	60
1.4- Etude des dossiers dentaires.....	60
1.5- Analyse statistique.....	61
2- <b><u>Les résultats</u></b> .....	61
2.1- Caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques .....	61
2.2- Schémas dentaires.....	62
2.3- Comportements et recours aux soins.....	62
2.4- Actes et prescriptions antibiotiques réalisés lors de la CE.....	64
2.5- Profil type des consultants du CSD.....	64

## Sommaire des annexes

Annexe 1...Articles de loi concernant la Santé. ....	72
Annexe 2...Les populations dites « à risque » et leur difficultés.....	73
Annexe 3...Etudes réalisées sur les inégalités de soins pour raisons financières. Consommation et financement des soins dentaires.....	74
Annexe 4...Etude réalisée sur les inégalités de soins pour motif de soins perçus comme « inutiles ».....	75
Annexe 5...Etude sur les raisons des inégalités, côté praticien.....	76
Annexe 6...Etudes du renoncement aux soins.....	77
Annexe 7...Etudes des facteurs sociaux influençant les renoncements aux soins.....	79
Annexe 8...Etudes des dernières visites chez un chirurgien-dentiste.....	81
Annexe 9...Articles de loi et circulaires concernant le service public hospitalier.....	82
Annexe 10... Articles de loi et circulaires concernant la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.....	83
Annexe 11...Articles de loi et mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).....	84
Annexe 12... Constats bucco-dentaires, les différentes études ... ..	85
Annexe 13... Etudes concernant les pathologies dans les populations précaires ... ..	91
Annexe 14...Fiche de repérage.....	93
Annexe 15... Questionnaire.....	94
Annexe 16... Grille.....	98
Annexe 17...Schéma dentaire.....	99
Annexe 18...Schémas dentaires moyens d'un consultant précaire et d'un consultant non précaire.....	100
Annexe 19...Etude du biais d'exclusion des 38 paires.....	101
Annexe 20...Tableaux de résultats des caractéristiques socio-économiques, socio-démographiques et de modalités générales de recours aux soins et aux médicaments.....	107
Annexe 21...Tableaux de résultats des données spécifiques au CSD.....	117

## Abréviations employées

**CE** : Consultation d'Entrée

**CSD** : Centre de soins Dentaires

**CPAM** : Centre Primaire d'Assurance  
Maladie

**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de  
Santé

**Ass Maladie** : Assurance maladie

**Tick Mod** : Ticket modérateur

**Couv Compl** : Couverture complémentaire

**Ss Couv Com** : Sans couverture  
complémentaire

**Rmiste** : Bénéficiaire du RMI

**Ouvrier Nq** : Ouvrier non qualifié

**Ouvrier Q** : Ouvrier qualifié

**Prof Interm** : Profession intermédiaire

**Cadre Sup** : Cadre supérieur

**Cher et mal R** : Cher et mal remboursé

**Tt** : Traitement

**Proth** : Prothèse

**Pop Gé** : Population générale

**Consult** : Consultation

**Urg** : Urgence

**Dts** : Dents

**Dts à ext** : Dents à extraire

**Nec de soins** : Nécessité de soins

**Nec proth** : Nécessité de prothèse

**TE/ RTE** : Traitement Endodontique/ Reprise  
de Traitement Endodontique

**Soins indiq** : Soins indiqués

**ATM** : Articulation Temporo-Mandibulaire

**CSP** : Catégorie Socio-Professionnelles.

En France, les inégalités sociales ont toujours existé n'entraînant cependant que peu de demandes du politique du développement de véritable recherche scientifique dans le domaine de la santé.

Pourtant dès le 19<sup>ème</sup> siècle, les hygiénistes montraient les écarts de mortalité entre les groupes sociaux, et par conséquent des conditions d'existence et des pratiques sociales différentes selon le milieu social. Cependant avec les découvertes pasteurienne, on s'est éloigné de cette approche « sociétale » des problèmes de santé. C'est dans les années 80 que l'approche des problèmes de santé en fonction des inégalités sociales deviendra, dans le domaine des soins, un objet de recherche en tant que tel. Ainsi, des groupes sociaux ont été individualisés, considérés plus en difficultés que les autres vis-à-vis du système de soins, voire plus à risque en terme d'état de santé. Leurs situations par rapport à la santé sont notamment décrites à travers un concept celui de « précarité sociale ».

A la faveur d'une prise de conscience sociétale récente, l'idée développée par les politiques et les médias d'une « fracture sociale » a été avancée, ainsi ces dernières années la notion « d'exclusion » est devenue un enjeu des politiques publiques, la recherche dans le domaine reste toujours très modeste à contrario de ce que l'on peut observer depuis plusieurs décennies dans les pays anglo-saxons.

C'est au travers d'une succession de crises sanitaires, en particulier de l'affaire du sang contaminé, que la Santé Publique a retrouvé une partie de sa légitimité. Une Santé Publique qui a notamment pour mission la prévention des risques, l'organisation de la réponse aux besoins collectifs de soins et de prises en charge identifiées... Les modes d'approche, d'identification et de résolution des problèmes de santé, développés par les acteurs de Santé Publique prennent de plus en plus appui sur des travaux de recherche dont les résultats viennent alimenter le débat public et constituent des outils d'aide à la décision. Aujourd'hui, un des buts de ces recherches est de constater les inégalités et d'essayer d'expliquer les conséquences de la situation sociale des individus dans l'arrivée de leurs problèmes de santé et leurs évolutions.

En France, ces dernières années de nombreux dispositifs ont été mis en place afin de permettre à tous un accès aux soins. Un des derniers concerne la mise en place en 2000 de la Couverture Maladie Universelle. Malgré l'amélioration des dispositifs de prise en charge, les soins dentaires restent encore le symbole d'une « santé inaccessible » pour une frange non négligeable de la population. Le CREDES souligne d'ailleurs l'importance de ces inégalités de santé, qui fait qu'une personne sur 4 déclare avoir déjà renoncé à des soins dentaires.

Dans le domaine dentaire, les études actuelles, relevées dans la littérature se limitent le plus souvent à la description de l'état dentaire, des soins réalisés et s'intéressent peu aux renoncements aux soins selon la catégorie sociale des usagers. Il s'agit le plus souvent de constats. Peu d'études ont été publiées sur l'accès secondaire aux soins dentaires (suivi des soins dentaires eux-mêmes, après avoir établi le 1<sup>er</sup> contact avec le système de soins), que cela concerne l'utilisation ou la délivrance des soins, en fonction de la situation socio-économique des usagers, en particulier de précarité sociale.

C'est parce qu'il nous paraissait pertinent de comparer le rapport aux soins dentaires que des usagers, en situation de précarité sociale ou non, entretiennent avec leur santé et d'évaluer leurs comportements que cette thèse est née. Elle ambitionne d'étudier le « suivi des soins dentaires » des usagers pris en charge dans les Centres de Soins Dentaires (CSD) des hôpitaux publics. Dans notre étude, il s'agit du CSD du CHU de Nantes. Nous avons notamment cherché à évaluer les motifs de consultation, l'état de santé bucco-dentaire, la réalisation effective ou non des soins et la qualité du suivi des soins dentaires. Pour ce faire, nous avons comparé un groupe de

Il ne faut pas oublier aussi que les soins dentaires possèdent une place à part dans la culture médicale générale de la plupart des individus, parce que véhiculant encore un sentiment de « peur ». L'approche de cette discipline s'en trouve modifiée.

Au delà de ces considérations il faudra garder à l'esprit, tout au long de cette étude qu'il ne s'agit pas pour nous de stigmatiser des catégories sociales vulnérables, mais de montrer l'évolution de notre société, du point de vue de la santé, dans un souci de maintien de la solidarité entre les groupes.

# I- Problématique

L'OMS définit la Santé comme : « un état complet de bien-être physique et psychologique, mental et social ».

Le système de protection sociale français répond en partie à ces droits fondamentaux (au même titre que l'emploi, le logement, la protection de la famille et de l'enfance) dont tout un chacun devrait pouvoir bénéficier.

Celle-ci relève de nombreux articles de loi garantissant, sur l'ensemble du territoire, son accès à tous <sup>1</sup>. Ils répondent à la notion d'équité.

La santé bucco-dentaire en particulier, s'intègre dans ce système de soins généraux de santé.

Elle est à la fois une discipline médicale à part entière, et une partie intégrante de la Médecine, nécessaire à l'amélioration de l'état de santé de tout individu.

Si des différences socio-économiques ont toujours existé. La conjoncture des années 70 a fait émerger le concept de « **précarité sociale** ».

En 1975, le Conseil de l'Europe définit la précarité sociale de la façon suivante :

« personnes pauvres: individu ou famille dont les ressources <sup>2</sup> sont si faibles qu'ils sont exclus des modes de vie acceptables dans l'Etat membre dans lequel ils vivent ».

En 1987, ce même conseil propose une définition plus large : « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux familles d'assurer leur responsabilités élémentaires et de jouir de leur droits fondamentaux » .

Ces sécurités ne peuvent se réduire au simple manque de ressources. Elles concernent d'autres aspects du quotidien, comme le logement, la santé, la formation, le travail, la vie familiale.

La précarité sociale connaît une **gradation**. Ainsi dans des situations de vie plus difficiles, elle touche plusieurs domaines de l'existence. Elle se propage, et persiste dans le temps. Elle peut conduire à des conditions sociales de grande pauvreté. La situation la plus extrême est « **l'exclusion** ».

Le phénomène de **bascule** existe, car la précarité ne concerne pas une catégorie sociale précise, mais elle est le résultat d'enchaînements d'évènements de vie. Elle aboutit à des situations de fragilisation économique, culturelle, sanitaire et sociale.

Il s'agit donc d'un **phénomène dynamique**, que ce soit dans son évolution intérieure (le passage par exemple de pauvreté à grande pauvreté et vice-versa), ou bien dans le franchissement de son seuil (la bascule y est facile).

Le but d'une politique de santé sera donc de cibler les **populations dites « à risque »**, afin d'avoir un impact véritable au travers d'action visant à éviter la bascule <sup>3</sup>.

Ces populations « à risque » rencontrent des difficultés en terme d'accès aux soins (accessibilité géographique, culturelle, financière aux services de santé).

Cet « accès » est défini par l'Institut de médecine des Etats-Unis comme « l'utilisation en temps utile de services de santé par des individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé » ( LOMBRIL P in Les inégalité sociale de santé, ed INSERM, Paris 2000, P403 ).

<sup>1</sup> cf annexe 1, articles de loi

<sup>2</sup> Ressources : revenus en espèce, biens, ainsi que services disponibles dans les domaines public ou privé.

<sup>3</sup> cf annexe 2 , Thèse PERCHAI H, 1999

Ces difficultés d'accès aux soins dépendent (de 3 facteurs) :

- des déterminants sociaux,
- des caractéristiques du système de soins,
- des déterminants individuels que sont : la prédisposition à utiliser ce système de soins, la capacité à se les procurer, l'état de santé (ses propres besoins de soins).

Cet accès aux soins, concerne à la fois : l'accès aux **droits sociaux**, le **recours aux soins** et le **suivi des soins** (ou accès secondaire).

Le suivi des soins concerne le comportement des personnes une fois la démarche vers la structure de soins entreprise. Il doit répondre à 3 propriétés fondamentales :

- La continuité : **temporelle** qui renvoie à la constance des intervenants au cours du temps, **géographique** (la dispense des soins dans une même institution), **relationnelle** ( il y a une véritable attente entre les patients et les praticiens dans la relation de soins), de la **gestion des informations entre les patients et les professionnels**.
- La coordination : qui consiste à gérer le recours à des expertises spécialisées multiples en accord avec des besoins de soins des patients. Il s'agit d'un enchaînement logique dans la délivrance de soins, finalisé par l'attente d'un résultat plus ou moins explicite.
- La globalité des soins : la coordination nécessite de faire face aux besoins de prise en charge des individus qui entrent en contact avec le système de soins. C'est la capacité des professionnels à envisager l'ensemble des besoins de soins d'une personne.

L'important est donc l'**adéquation entre la fréquence, le type de contacts et la nature des besoins des soins diagnostiqués**, indépendamment des soins prodigués .

Les raisons des difficultés d'accès aux soins dépendent, selon le point de vue d'où l'on se place, de différents facteurs :

**Du côté des patients :**

- *une perception différente des besoins propres* (par exemple l'esthétique n'aura pas la même importance),
- *des connaissances différentes face à la maladie*, on parle de « retard culturel » ou de « différence de culture ». Elles concernent :
  - l'opinion vis-à-vis des services de santé (il existe une certaine réticence chez les personnes en difficultés sociales),
  - les protocoles thérapeutiques et préventifs,
  - les démarches administratives (la lourdeur de celles-ci explique que la mise à jour des droits se fasse dans l'urgence),
  - la valeur de la santé.
- *une gêne et une crainte de non-confidentialité pour les personnes sans-papier ou en irrégularité de droits*. Effectivement, pour avoir accès à des droits sociaux ou médicaux ces personnes font l'objet « d'interrogatoires ». Ceci peut être mal perçu par cette population. Les informations recueillies sont parfois contradictoires, erronées ou incorrectes.
- *des difficultés d'accès à la prévention*.

- *des préoccupations concernant uniquement le quotidien*. Il n'y a pas de réflexion dans la durée.
- *un décalage entre perception et pratique*, c'est à dire que les individus sont conscients de leur état de santé qu'ils perçoivent comme moyen, mauvais, ou médiocre. Ils peuvent parfaitement mentionner leurs besoins, cependant la pratique ne suit pas.
- *raisons financières* (BEYNET et coll, 2002, MIZRAHI et coll, 1995 <sup>4</sup>).
- *soins perçus comme inutiles* (MIZRAHI et coll, 1995 <sup>5</sup>).
- *des modifications de l'image corporelle et du rapport au corps*. On peut entrevoir le début d'une certaine négligence vis-à-vis de leur corps, on observe alors un comportement démissionnaire.
- *la certitude qu'aucune structure ne peut les accueillir*. Il existe un véritable déni des problèmes de santé. Toutes les personnes vont se négliger et annuler leur rendez-vous. Les soins dentaires sont considérés comme des soins de « confort ».

#### Du côté des praticiens (THIEBOT 2002 <sup>6</sup>)

- *Un déficit d'information*, ce qui engendre des difficultés d'ordre administratif.
- *La rencontre de 2 cultures*,
  - la culture « professionnelle » qui manque parfois d'informations et d'expérience pour la prise en charge de ces populations défavorisées. Les praticiens doivent répondre à des demandes s'exprimant de manière indifférenciée et se trouvent donc déroutés par celles-ci car elles ne rentrent pas dans la nosographie biomédicale, ainsi que par des comportements et des symptômes se situant à la frontière du social et du médical,
  - la culture « précaire » avec une perte de repères personnels (les notions de santé, les besoins de soins... sont perturbés) et sociaux (absences aux rendez-vous...).
- *Il n'existe pas de fonctionnement en partenariat* (peu de patients sont adressés aux praticiens libéraux par des associations ou des relais médicaux).
- *L'inadaptation des cabinets à la prise en charge de « grands marginaux »*.
- *Des obstacles liés au caractère libéral de la profession et aux modalités de prise en charge des soins*, excluant alors de ce dispositif les personnes défavorisées. Effectivement :
  - le code de déontologie, hors urgence, n'oblige pas les chirurgiens-dentistes à prodiguer des soins,
  - le mode d'exercice libéral n'accorde que peu de place à la santé publique et à la prévention,
  - les travailleurs sociaux orientent plutôt vers l'hôpital public et n'insistent pas sur la rencontre entre ces deux mondes,
  - les modes de remboursement des soins dentaires, ne facilitent pas le travail des praticiens.

---

<sup>4</sup> cf annexe 3

<sup>5</sup> cf annexe 4

<sup>6</sup> cf annexe 5

### Du coté des hôpitaux publics:

- *Une offre de soins parfois insuffisante.*
- *Une réponse aux soins essentiellement symptomatique (via les antibiotiques, les antalgiques..).*
- *Un délai d'attente et un travail plus lent des stagiaires, dans les Centres de Soins Dentaires.*
- *Des prises en charge des problèmes sociaux longues et tortueuses.*
- *Le suivi est peu assuré : il y a peu de coordination avec des structures de soins ambulatoires. Le suivi extra-muros est donc difficile.*
- *L'activité dans le domaine de la prise en charge de ces personnes n'est pas reconnue dans les impératifs de gestion auxquels l'hôpital public est soumis.*
- *L'absence de budget spécifique dédié à la prise en charge de cette population.*

Une des conséquences objectivables de ces difficultés d'accès aux soins est le **renoncement aux soins**. Il est exprimé de différentes façons par les patients ( MIZRAHI et coll, 1993 b <sup>7</sup> ). Ils « n'aiment pas », « ce n'est pas la peine », « pas besoin », « c'est loin », « c'est cher ».

La raison financière étant évoquée de manière directe ou indirecte.

Les soins dentaires sont de loin les soins pour lesquels le renoncement est le plus important, à hauteur de **11.2%** sur l'ensemble des enquêtés interrogés (personnes affiliées au Régime Général de la Sécurité Sociale de la population générale) ( MIZRAHI et coll, 1993 b, MIZRAHI et coll, 1993 a). Pour les personnes ayant déjà renoncé à des soins pour raison financière, **51.7%** déclarent qu'il s'agit des soins dentaires.

Ce renoncement aux soins varie selon des facteurs tels que **l'échelle sociale, le revenu et la protection complémentaire** ( MIZRAHI et coll 1993 b, BOCOgnaco A et coll 2000 <sup>8</sup> ).

Il se manifeste au travers de :

- **consultations échelonnées, disparates et non régulières** ( MIZRAHI et coll 1995, HASSOUN 1998 <sup>9</sup> ).
- **modifications de consommation et de financement** ( BEYNET et coll 2002, MIZRAHI et coll 1995 <sup>10</sup> ).

Ce renoncement concerne bien plus particulièrement les **adultes jeunes, les personnes de faible niveau d'étude, les revenus bas, le fait de pas avoir de couverture complémentaire**.

Ils faut noter que les facteurs autres que pécuniaires influencent ce renoncement, dans le sens d'un faible recours aux soins dentaires. Il s'agit, en particulier, de la **douleur** (notamment la « peur » de celle-ci ) et la **négligence vis à vis de son propre état bucco-dentaire et de son hygiène**.

---

<sup>7</sup> cf annexe 6

<sup>8</sup> cf annexe 7

<sup>9</sup> cf annexe 8

<sup>10</sup> cf annexe 3

Pour tenter de remédier à ces difficultés d'accès aux soins, des **structures d'accueil** existent. Elles ont pour buts :

- l'orientation des personnes vers le secteur de droit commun, afin qu'elles puissent bénéficier de toutes les aides sociales et utiliser leurs droits,
- la modification des comportements. Il faut sensibiliser cette population à la nécessité d'avoir des attitudes préventives, de réaliser des contrôles réguliers, et d'assurer le suivi des soins (c'est-à-dire aller jusqu'au bout des soins entrepris).

Il s'agit :

- **Du service public hospitalier**. Il se doit de remplir certaines missions vis-à-vis de tout usager dans quelque situation qu'il se trouve <sup>11</sup>. L'hôpital considéré comme la porte d'entrée privilégiée pour les personnes en difficulté sociale, n'offre malheureusement pas les meilleures conditions d'accueil et de soins. On constate :

- des **délais importants** pour obtenir des rendez-vous de consultation,
- un **non suivi des soins** ; il existe peu de coordination avec des structures ambulatoires, le suivi extra-muros s'avère donc difficile,
- un **effet pervers** du système vers lequel vont s'orienter ces patients. La facilité d'accès de telles structures fait que ces populations vont se contenter de « cela » et ne pas essayer d'agir sur leur mode de vie,
- la « **scientification** » de la **médecine** (LECLERC et coll 2000). Il est apparu au fil du temps une scission du domaine social et du domaine sanitaire ce qui a conduit l'évolution des structures hospitalières vers un « hôpital entreprise » centré sur le développement des spécialisations.

#### - **De structures complémentaires.**

La mise en place de solutions pérennes pour permettre l'accès aux soins dentaires des populations « précaires » dans les structures publiques, n'est que faiblement impulsée par l'institution elle-même. C'est en particulier à l'initiative de personnalités indépendantes, que sont nées des prises en charge à travers différentes associations ou bien par le développement des structures déjà existantes. Il existe une part importante de bénévolat.

Ces structures sont de différents types :

- des centres de soins de la sécurité sociale,
- des dispensaires (la Croix rouge...),
- des mutuelles (assurant le 1/3 payant),
- des associations humanitaires assurant soins, et aides sociales pour retrouver une dignité.

Elles peuvent avoir développé :

- des dispositifs accompagnant les personnes dans la prise en charge de leur santé,
- des points d'accueil avec prestations de soins (Médecins du monde, Association caritative dentaire France humanitaire à Besançon, l'Aide Odontologique Internationale...),
- des structures mobiles, comme les bus dentaires par exemple.

---

<sup>11</sup> cf annexe 9, circulaires

Des modèles de prise en charge se sont aussi développés afin de rendre les soins bucco-dentaires plus accessibles.

- La 1<sup>ère</sup> est de favoriser l'accès aux soins au travers de :

➤ la mise en place de la **Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** (articles de loi et circulaires <sup>12</sup> ) créées par les pouvoirs publics, administrées par les régions, et installées au sein même des établissements de soins hospitaliers. Elles permettent aux personnes démunies l'accès autant à des conseils de prévention, à des soins effectifs, qu'à l'éducation et la connaissance de leurs droits. Elles servent également de lien entre les services hospitaliers et les milieux associatifs, médicaux ou administratifs extérieurs. Il s'agit dans ce cas d'établir des réseaux.

➤ **droit à l'accès de structures non spécifiques** des personnes en situation de précarité sociale.

On entrevoit par là même l'ouverture vers les cabinets libéraux.

# Un problème se pose. Il serait impossible de proposer des tarifs différents selon le niveau social, cela ne ferait qu'accentuer les inégalités. Il faut alors agir en sens inverse c'est-à-dire proposer des politiques de soins compatibles avec un accès pour tous.

# On doit créer des conditions assurant l'accès à tous en cabinet libéral : une gestion administrative simplifiée, des honoraires compatibles avec des coûts réels, et des délais de remboursement raisonnables.

# Faire intégrer les chirurgiens-dentistes dans les réseaux de santé, car ce qu'ils offrent ne permet pas de répondre en plus des soins, aux complications sociales et psychologiques de ces patients. Ces réseaux associent les professionnels de santé, et ceux du secteur social.

- La seconde est d'améliorer la prise en charge financière.

Par la création de la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** ( articles de loi <sup>13</sup> ). Sa mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2000 garantit selon le niveau de ressources une protection sociale minimale à toute personne résidant de manière régulière sur le territoire français. Ces personnes pourront être affiliées au régime général.

Elle remplace l'Aide Médicale Gratuite créée en 1953, modernisée en Aide Médicale à Domicile en 1992.

Pour les personnes étrangères résidant sur le sol français depuis moins de 2 ans existe l'Aide Médicale d'Etat (aux conditions d'accès restrictives).

- La troisième est d'agir sur les comportements.

Cette solution prend forme via la **prévention primaire et secondaire** (dépistage et réalisation de soins). Elle est le fait d'acteurs locaux et/ou s'inscrit dans une politique exclusive concernant seulement les jeunes. Elle n'est bien développée que dans des tranches d'âge à forte socialisation :

- de 0 à 6 ans par la Protection Maternelle Infantile (PMI) qui assure le suivi,
- pendant la période de scolarisation, durant laquelle des visites médicales sont organisées en primaire, et l'UFSD ( l'Union Française de Soins Dentaires) qui mènent des actions locales de prévention.

Cependant passé l'âge de 10 ans il n'y a plus de suivi,

- le Service Militaire quand il existait assurait une opportunité de dépistage et de suivi. Les appelés suspendus de leurs droits à la Sécurité Sociale, bénéficiaient d'une couverture *ad hoc*.

---

<sup>12</sup> cf annexe 10

<sup>13</sup> cf annexe 11

Le domaine de la santé est devenu un des principaux lieux d'objectivation du dysfonctionnement social. Il faut donc essayer d'analyser le rapport entre les besoins médicalement objectivables, et les recours médicaux et autres types de consommation des populations selon leur situation économique, afin de mieux en identifier les difficultés et proposer des solutions.

Les constats rapportés montrent qu'il existe des **différences significatives de l'état bucco-dentaire** ( HASSOUN 1998, HESCOT et ROLAND 1994 et 1998, HESCOT et ALII 1997, BEYNET et coll 2002 <sup>14</sup> ) et de l'**hygiène** (ARENES et ALII 1998, HASSOUN 1998 <sup>14</sup> ) selon les catégories sociales.

Les personnes en situation de précarité sociale présentent :

- plus de caries, de dents absentes, moins de dents saines, moins de dents soignées,
- plus souvent des prothèses amovibles, et donc des surfaces masticatoires insuffisantes,
- plus de troubles de l'Articulation Temporo-Mandibulaire (ATM),
- une moins bonne santé parodontale,
- plus de dégradations de l'état bucco-dentaire,
- moins de suivi,
- un brossage moins fréquent.

L'hypothèse expliquant les différences sociales serait l'**exposition à un ensemble de défaillances dans les domaines suivants** : la nutrition, l'hygiène, la consommation de produits fluorés, l'accès aux services de soins, variant selon la situation sociale.

Par contre, il n'existe pas de pathologies spécifiques de la « précarité ». En effet, les études récemment publiées sur le sujet ( TIREL et coll, 1999, EMMANUELLI et coll, 2002 <sup>15</sup> ) montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les populations précaires et la population générale en ce qui concerne la spécificité des pathologies rencontrées. Cependant la fréquence et la gravité de celles-ci sont plus importantes :

- édentement plus fréquent,
- des racines résiduelles en nombre important,
- des lésions carieuses plus fréquentes, et
- des parodontopathies plus courantes.

Il existe effectivement un consensus dans la littérature internationale pour appuyer le fait qu'il y a un **déterminant socio-économique influençant la santé bucco-dentaire** des enfants et des adultes.

Un mauvais état bucco-dentaire est à la fois l'**expression de la précarité** et un **facteur de précarisation**.

Les études extraites de la littérature identifient principalement les différences « d'état bucco-dentaire » et « d'accès aux soins » des individus précaires et non précaires. Cependant une fois le premier contact établi avec la structure de soins dentaires, on ne sait pas quels sont les **comportements des individus** et quel est leur **suivi des soins dentaires selon leur situation sociale**.

C'est ce que cette thèse va s'attacher à explorer, en complément du constat de l'état bucco-dentaire, chez les individus consultant dans le cadre du Centre de Soins Dentaires du Centre Hospitalier du CHU de Nantes.

---

<sup>14</sup> cf annexe 12

<sup>15</sup> cf annexe 13

## II- Matériel et méthode

### 1- Objet

Le travail qui suit se greffe sur une étude intitulée: « **Pertes de chances médicales de la clientèle en situation de précarité sociale ou de pauvreté consultant à l'hôpital public** » menée dans le cadre d'un **Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)** national du **Centre Hospitalier Universitaire de Nantes** et du **Centre Hospitalier de Saint Nazaire**, dont les responsables sont les :

- P<sup>r</sup> Lombrail (*CHU de Nantes, Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique*),
- P<sup>r</sup> Ballereau (*CHU de Nantes, Pharmacie Hôtel Dieu*),
- D<sup>r</sup> Libeau (*CH de Saint Nazaire, Service d'Hygiène Hospitalière*).

Cette thèse prend appui sur l'échantillon de population de consultants du Centre de Soins Dentaires (CSD) du CHU de Nantes constitué dans le cadre de ce PHRC.

Il s'agit d'étudier les caractéristiques socio-économiques, le recours aux soins, l'état bucco-dentaire et le suivi des soins dentaires des sujets consultant au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes selon qu'ils se trouvent en situation de précarité sociale ou non.

### 2- Hypothèse

L'hypothèse envisagée est qu'il existerait une **différence significative quant au comportement et au suivi des soins bucco-dentaires entre les 2 groupes « précaire » et « non précaire »**.

Cependant il ne faut pas oublier que le Centre de Soins Dentaires de l'hôpital est une structure particulière et non un lieu de consultation dentaire ordinaire, en ce sens que la population qui y accède n'est semble-t-il pas identique à celle qui fréquente les cabinets libéraux. On peut dès lors envisager que les résultats obtenus seront différents d'une enquête menée en cabinet de ville.

### 3- Objectifs

Il s'agit de **mettre en évidence une différence** éventuelle entre les personnes dites « précaires » et « non précaires » en ce qui concerne :

- leur **état bucco-dentaire** et par conséquent leur besoin de soins différentiels,
- leur **comportement et les modalités de recours aux soins dentaires**, ainsi que
- leur **suivi des soins**.

### 4- Présentation de l'étude

#### 4.1- Lieu

L'enquête s'est déroulée au Centre de Soins Dentaires (CSD) du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

#### 4.2- Population

Les sujets « précaires » et « non précaires » de notre échantillon ont été identifiés parmi l'ensemble des consultants du CSD à l'aide d'un Outil de Repérage (OR) renseigné par tous les consultants lors de leur Consultation d'Entrée (CE : 1<sup>ère</sup> consultation au CSD avec création de dossier ou 1<sup>ère</sup> consultation de retour).

Cet outil de repérage est un mini-questionnaire Il a permis de différencier les consultants « précaires » et « non précaires » et de décrire la patientèle.

Un Attaché de Recherche Clinique (ARC) a constitué par tirage au sort l'échantillon de l'étude à partir du lot de mini-questionnaires renseignés. Le but était d'avoir un échantillon constitué d'un nombre égal de personnes « précaires » et « non précaires ».

L'*outil de repérage*<sup>16</sup> est un mini-questionnaire comprenant 5 questions où les réponses se font par oui ou non, afin de limiter un biais d'étude.

- Q n°1 bénéficiaire de la CMU, ou de l'Aide Médicale d'Etat ?
- Q n°2 absence de Mutuelle Santé ou d'une Assurance Maladie Complémentaire ?
- Q n°3 difficulté à payer les médicaments ou les examens médicaux ?
- Q n°4 perception d'allocations (RMI (Revenu Minimum d'Insertion), API (Allocation Parent Isolé), ASS (Allocation Solidarité Spécifique), AI (Allocation insertion), Allocation de Veuvage, le Minimum vieillesse ou allocation supplémentaire de vieillesse) ?
- Q n°5 être à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1<sup>er</sup> emploi ?

Pour être identifié en situation de précarité sociale, il fallait avoir au moins répondu :

- Q n°1 : oui , ou
- Q n°4 : oui , ou
- Q n°2 : non et Q n°3 : oui , ou
- Q n°2 : oui et Q n°5 : oui , ou
- Q n°3 : oui et Q n°5 : oui.

Les autres réponses définissent une situation de « non précarité ».

Chaque sujet précaire a été apparié sur l'âge (+ ou - 5 ans), et le sexe à un consultant ne possédant aucun critère de précarité mis en évidence par l'outil de repérage.

Les critères d'inclusion étaient :

- être âgé de plus de 15 ans,
- accepter de répondre,
- être interrogeable,
- pour les précaires avoir au moins un des critères de précarité défini précédemment lors du repérage par l'outil de repérage,
- pour les « non précaires » être inclus à partir du 1<sup>er</sup> consultant suivant le « précaire » index.

Les critères d'exclusion étaient :

- être âgé de moins de 15 ans,
- patient sous tutelle ou curatelle,
- patient non interrogeable à cause de sa pathologie ou de son traitement,
- un refus (si c'est le cas, il était remplacé par le consultant suivant du même groupe « précaire »/ « non précaire »). Le motif de refus était noté.

#### 4.3- Durée de recueil

Elle s'est faite en 2 temps :

- La constitution de la population de l'échantillon et le 1<sup>er</sup> volet du recueil ont eu lieu dans le service du 28 mai 2001 au 4 mai 2002, en continu par période de 9 à 12 semaines, hors périodes d'été. Ce recueil a été effectué dans la semaine : 5 jours / 7, durant environ 8 heures par jour.

---

<sup>16</sup> annexe 14

- La collecte des données du 2<sup>ème</sup> volet du questionnaire concernant le recueil d'informations sur l'accès aux soins dentaires s'est faite durant les mois avril et mai 2003 au CSD.

#### 4.4- Recueil des données

##### 4.4.1- *La constitution de l'échantillon.*

Le but était d'avoir un nombre égal de « précaires » et « non précaires » (pour maximiser la puissance des comparaisons). Les « non précaires » ont été inclus à partir du 1<sup>er</sup> consultant suivant le « précaire » index.

##### 4.4.2- *1<sup>ère</sup> partie du recueil*

Les patients retenus et appariés ont rencontré l'ARC qui leur a proposé de répondre à un *questionnaire* au cours d'un entretien de 40mn<sup>17</sup>. L'accord préalable du patient était nécessaire. Ces entretiens se sont déroulés de préférence avant la consultation dans une salle réservée à cet usage dans un souci de confidentialité.

Cet entretien reposait sur un questionnaire renseigné par les consultants « précaires » et « non précaires » de l'échantillon. Il était composé de questions fermées concernant 53 items, élaborées en collaboration avec un groupe de travail, et testé préalablement au niveau de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Les dimensions explorées par ce questionnaire étaient les suivantes :

- le contexte socio-économique,
- le contexte socio-démographique,
- l'insertion sociale,
- les modalités de recours aux soins antérieures,
- le niveau de prévention médicale,
- le niveau d'accès aux médicaments.

Dans notre travail, nous avons retenu **21 items** qui font référence aux objectifs de ce travail de thèse.

##### 4.4.3- *2<sup>ème</sup> partie du recueil.*

A partir de cet échantillon composé de 260 consultants du CSD, nous avons poursuivi la collecte recueillant des données spécifiques au service dentaire. Elles ont été extraites par l'étude de chaque dossier-patient (certains venant d'être créés s'il s'agit d'une 1<sup>ère</sup> consultation au CSD, et d'autres qu'il a fallu rechercher dans les archives).

Le *dossier-patient* se compose du dossier papier associé à une radiographie panoramique.

Cette étude rétrospective de dossiers s'est faite à partir d'une *grille de recueil*<sup>18</sup> associée à un *schéma dentaire*<sup>19</sup> établi au sein du CSD.

Toute personne dont le dossier-patient n'était pas complet a été exclue de l'étude :

- non remplissage correct du dossier, avec manque d'informations,
- consultants partis avant l'examen car l'attente était trop longue,
- absence de radiographie panoramique dans le dossier,
- dossiers égarés.

<sup>17</sup> annexe 15

<sup>18</sup> annexe 16

<sup>19</sup> annexe 17

La grille de recueil recherchait des informations sur :

- l'état bucco-dentaire,
- le type de 1<sup>ère</sup> consultation (durant cette période d'enquête), et ce qui est réalisé,
- la facilité de contact,
- les soins nécessaires,
- les rendez-vous donnés et l'assiduité (le « suivi »),
- l'achèvement des soins,
- les retours.

#### 4.5- Saisie des données

La saisie a été réalisée au fur et à mesure de la collecte sur EXCELL® , par l'ARC pour la 1<sup>ère</sup> partie de l'étude et par moi-même pour la seconde.

#### 4.6- Analyse

Il s'agissait de comparer les résultats « précaires »/« non précaires » sur toutes les données relevées que ce soit sur leur vie sociale, ou spécifiquement dans le domaine dentaire.

4.6.1- Les tests basés sur la *comparaison de 2 moyennes observées (groupes « précaire » et « non précaire »)*.

Il s'agit de variables quantitatives et qualitatives, les effectifs sont supérieurs à 30.

On suppose que la population suit une loi Normale.

Le test statistique utilisé est le test de Student.

2 hypothèses se posent :

H<sub>0</sub> : il n'existe pas de différence entre les 2 moyennes,

H<sub>1</sub> : il existe une différence significative entre les 2 moyennes observées.

La statistique utilisée est donc :  $t = \frac{Mech1 - Mech2}{\Delta dm}$

$$\Delta dm^2 = \sqrt{\left(\frac{S^2_1}{n1}\right) + \left(\frac{S^2_2}{n2}\right)}$$
$$S^2 = \frac{1}{n-1} * \sum (Xi - M1)^2$$

$\Delta^2$ : variance de la population,

Xi: valeur pour un individu,

Mech: moyenne de l'échantillon,

S: covariance,

n: effectif de l'échantillon.

Le test se base sur le résultat de : t.

La statistique suit la loi de Student, avec un degré de liberté estimé à  $\infty$ .

On choisit un risque de 1<sup>ère</sup> espèce  $\alpha$  de 5%, et la valeur de t<sub>0</sub> sera de :1.96.

Ainsi si : - t < t<sub>0</sub> , l'hypothèse H<sub>0</sub> est acceptée, il existe alors une différence significative entre les 2 moyennes ;

- t > t<sub>0</sub> , l'hypothèse H<sub>0</sub> est refusée, il n'y a pas de différence significative entre les 2 moyennes.

4.6.2- Les tests basés sur la *comparaison d'effectifs entre les groupes « précaire » et « non précaire »*.

Il s'agit de variables qualitatives, les effectifs théoriques sont supérieurs à 5, le test utilisé est le test du CHI<sup>2</sup>.

2 hypothèses se posent :

H<sub>0</sub> : il n'y a pas de différence entre les effectifs observés,

H<sub>1</sub> : il existe une différence entre les effectifs observés.

On calcule le Chi<sup>2</sup>.

$$X^2 = \sum \frac{(O - T)^2}{T}$$

O : effectif observé,

T : effectif théorique.

La statistique suit la loi du Chi<sup>2</sup> associée à un degré de liberté (ddl).

(ddl = (nbre de modalités - 1) \* (nbre de paramètres - 1))

Selon que l'on établit le risque d'erreur égal à :

- p=0,05, X<sup>2</sup> est de 3.84,
- p= 0,01, X<sup>2</sup> est de 1.645.

Ainsi

- si X<sup>2</sup>calculé < X<sup>2</sup>, H<sub>0</sub> n'est pas rejetée, il n'y a pas de différence significative entre les 2 effectifs,

- si X<sup>2</sup>calculé > X<sup>2</sup>, H<sub>0</sub> est rejeté, il existe une différence significative.

4.6.3- Les tests basés sur la *comparaison d'effectifs entre les groupes « précaire » et « non précaire »*.

Il s'agit de variables qualitatives, si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 et les tableaux de contingence à 4 cases, le test utilisé est le test exact de Fisher.

4.6.4- Les tests basés sur la *comparaison entre 2 populations de variables quantitatives ordonnées*, sont les tests non paramétriques de Wilcoxon.

Les effectifs des 2 échantillons comparés doivent être > ou = à 10.

2 hypothèses se posent :

H<sub>0</sub> : il n'y a pas de différence entre les échantillons observés,

H<sub>1</sub> : il existe une différence entre les échantillons observés.

On calcule :  $\epsilon$

$$\epsilon = \left( \frac{U - 1/2 * n_a * (N + 1)}{\sqrt{n_a * n_b * \left( \frac{N + 1}{12} \right)}} \right)$$

U : somme des rangs,

n<sub>a</sub>, n<sub>b</sub> : effectif de l'échantillon a ou b,

N : somme de n<sub>1</sub> et n<sub>2</sub>.

La statistique suit la loi de Gauss, associée à un ddl.

Le risque d'erreur est établi à  $p=0,05$ , et les ddl=  $\infty$ ,  $\epsilon_0$  établi sera de 1,96.

Ainsi

- si  $\epsilon$  calculé  $< \epsilon_0$ ,  $H_0$  n'est pas rejetée, il n'y a pas de différence significative entre les 2 effectifs,

- si  $\epsilon$  calculé  $> \epsilon_0$ ,  $H_0$  est rejetée, il existe une différence significative.

### III- Résultats

Dans le service du Centre de soins dentaires du CHU de Nantes ont été appariés dans des conditions satisfaisantes **130 sujets « précaires »** et **130 « non précaires »**, à partir des critères d'exclusion de la 2<sup>ème</sup> partie de l'étude, nous avons donc disposé pour notre travail de **92 paires de sujets**, 38 ayant été exclues.

#### 1- Qualité du repérage et de l'appariement

##### 1.1- Le repérage <sup>20</sup>

Rappel des critères d'identification de précarité sociale :

- **1 oui** : bénéficiaire de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ou AME (Aide médicale d'Etat),
- **4 oui** : bénéficiaire d'une de ces allocations : RMI, API, ASS, AI, Allocation Veuvage, Minimum Vieillesse, Allocation supplémentaire de Vieillesse,
- **2 non + 3 oui** : ne pas bénéficier d'une Mutuelle Santé, ou une Assurance Maladie Complémentaire, et avoir des difficultés à payer les médicaments et les examens médicaux.
- **2 non + 5 oui** : ne pas bénéficier d'une Mutuelle Santé, ou une Assurance Maladie Complémentaire, et être à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois,
- **3 oui + 5 oui** : avoir des difficultés à payer les médicaments et les examens médicaux et être à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois.

##### Les consultants « précaires »

Les résultats indiquent qu'ils sont :

- 66,3% sont concernés par le critère **1 oui**,
- 50% sont concernés par le critère **4 oui**,
- 38% sont concernés par le critère **2 non + 3 oui**,
- 26,1% sont concernés par le critère **2 non + 5 oui**,
- 34,8% sont concernés par le critère **3 oui + 5 oui**.

Il faut préciser que ces critères peuvent se cumuler, ainsi une même personne peut présenter plusieurs d'entre eux.

Ils sont donc **plus de la moitié à bénéficier de la CMU, et la moitié à bénéficier d'une allocation.**

##### Les consultants non « précaires »

Aucun d'entre eux ne possèdent 1 des critères de repérage d'une situation de précarité. <sup>6</sup>

##### 1.2- L'appariement <sup>21</sup>

L'appariement basé sur l'âge et le sexe des individus a été réalisé sans problème.

Les taux rencontrés dans chacun des groupes sont équivalents : 55,4% d'hommes, et 44,6% de femmes.

L'âge moyen est de 34,8 dans le groupe « précaire » contre 35,3 dans le groupe « non précaire ».

---

<sup>20</sup> cf annexe 19, tableau 1

<sup>21</sup> cf annexe 19, tableau 2

## 2- Les exclus <sup>22</sup>

Les exclusions fonctionnent par paire. Si un sujet précaire doit être exclu quelle que soit la raison, le « non précaire » appartenant à la même paire l'est aussi et vice-versa.

Tableau des motifs d'exclusion des dossiers-patients responsables. ( $\alpha=0.05$ ).

	Précaires effectif	Non précaires effectif	Total effectif	P
Absence de Radio panoramique	10	15	25	0.03
Dossiers non remplis ou données manquantes	1	0	1	
Dossiers incompréhensibles	2	0	2	
Dossiers introuvables	6	2	8	0.15
Refus du patient de rester pour la CE	1	0	1	
Dossier en stomatologie	0	1	1	
Total	20	18	38	

On remarque que les dossiers à l'origine d'exclusion de paires concernent autant les « précaires » que les « non précaires ».

Quand on se penche sur les motifs d'exclusion, on remarque que:

- L'absence de radiographie panoramique est le motif le plus fréquemment énoncé. De plus il concerne plus souvent les dossiers « non précaires » que « précaires » ( $p=0,03$ ).
- Les dossiers introuvables arrivent en second motif d'exclusion dans les 2 groupes mais la différence n'est pas significative.
- Les dossiers mal remplis et/ou avec des données manquantes et incompréhensibles sont en nombre peu important.

Afin de vérifier que les 38 paires de consultants exclus ne biaisent pas les résultats, nous avons procédé à la comparaison entre exclus et inclus de variables telles que : les critères de repérage, le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'étude, l'activité professionnelle (oui ou non) et si sans emploi : la situation actuelle, la catégorie socio-professionnelle et la situation familiale.

3 tableaux de comparaison ont été réalisés : un premier comparant les consultants exclus et inclus « précaires » / « non précaires » mélangés, le second comparant les exclus et inclus « précaires », le troisième : les exclus et inclus « non précaires ».

Comparaison entre groupes exclus et inclus « précaires » / « non précaires » mélangés.

Seules les variables : **sexe et la situation des consultants sans emploi** révèlent une différence statistiquement significative.

Les femmes sont en proportion plus importante dans le groupe des exclus (60,5% en exclus contre 44,6% en inclus ;  $p=0,019$ ).

La situation des consultants sans emploi est différente ( $p=0,026$ ):

- La catégorie « retraités/pré-retraités » est en proportion plus importante dans le groupe inclus (2,1% en exclus contre 12,6% en inclus ;  $p=0,04$ ).
- La catégorie « autres » est en proportion plus importante dans le groupe exclus (25,5% en exclus contre 9% en inclus ;  $p=0,006$ ).

<sup>22</sup> cf annexe 19, tableaux 1, 2 et 3.

Pour ce qui est de la comparaison « précaires » exclus/inclus, on retrouve 1 des 2 variables précédentes présentant une différence statistiquement significative, auxquelles s'ajoute le fait d'avoir une activité professionnelle.

La situation des consultants sans emploi est différente ( $p=0,018$ ):

-La catégorie « autres » des consultants sans emploi est également plus importante dans le groupe exclus (28,6 % en exclus contre 6,9 % en inclus,  $p=0,006$ ).

La proportion de consultants sans activité professionnelle est plus importante dans le groupe exclus (94,6% en exclus contre 79,3% en inclus ;  $p=0,034$ ).

La comparaison exclus/inclus « non précaires » ne révèle aucune différence entre les 2 groupes.

Il n'y a donc que peu de variables pour lesquelles une différence entre groupes exclus et inclus est vérifiée. L'étude ne présente donc pas de biais évident repérable.

### 3- Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques

#### 3.1- Nationalité <sup>23</sup>

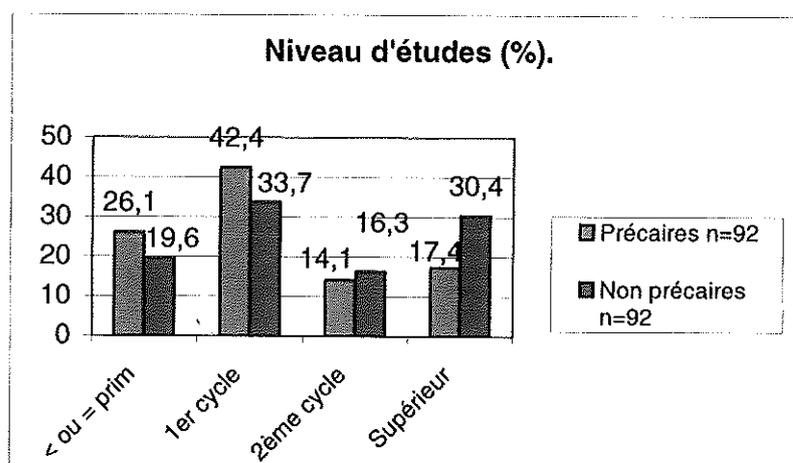
Parmi les consultants en situation de précarité sociale, 19,6% sont de nationalité étrangère contre 10,9% des « non précaires » ( $p=0,101$ ).

#### 3.2- Niveau d'études <sup>24</sup>

Les consultants en situation de précarité n'ont pas plus souvent un niveau d'étude inférieur ou égal au primaire ( $p=0,292$ ), au 1<sup>er</sup> cycle ( $p=0,224$ ) ou au 2<sup>ème</sup> cycle ( $p=0,681$ ) que les « non précaires ».

Les « non précaires » sont plus nombreux à avoir un niveau d'études supérieur que les « précaires » (30,4% contre 17,4% ;  $p=0,038$ ).

D'une manière générale le groupe « non précaire » possède un niveau d'études supérieur, la différence statistique entre les 2 groupes étant vérifiée ( $p=0,035$ ).

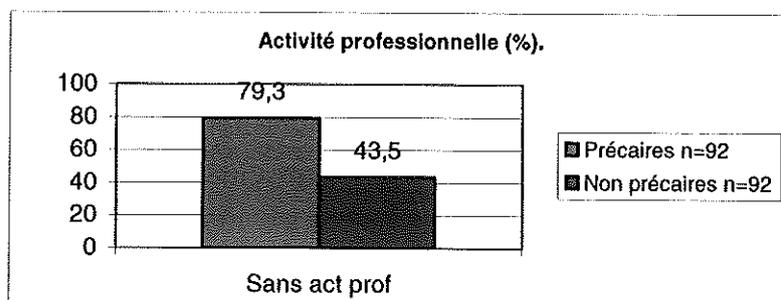


<sup>23</sup> cf annexe 20, tableau 3

<sup>24</sup> cf annexe 20, tableau 4

### 3.3- Activité professionnelle

La proportion de consultants en situation de précarité sociale sans activité professionnelle représente plus du double de celle de consultants « non précaires » (79,3% contre 43,5% ;  $p < 10^{-3}$ ).<sup>25</sup> Dans les 2 groupes la proportion de sujets sans activité professionnelle est importante.

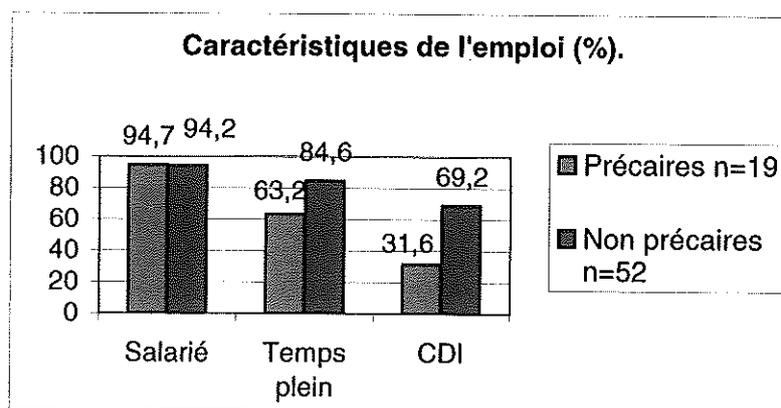


Quand ils travaillent, les sujets des 2 groupes exercent en majorité un **travail salarié**. Les proportions sont identiques dans les 2 groupes (94%).<sup>26</sup>

Les « précaires » exercent un **travail à temps plein** moins souvent que les « non précaires » cependant il n'y a pas de différence significative (63,2% versus 84,6% ;  $p=0,096$ ).

La proportion de personnes « précaires » bénéficiant d'un **CDI** est bien moins importante que celle des « non précaires » (31,6% versus 69,2% ;  $p=0,004$ ).

1/3 seulement des « précaires » travaillant, bénéficient de ce statut.

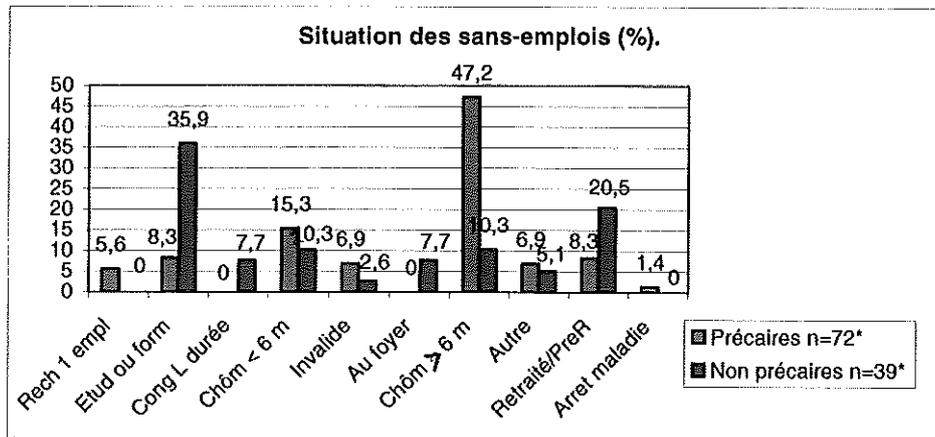


<sup>25</sup> cf annexe 20, tableau 5

<sup>26</sup> cf annexe 20, tableau 6

Lorsque les consultants sont sans emploi <sup>27</sup> :

- Dans le groupe « précaire », la proportion la plus importante est représentée par les chômeurs de plus de 6 mois (47,2%), et 15,3% sont au chômage depuis moins de 6 mois.
- Dans le groupe « non précaire », 1/3 des consultants sont étudiants ou en formation, et 20,5% sont en situation de retraite ou de pré-retraite. Les populations en situation de chômage depuis moins de 6 mois et/ou plus de 6 mois concernent respectivement 10,3% de cette population.



\*1 donnée manquante.

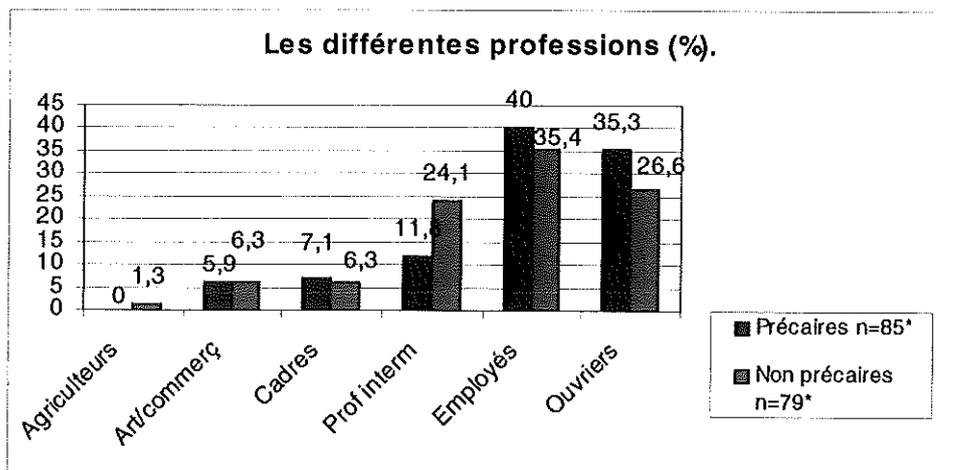
Les **catégories professionnelles** les plus représentées dans les 2 groupes sont :

- la profession d'« employé » concernant 40% des « précaires » et 35,4% des « non précaires »,
- la profession d'« ouvrier » concernant 35,3% des « précaires » et 26,6% des « non précaires ».

Les catégories socio-professionnelles élevées (les « cadres » et « artisans/commerçants/chefs d'entreprise ») ne sont représentées que par des proportions très faibles dans les 2 groupes.

Les « professions intermédiaires » concernent 11,8% des « précaires » et 24,1% des « non précaires ».

Il n'y en conclusion pas de différence significative quant à la profession des consultants entre les 2 groupes ( $p=0,322$ ). <sup>28</sup>



\*7 « précaires » et 13 « non précaires » n'ont pas répondu à cette question.

<sup>27</sup> cf annexe 20, tableau 7

<sup>28</sup> cf annexe 20, tableau 8

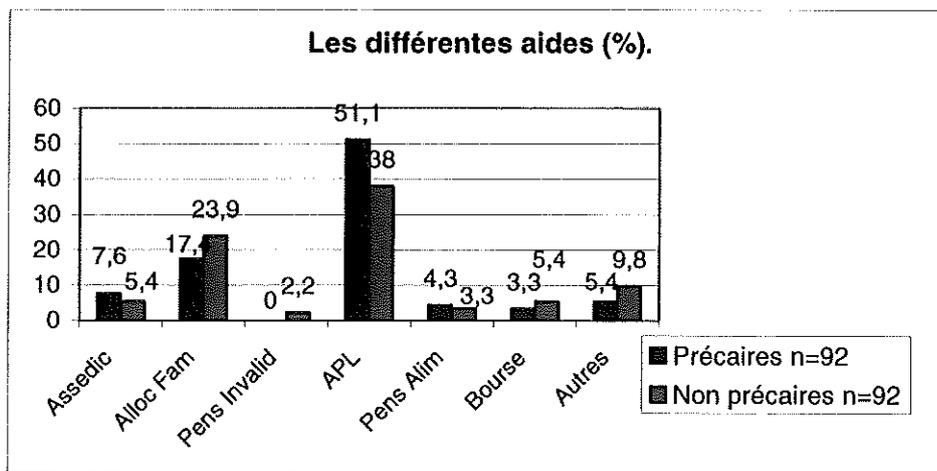
### 3.4- Aides financières <sup>29</sup>

Dans les 2 groupes plus de la moitié des consultants bénéficient d'une aide financière. Ils sont significativement plus nombreux chez les « précaires » (69,6% contre 55,4% chez les « non précaires » ;  $p=0,048$ ).

Dans les 2 groupes, 3 types d'aides financières dominent <sup>30</sup> :

- l'Allocation Pour le Logement (APL) dont bénéficient 51% des « précaires » et 38% des « non précaires » ( $p=0,075$ ),
- les Allocations familiales dont bénéficient 17,4% des « précaires » et 23,9% des « non précaires » ( $p=0,275$ ),
- les ASSEDIC : 7,6% des « précaires » et 5,4% des « non précaires » ( $p=0,550$ ).

Les groupes « précaire » et « non précaire » ne révèlent pas de différence significative quand on évoque une aide spécifique. Par contre lorsque celles-ci sont cumulées, une différence apparaît .

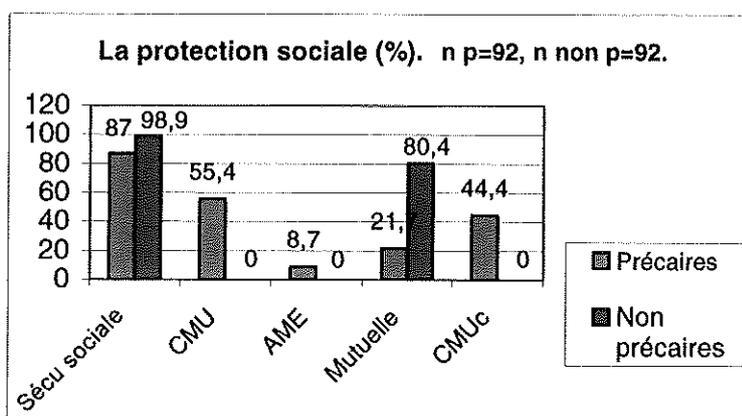


<sup>29</sup> cf, annexe 20, tableau 9

<sup>30</sup> cf annexe 20, tableaux 10 et 11

### 3.5- Protection sociale

Les consultants « précaires » sont significativement moins nombreux à être bénéficiaires de la sécurité sociale que les « non précaires » (87% contre 98,7% ;  $p=0,002$ ).<sup>31</sup>



La **CMU** ne concerne que les « précaires » (**Critère 1** d'identification « précarité sociale » de l'outil de repérage), 55,4% déclarent être bénéficiaires de la CMU de base ( $p<0,001$ ), soit 63% des « précaires » bénéficiant de la sécurité sociale.<sup>32</sup>

L'**AME** concerne 8,7% des « précaires » ( $p=0,007$ ), soit 10% des bénéficiaires « précaires » de la sécurité sociale.

Les **Mutuelles** ou assurances **Maladie Complémentaires** concernent beaucoup moins de « précaires » que de « non précaires » (21,7% contre 80,4% ;  $p=10^{-3}$ ).<sup>33</sup>

La **CMU c** ne concerne que les « précaires » à hauteur de 44,4% ( $p<0,001$ ), soit 66,6% des « précaires » bénéficiaires d'une complémentaire maladie.<sup>34</sup>

Les **bénéficiaires d'une complémentaire maladie** (CMUc ou mutuelle indifférenciées). Il existe une proportion plus importante de « non précaires » en bénéficiant que de « précaires » (80,4% versus 66,6% ;  $p=0,03$ ).

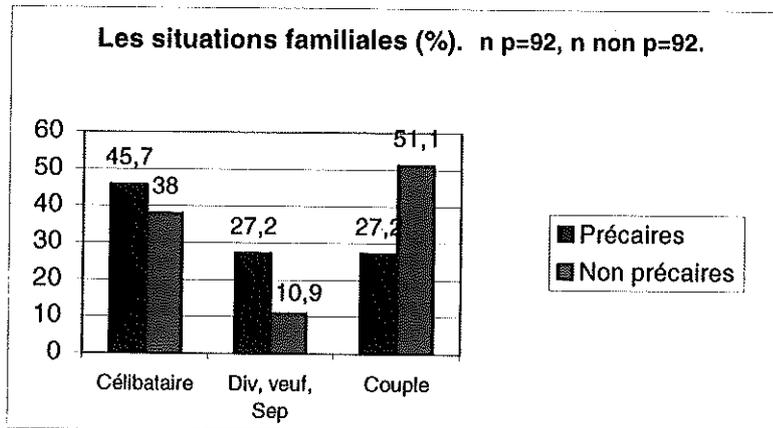
<sup>31</sup> cf annexe 20, tableau 12

<sup>32</sup> cf annexe 20, tableau 13

<sup>33</sup> cf annexe 20, tableau 14

<sup>34</sup> cf annexe 20, tableau 15

### 3.6- Situation familiale <sup>35</sup>



Le fait de vivre en **couple** concerne plus de la moitié des « non précaires », alors que cela ne concerne que 27,2% des « précaires ». Les consultants en situation de précarité sociale vivent moins souvent en couple que les « non précaires ».

Les situations de **célibataire** et **divorcé/veuf/séparé** touchent 45,7% et 27,2% des « précaires », contre 38 et 10,9% des « non précaires ».

Les différences se révèlent statistiquement significatives ( $p=10^{-3}$ ).

### 3.7- Revenu mensuel moyen des foyers <sup>36</sup>

(10 personnes précaires et 6 non précaires n'ont pas répondu à cet item).

Le revenu moyen du foyer dans le groupe « précaire » est de 5226 frs/mois (soit 797 €) (inférieur au SMIC : 7,19 €/h), ce qui est 2 fois moins que celui relevé dans le groupe « non précaire », (10790 frs/ mois soit 1645 €) ( $p<10^{-3}$ ).

Dans le groupe des consultants « précaires » les revenus moyens des ménages vont de 2026 frs (309 €) à un maximum de 8426 frs/mois (1285 €).

Chez les consultants « non précaires », la dispersion est très étendue puisque les revenus moyens des ménages vont de 4571 frs (697 €) à 17000 frs/mois (2592 €).

<sup>35</sup> cf annexe 20, tableau 16

<sup>36</sup> cf annexe 20, tableau 17

\* chiffre brut.

## 4- Modalités générales de « recours » aux soins

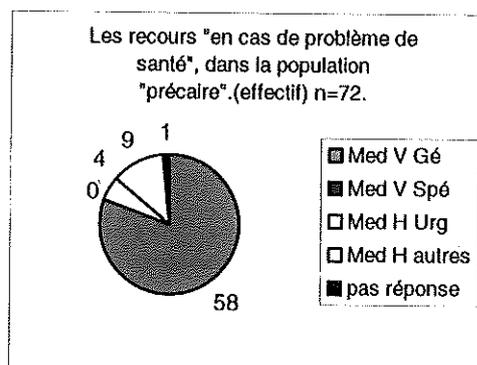
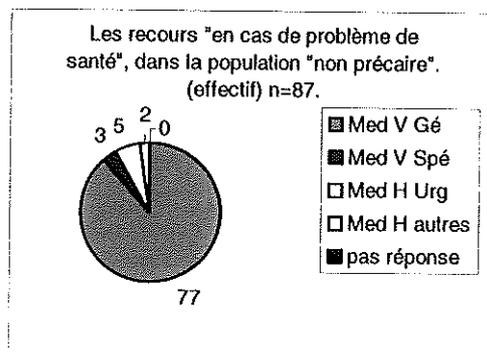
### 4.1- En première intention <sup>37</sup>

Les résultats montrent que 94,6% des personnes « non précaires » consultent en **première intention un médecin**, alors que seulement 78,3% des « précaires » le font ( $p=0,001$ ).

Dans les 2 groupes, s'ils s'adressent majoritairement en **première intention à un médecin de ville**. Les patients en situation de précarité consultent plus souvent un médecin de l'hôpital en 1<sup>ère</sup> intention que les non précaires (19.4% versus 8% ;  $p=0,035$ ). <sup>38</sup>

S'ils consultent un médecin de ville, il s'agit exclusivement d'un **médecin généraliste** pour la population « précaire » et dans moins de 5% des cas une consultation chez un spécialiste dans la population « non précaire » (100% contre 96.3% ;  $p=0,264$ ). <sup>39</sup>

Parmi ceux consultant en première intention un médecin de l'hôpital, il s'agit pour 69,2% des « précaires » d'un service spécialisé alors qu'il s'agit du service des urgences pour 71,4% des « non précaires » ( $p=0.160$ ). <sup>40</sup>



### 4.2- Suivi régulier par un médecin <sup>41</sup>

Les proportions d'individus « précaires » ou « non précaires » déclarant bénéficier d'un **suivi médical régulier** sont voisines

(65.2% des « précaires » versus 73.9% des « non précaires » ;  $p=0.200$ ).

La proportion d'individus n'ayant pas de suivi régulier dans les 2 groupes est importante.

Dans les 2 groupes le suivi est assuré en majorité par un **médecin de ville** (91,7% des précaires » contre 94,1% des « non précaires » ;  $p=0,733$ ). <sup>42</sup>

<sup>37</sup> cf annexe 20, tableau 18

<sup>38</sup> cf annexe 20, tableau 19

<sup>39</sup> cf annexe 20, tableau 20

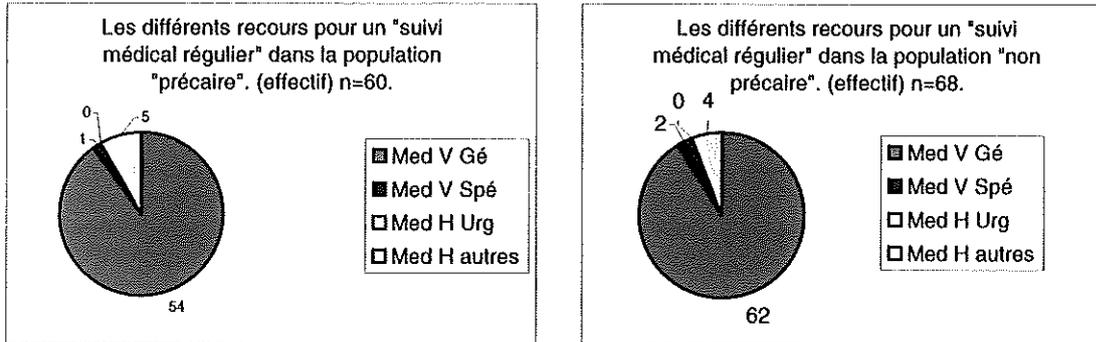
<sup>40</sup> cf annexe 20, tableau 21

<sup>41</sup> cf annexe 20, tableau 22

<sup>42</sup> cf annexe 20, tableau 23

Parmi les personnes suivies par un médecin de ville, la tendance est la même dans les 2 groupes. Le suivi régulier est réalisé dans la quasi totalité des cas par un **médecin généraliste** (98,2% des « précaires », et 96,9% des « non précaires » ;  $p=1,000$ ).<sup>43</sup>

Si ce suivi est réalisé par un médecin de l'hôpital, celui-ci est assuré dans les **services spécialisés** aussi bien dans un groupe que dans l'autre (effectifs faibles :  $n \leq 5$ ). Le service d'urgence n'est jamais sollicité dans le cadre de soins réguliers.<sup>44</sup>

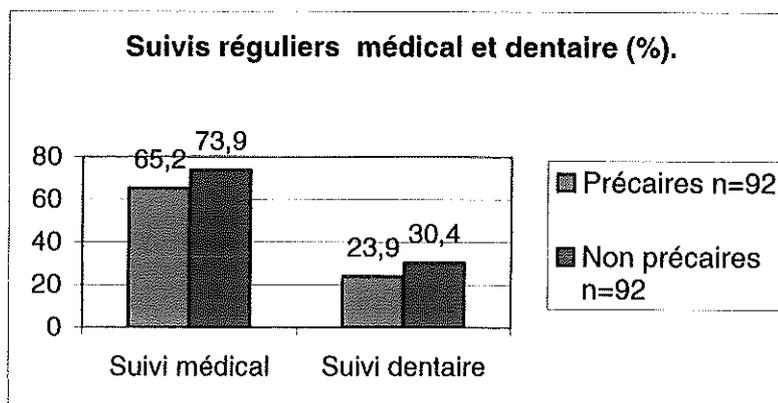


#### 4.3- Suivi régulier par un dentiste<sup>45</sup>

La proportion de personnes assurant leur suivi dentaire est très faible dans les 2 groupes, seulement 1/4 des individus « précaires » et à peine 1/3 des « non précaires » déclarent être suivi régulièrement par un dentiste.

Même si la proportion de « non précaires » est supérieure à celle des « précaires », le test statistique n'indique toutefois pas de différence significative (30,4% versus 23,9% ;  $p=0,320$ ).

À noter que les proportions de personnes ayant un suivi dentaire régulier sont beaucoup plus faibles que celles concernant le suivi régulier par un médecin.



<sup>43</sup> cf annexe 20, tableau 24

<sup>44</sup> cf annexe 20, tableau 25

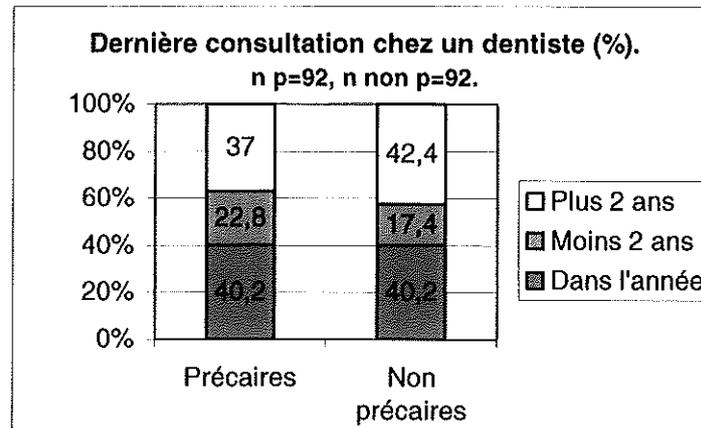
<sup>45</sup> cf annexe 20, tableau 26

#### 4.4- Dernière consultation chez un dentiste <sup>46</sup>

La dernière consultation réalisée au cours de l'année concerne la même proportion de sujets dans les 2 groupes, 40,2%.

Dans la situation où la dernière consultation chez un dentiste remonte à plus de 2 ans, cela concerne aussi bien les « précaires » que les « non précaires » ( 37% versus 42,4% ;  $p=0,601$ ).

Il faut remarquer que parmi les individus ayant un dentiste régulier, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent, tous ont consulté il y a moins de 1 an.



#### 4.5- Modalités de recours aux médicaments ou aux examens médicaux

Près de 50% des consultants « précaires » et 15,2% des « non précaires » reconnaissent avoir des difficultés à payer les médicaments ou les examens médicaux. Ils sont significativement plus nombreux chez les précaires ( $p<10^{-3}$ ). <sup>47</sup>

Plus du ¼ de la population « précaire » déclare avoir été dans l'impossibilité d'acheter des médicaments prescrits pour cause de difficulté financière, au cours des 6 derniers mois, alors que cela ne concerne que 7,6% des « non précaires » ( $p<10^{-3}$ ). <sup>48</sup>

<sup>46</sup> cf annexe 20, tableau 27

<sup>47</sup> cf annexe 20, tableau 28

<sup>48</sup> cf annexe 20, tableau 29

## 5- Habitudes alimentaires et l'hygiène bucco-dentaire

### ➤ Les habitudes alimentaires

Le nombre moyen de **repas pris par jour** chez les « précaires » est bien moins important que chez les « non précaires » (2,3 contre 2,8) ( $p < 10^{-3}$ ).<sup>49</sup>

Si dans le groupe « précaire » la distribution de dispersion montre que le nombre moyen de repas pris/jour va d'un minimum de 1,4 à un maximum de 3,4, dans le groupe « non précaire » il va d'un minimum de 2,1 à un maximum de 3,5 repas pris /jour.

La proportion de sujets « précaires » déclarant **grignoter entre les repas** (46,7%) est légèrement supérieure à celle du groupe « non précaire » (39,6%). Mais cette différence n'atteint pas le seuil de signification statistique ( $p = 0,327$ ).<sup>50</sup>

La population « non précaire » a **bénéficié de conseils nutritionnels** dans une proportion équivalente que dans la population « précaire » (42,4% contre 39,1%). Cette différence est toute fois statistiquement non significative ( $p = 0,635$ ).<sup>51</sup>

Parmi les consultants ayant déjà reçu des conseils nutritionnels, 42,7% des « précaires » les ont **suivis** contre 59% des « non précaires » ( $p = 0,245$ ).<sup>52</sup>

### ➤ L'hygiène bucco-dentaire

Le brossage est le premier outil de l'hygiène bucco-dentaire. Il concerne le patient et l'implique directement dans sa santé bucco-dentaire.

Un **brossage quotidien** est plus régulièrement réalisé par les consultants « non précaires » que les « précaires » (82,6% contre 73,9%); toutefois cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,153$ ).<sup>53</sup>

Soulignons que plus de 25% des « précaires » et plus de 15% des « non précaires » ne réalisent pas un brossage quotidien.

Le **nombre moyen de brossages** réalisés par jour est identique dans les 2 groupes, soit 1,8 . ( $p = 0,944$ ).<sup>54</sup>

La dispersion dans les 2 groupes atteint une valeur minimale d'à peine 1 brossage /jour.

---

<sup>49</sup> cf annexe 20, tableau 30

<sup>50</sup> cf annexe 20, tableau 31

<sup>51</sup> cf annexe 20, tableau 32

<sup>52</sup> cf, annexe 20, tableau 33

<sup>53</sup> cf annexe 20, tableau 34

<sup>54</sup> cf annexe 20, tableau 35

## 6- Caractéristiques dentaires lors de la Consultation d'Entrée au Centre de Soins Dentaires

La Consultation d'Entrée (CE) est la consultation établissant le bilan bucco-dentaire du consultant. Il peut s'agir d'une première consultation au Centre de soins Dentaires (CSD) avec création d'un dossier ou d'une consultation de retour après une période de plus de 6 mois sans consultation.

### 6.1- Facilité de contact téléphonique <sup>55</sup>

Le numéro de téléphone fait partie des informations les premières relevées. : il facilitera le « suivi » des soins.

Au sein du CSD du CHU de Nantes, il appartient à l'étudiant de joindre son patient si le rendez-vous suivant n'est pas fixé (que ce soit lors de la CE ou des rendez-vous suivants). L'inverse est difficile car le secrétariat peut être difficile à joindre, et/ou les secrétaires ne peuvent ni se charger de fixer des rendez-vous car elles ne connaissent pas l'emploi du temps des stagiaires, ni faire suivre un appel, le stagiaire n'assurant pas des vacances tous les jours.

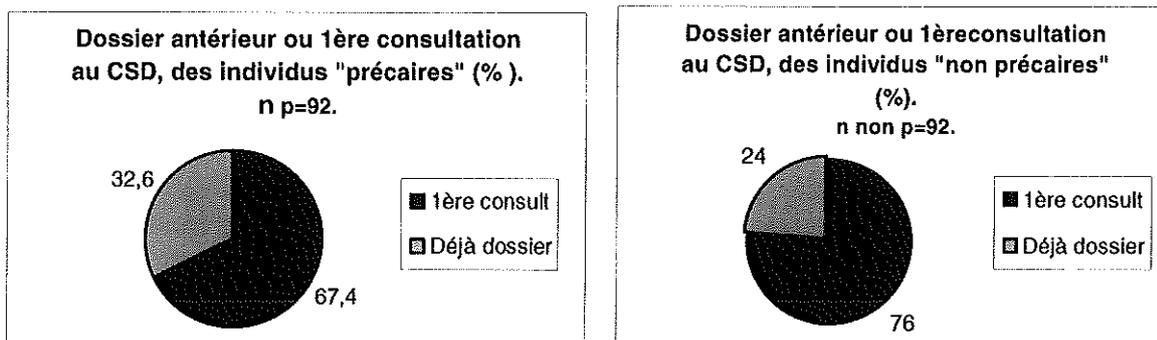
Ainsi la plus sûre des manières de favoriser un suivi est que le **numéro de téléphone** apparaisse dans le dossier.

L'adresse seule est souvent insuffisante car il peut y avoir des retards de courrier et/ou il n'existe pas d'assurance de réception de la convocation écrite. De plus, le stagiaire ne connaît pas toujours les disponibilités du patient quand il rédige la convocation.

Le numéro de téléphone est noté dans 75% des dossiers des sujets « précaires » et 70% des dossiers « non précaires » ( $p=0,507$ ). Dans tous les cas il existe une proportion **non négligeable** de personnes assez difficilement joignables.

### 6.2- Dossier antérieur et suivi des soins, au CSD <sup>56</sup>

#### 6.2.1- Les dossiers antérieurs



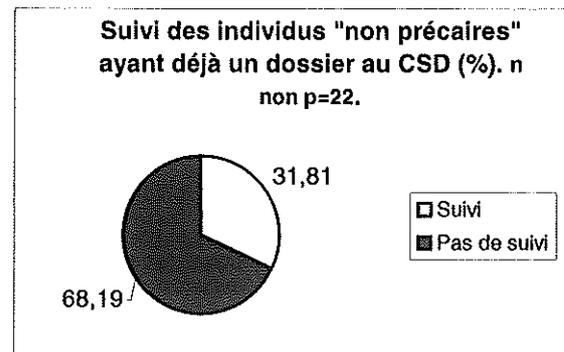
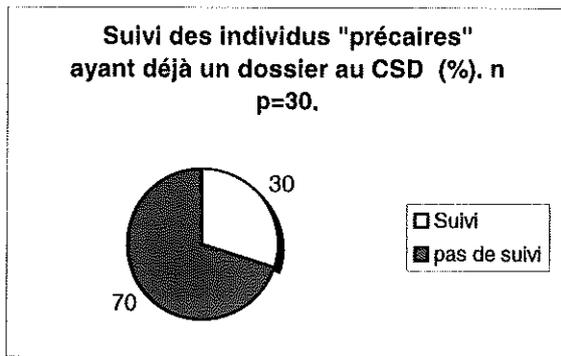
La proportion de consultants ayant déjà un dossier au CSD est de 32,6% chez les « précaires », contre 24% chez les « non précaires » ( $p=0,190$ ).

Dans les 2 groupes, la proportion de 1<sup>ère</sup> consultation est importante.

<sup>55</sup> cf annexe 21, tableau 1

<sup>56</sup> cf annexe 21, tableau 1

### 6.2.2- Suivi des soins des consultants ayant déjà un dossier au CSD

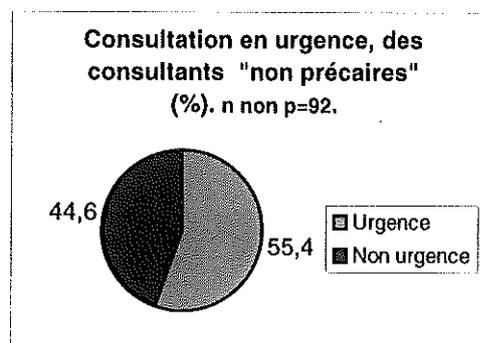
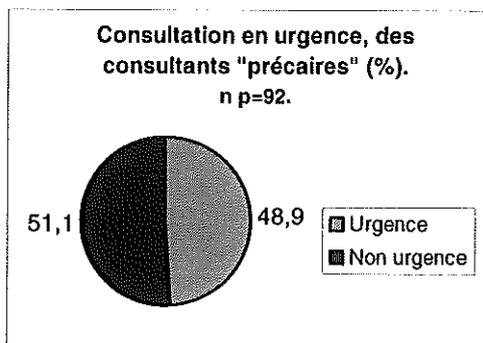


Dans les 2 groupes le taux d'individus qui ont assuré leur suivi est presque le même, avoisinant les 30%, ce qui est relativement faible ( $p=0,888$ ).

### 6.3- Consultations en urgence <sup>57</sup>

Une *urgence* est l'état dans lequel se trouve un patient nécessitant des soins immédiats.

Dans la discipline dentaire ce terme possède une signification particulière car il ne s'agit que rarement d'une urgence vitale, mais plutôt de douleurs, de gênes fonctionnelles et/ou esthétiques.



La proportion de personnes vues en urgence est légèrement plus importante dans le groupe « non précaire » (55,4%) que dans le groupe « précaire » (48,9%) cependant il n'y a pas de différence significative ( $p=0,376$ ).

<sup>57</sup> cf annexe 21, tableau 1

## 6.4- Motifs de consultations <sup>58</sup>

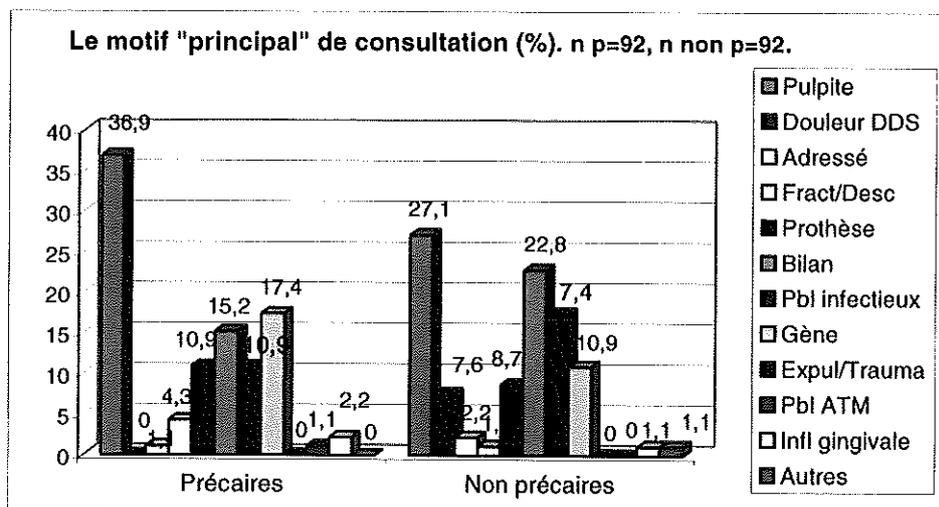
Les motifs de consultation relevés sont multiples et variés.

Il s'agit de :

- pulpites (inflammations du nerf de la dent),
- fractures ou descellements de prothèses,
- problèmes infectieux (dentaires, ou bien parodontaux),
- problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire,
- douleurs de dents de sagesse,
- nécessité de prothèse de quelque type que ce soit (prothèse amovible partielle ou totale, fixée, ou bien implantaire),
- gênes (douleurs dentaires, sensibilités, bourrages alimentaires...),
- adressé par un confrère,
- bilans dentaires,
- expulsions dentaires, accidents ou traumatismes,
- inflammations gingivales,
- autres (fractures dentaires, sècheresse buccale, aphtes...).

**1 seul motif de consultation retenu par consultant.** Pour 9 consultants « précaires » et 9 « non précaires » (soit 9,8%) 2 motifs de consultation ont été donnés.

Le motif le plus urgent ou relevant d'une demande précise de la part du consultant a été retenu. Si aucun d'eux ne relevaient d'une urgence ou d'une demande précise, le plus pertinent aux yeux d'un praticien est choisi. Cette méthode reste toutefois subjective, car elle dépend de l'enquêteur.



### Etude descriptive

Dans la population « précaire », le principal motif de consultation est la **pulpite**, suivi du motif de **gène**, puis viennent les **bilans**.

Les **problèmes infectieux** n'arrivent qu'en 4<sup>ème</sup> position à même hauteur que les **demandes de prothèse**.

<sup>58</sup> cf annexe 21, tableau 1

Dans la population « non précaire », le principal motif est également la **pulpite** mais dans une moindre mesure. Puis suivent les **bilans**.

Les **problèmes infectieux** sont cités en 3<sup>ème</sup> position et les **gènes** en 4ème.

Le motif de consultation pour **nécessité de prothèse** est moins important chez les personnes « non précaires » que chez les « précaires ».

### Etude comparative

On s'intéresse dans ce paragraphe aux motifs les plus fréquemment évoqués (ou sélectionnés par le praticien si plusieurs étaient cités).

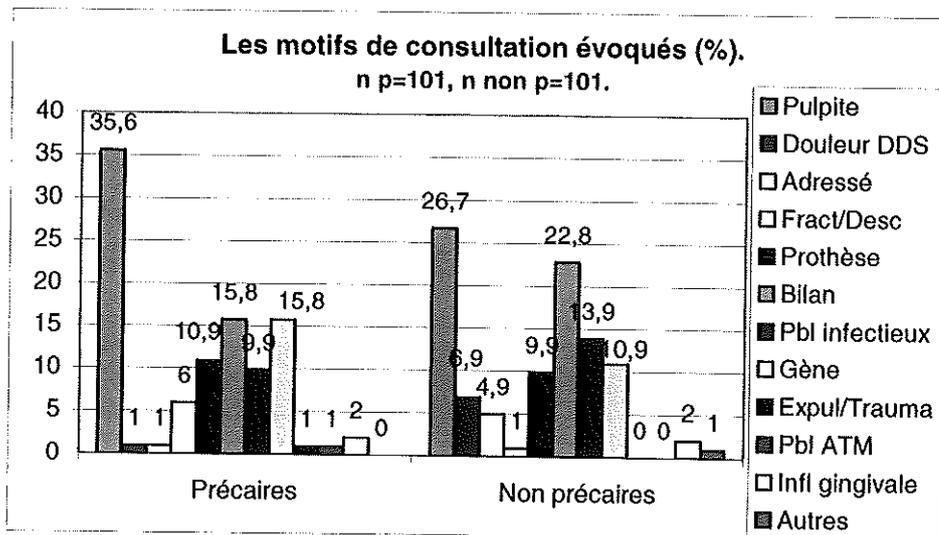
Les pulpites concernent 36,9% de « précaires » contre 27,1% de « non précaires », cependant la différence n'est statistiquement pas significative ( $p=0,155$ ).

Les problèmes infectieux sont relevés pour 10,9% des consultants « précaires » contre 17,4% des « non précaires » ( $p=0,288$ ).

Les bilans représentent 15,2% des raisons de consultation dans la population « précaire » contre 22,8% dans la population « non précaire » ( $p=0,188$ ).

Les gènes concernent 17,4% des motifs de consultation dans la population « précaire » contre 10,9% des motifs de la population « non précaire » ( $p=0,20$ ).

### Tous motifs pris en compte.



En comparant ce tableau au précédent, les proportions des motifs de consultation ne varient pas. La seule différence observée concerne le taux de problème infectieux dans le groupe « non précaire » (13,9% de l'ensemble des motifs évoqués contre 17,4% du motif « principal » évoqué/consultant).

Il faut remarquer que 8 consultants « précaires » (soit 8,7%), et 6 consultants « non précaires » (soit 6,5%) consultent pour **2 dents douloureuses**.

## 6.5- Schémas dentaires des consultants

Le schéma dentaire est réalisé chez tous les consultants dès la CE.

### 6.5.1- Définitions

**Soin conservateur** : soin qui a pour but de préserver le plus de tissus dentaire possible en éliminant seulement le tissu atteint et malade (émail et/ou dentine) et en le remplaçant par un matériau (amalgames, les composites...)

**Traitement Endodontique (TE)** : soin effectué dans l'endodonte, c'est à dire la zone où se trouve le nerf de la dent. Il s'agit de procéder à une **dépulpation** en retirant le nerf et en comblant l'espace laissé libre, préalablement préparé, par un matériau ; ou réaliser une **Reprise de Traitement Endodontique (RTE)**, en éliminant le matériau déjà en place dans la dent dévitalisée, puis en réparant l'espace et en comblant de nouveau avec un matériau.

**Couronne et bridge** : ils font partie de la catégorie des prothèses fixées.

Une **couronne** est une structure de forme dentaire qui se scelle sur le moignon restant ou reconstitué de la dent, afin de retrouver une fonction.

Un **bridge** est un système de remplacement de dents absentes, constitué de couronnes (appelées piliers) scellées sur les dents adjacentes à l'édentement sur lesquelles sont fixées la (ou les) **couronne intermédiaire** restituant la (ou les) dent absente.

Un **pilier** est le nom donné à la couronne qui sert d'ancrage au bridge.

### 6.5.2- Constat<sup>59</sup>

Il s'agit de relever tous les soins présents en bouche et de les faire apparaître sur la feuille de CE personnalisée.

#### a\* **Dents absentes**

Il s'agit des dents absentes remplacées ou non par une prothèse.

La moyenne est plus importante dans le groupe «précaire» (4,15 dents absentes/individu) que dans le groupe « non précaire» (2,62 dents absentes/ individu). **On se situe en limite d'une différence statistique (p=0,054).**

#### b\* **Dents avec soins conservateurs**

Les moyennes de l'ensemble des dents avec soins conservateurs sont de 4,92 dents/individu chez les « précaires », et 5,18 dents/individu chez les « non précaires » (p=0,62).

Les moyennes de dents avec soin conservateur sans traitement endodontique associé sont voisines : 3,58 dents/individu dans le groupe «précaire» et 4,04 dents/ individu dans le groupe « non «précaire» (p=0,31).

Pour ce qui est des dents avec soin conservateur et traitement endodontique associé, les moyennes sont également voisines : 1,34 dents/individu chez les «précaires » contre 1,14 dents/individu chez les « non précaires » (p=0,41).

---

<sup>59</sup> cf annexe 21, tableau 2

### ***c\* Dents avec traitement endodontique***

Les moyennes « précaires »/ « non précaires » de l'ensemble des dents avec traitement endodontique sont peu différentes, soit 2,34 dents/individu dans le groupe « précaire » contre 2,73 dents/individu dans le groupe « non précaire » ( $p=0,39$ ).

Il faut préciser que les dents restantes à l'état de racine avec traitement endodontique sont recensées ici mais ne le seront pas dans les moyennes suivantes, car il est impossible de savoir si les dents ont été reconstituées auparavant avec un soin conservateur ou une couronne.

Cela concerne 21 dents chez les « précaires » et 11 dents chez les « non précaires ».

Les moyennes de dents avec soin conservateur et traitement endodontique associé sont assez proches, 1,34 dents/individu chez les « précaires » contre 1,14 dents/individu chez les « non précaires » ( $p=0,41$ ).

Cela dit la moyenne de traitement endodontique et couronne associée est bien plus importante dans le groupe « précaire » que dans le groupe « non précaire » (0,77 dents/individu, contre 1,47 dent individu) ( $p=0,033$ ).

### ***d\* Nombre de couronnes et/ou piliers de bridge***

La moyenne de dents couronnées est nettement plus importante dans le groupe « non précaire » (1,57 couronnes/individu) que dans le groupe « précaire » (0,88 couronnes/individu) ( $p=0,044$ ). Il y a donc plus souvent des couronnes ou de bridges en bouche chez les « non précaires ».

Le nombre moyen de dents vivantes couronnées est aussi faible dans un groupe que dans l'autre ( 0,11 dent vivante couronnée/individu dans le groupe « précaire » contre 0,098 dans le groupe « non précaire ») ( $p=0,88$ ).

La présence d'intermédiaires de bridge (visibles sur la radiographie panoramique) est associée à celle d'un bridge, prothèse fixée chère peu prise en charge par la sécurité sociale (d'autant plus que l'intermédiaire de bridge ne l'était pas au moment de l'enquête).

Il n'y a pas plus de bridges posés dans un groupe que dans l'autre ( 14 pour les consultants « précaires » contre 15 pour les consultants « non précaires »).

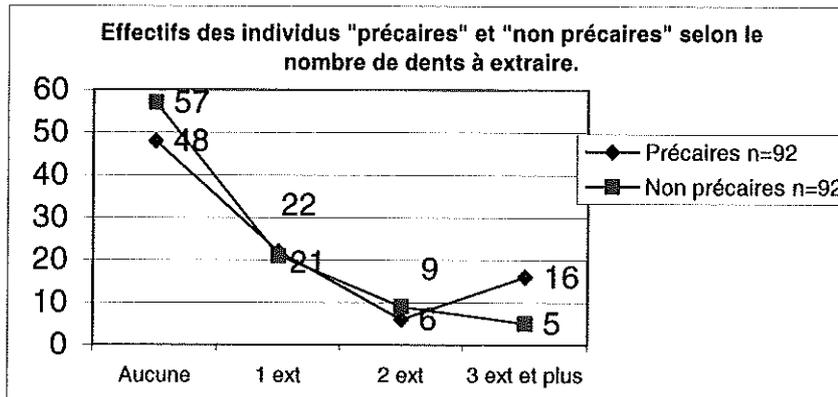
Dans l'annexe 18 sont représentés les schémas dentaires moyens d'un consultant « précaire » et « non précaire ». Il s'agit d'une simple visualisation du nombre moyen de dents absentes, de soins conservateurs, de traitements endodontiques et de couronnes observés.

### 6.5.3- Soins à envisager<sup>60</sup>

Il s'agit des soins nécessaires diagnostiqués par les soignants après la consultation d'entrée. Ceux-ci sont recueillis sur la feuille de CE.

Remarque : les dents de sagesse ne sont pas prises en considération car leur présence est bien trop aléatoire chez chacun.

#### a\* Les dents à extraire



#### # Aucune dent à extraire.

La proportion de dents à extraire concerne dans les 2 groupes plus de la moitié des consultants, dans une proportion plus importante chez les « non précaires » que chez les « précaires » mais cela n'atteint pas le seuil de significativité statistique (62% contre 52,2% ;  $p=0,18$ ).

#### # 1 ou 2 extractions à pratiquer.

Les proportions des groupes « précaires » et « non précaires » sont sensiblement les mêmes : 23,9 contre 22,8% pour 1 dent à extraire, 6,5 contre 9,8% pour 2 dents à extraire.

**Plus le nombre de dents à extraire s'élève plus le nombre de personnes concernées est en baisse (vrai jusqu'à une limite de 2 dents).**

#### # 3 dents ou plus à extraire.

La proportion de consultants « précaires » concernés croît (17,4%) tandis que celle des « non précaires » poursuit sa baisse (5,4%).

#### # ≤ à 2 dents ou > à 2 dents à extraire<sup>61</sup>

Le taux de « précaires » ayant **plus de 2 dents à extraire** (17,4%) est supérieur à celui de la population « non précaire » (5,4%) ( $p=0,011$ ).

#### # Moyennes de dents à extraire

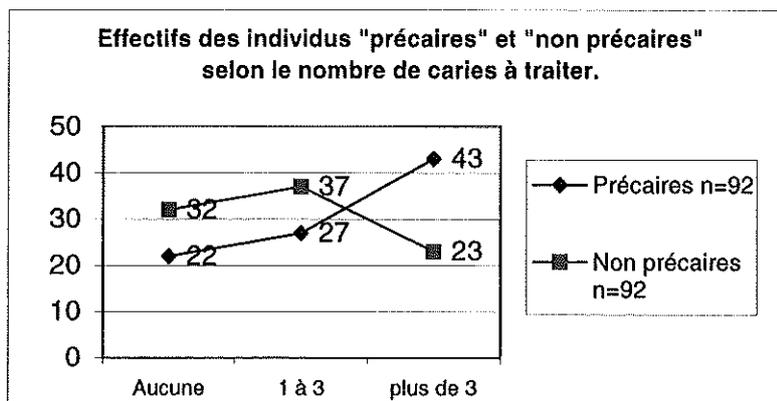
Le moyenne de dents à extraire/individu du groupe « précaire » est supérieure à celle du groupe « non précaire » (1,23 versus 0,66 ;  $p=0,03$ ).

<sup>60</sup> cf annexe 21, tableau 3

<sup>61</sup> cf annexe 21, tableau 1

### **b\*** Caries à traiter

Il est considéré qu'une carie correspond à une dent à traiter.



#### # Absence de carie.

Le taux d'individus «précaires» concernés est de 24%, contre 34,8% de « non précaires » ( $p=0,1$ ).

#### # 1 à 3 caries.

Les taux augmentent légèrement, concernant quasiment 30% des «précaires» et 40,2% des « non précaires » ( $p=0,16$ ).

#### # Plus de 3 caries.

La tendance s'inverse et l'écart se creuse entre les 2 groupes .

Le taux d'individus concernés est plus important dans la population «précaire» que dans la population « non précaire » ( 46,7% versus 25% ;  $p=0,002$  ).

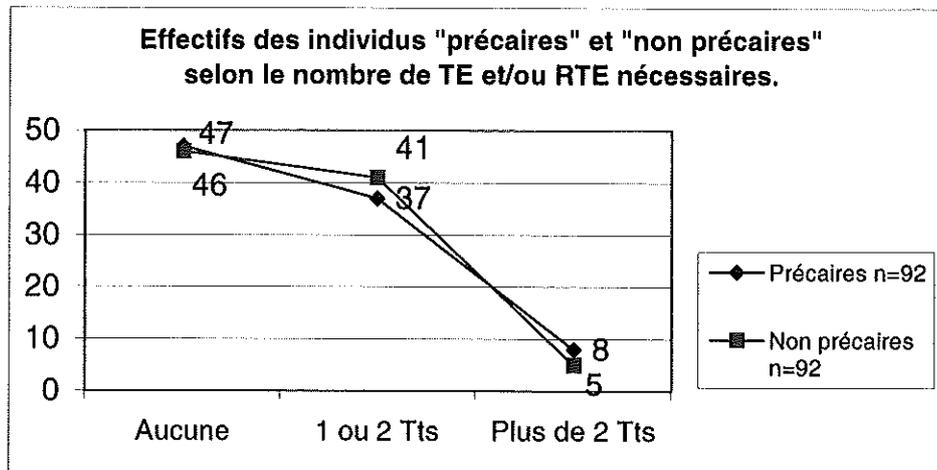
#### # ≤ à 2 caries ou > à 2 caries

La proportion d'individus «précaires» ayant **moins de 2 ou 2 caries** est nettement moins importante que dans la population « non précaire » (45,6% contre 65,2% ;  $p=0,008$ ).

#### # Moyennes de caries

La moyenne de caries dans le groupe «précaire» est de 3,70 caries/individu, bien supérieure à celle du groupe « non précaire » égale à 2,32 ( $p= 0,004$ ).

**c\* Traitements Endodontiques (TE) et/ou Reprises de Traitements Endodontiques (RTE) à pratiquer.**



Les effectifs évoluent de la même manière et dans les mêmes proportions.

**# Aucun traitement endodontique nécessaire.**

Le taux d'individus concernés dans chacun des groupes est le même (51%).

**# 1 ou 2 traitements endodontiques et/ou RTEs nécessaires.**

Les taux sont en baisse concomitante, ils passent à 40,2% dans le groupe «précaire» contre 44,5% dans le groupe « non précaires ».

**# Au moins 3 traitements endodontiques et/ou RTEs nécessaires.**

Les taux poursuivent leur chute et atteignent 8,8% dans le groupe «précaire» contre 5,4% dans le groupe « non précaire».

**# ≤ à 2 TEs/RTEs ou > à 2 TEs/RTEs**

La proportion d'individus ayant **moins de 2 ou 2 traitements endodontiques et/ou RTEs nécessaires** est de 91,3% dans le groupe « précaire » voisine de celle du groupe « non précaire», 94,6% (p=0,388).

**# Moyennes TEs et/ou RTEs nécessaires.**

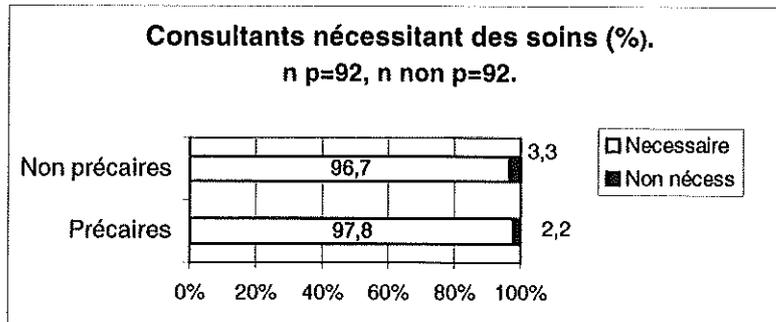
Les moyennes sont de 0,81 traitement endodontique ou RTEs/individu dans le groupe « précaire », contre 0,66 dans le groupe « non précaire » (p=0,77 ).

## 6.6- Nécessité de soins <sup>62</sup>

Lors du rendez-vous de CE après avoir fait le bilan dentaire, il est possible de considérer si le patient nécessite ou non des soins.

Lorsqu'une personne ne **nécessite aucun soin** cela signifie qu'elle ne présente **aucune lésion bucco-dentaire**.

### 6.6.1- Consultants nécessitant des soins

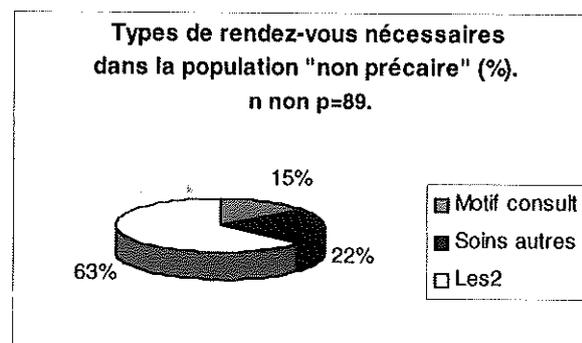
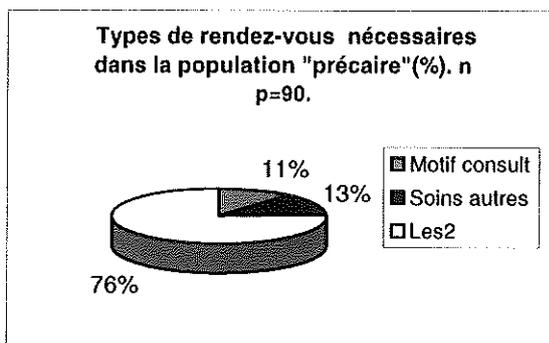


A valeur quasi égale, environ 97% des consultants de chaque groupe nécessitent des soins, que ce soit en réponse au « motif de consultation » ou bien pour des « soins autres » indiqués par le praticien (p= 0,650).

### 6.6.2- Rendez-vous nécessaires

Ce sont potentiellement les séances nécessaires à la réalisation des soins observés au départ.

Une fois le bilan dentaire réalisé, on peut préciser si les soins nécessaires relèvent du « *motif de consultation* » et/ou des « *soins autres* » notés par le soignant.



La nécessité de séances **pour le(s) « motif(s) de consultation » seul(s)**, renvoie à 1 ou 2 soins seulement à réaliser. Cependant le temps pour les achever ou leur coût peuvent être très variables. Effectivement il peut s'agir d'une simple carie ou d'une prothèse à réaliser.

Les taux relevés dans les 2 populations sont les plus faibles; 11,1% dans la population « précaire » contre 14,6% dans la population « non précaire » (p=0,48).

<sup>62</sup> cf annexe 21, tableau 4

Les rendez-vous nécessaires pour « **soins autres** » seuls concernent les individus dont le motif de consultation était *un bilan dentaire* afin de détecter d'éventuelles lésions, et non pour une raison précise. Cela concerne des proportions assez faibles de consultants, 13,3% de la population « précaire » contre 22,5% de la population « non précaire » ( $p=0,11$ ).

La nécessité de rendez-vous pour le(s) « **motif(s) de consultation** » associé(s) à des « **soins autres** » (les 2) concerne des proportions de consultants importantes dans les 2 groupes (76% dans la population « précaires » contre 63% dans la population « non précaire » ;  $p=0,07$ ).

La nécessité de rendez-vous dans cette situation précise est représentative d'une quantité de soins à réaliser assez importante parce que issue de l'association des 2 types de soins nécessaires.

Les proportions de consultants nécessitant des rendez-vous pour le(s) « **motif(s) de consultation** » donnés sont voisines et assez importantes. Elles concernent plus des 4/5<sup>ème</sup> des « précaires » (86,7%) et plus des 3/4 des « non précaires » (77,5%) ( $p=0,11$ ).

Les proportions de consultants pour qui des « **soins autres** » sont relevés par le praticien concernent : 88,9% des consultants « précaires » et 85,4% des consultants « non précaires » ( $p= 0,486$ ).

En conclusion, il n'y a **aucune différence entre les personnes en situation de précarité et les témoins au sujet des types de rendez-vous nécessaires.**

On note seulement que dans la plus part des cas, il existe une sommation des soins nécessaires.

### **6.6.3- Prothèse nécessaire**

Il s'agit de savoir si les patients nécessitent des soins de prothèse concernant sa réalisation, sa réparation ou son renouvellement.

Remarque : dans les dossiers-patient il n'est pas noté si ceux-ci sont porteurs de **prothèses adjoindes partielles (amovibles)**. Si tel est le cas ils se trouvent comptabilisés dans cet item alors qu'ils ne le devraient pas. Cependant leur nombre ne peut modifier les résultats de l'étude car ces consultants dans la quasi totalité ont été comptabilisés pour d'autres besoins prothétiques:

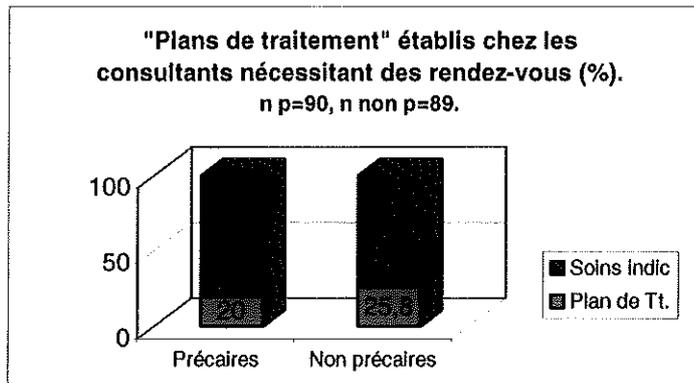
- prothèse à réparer, à remplacer ou à créer,
- porteurs également de prothèses fixes (couronnes ou bridges) à remplacer ou à réaliser,
- nécessité d'extractions impliquant par la suite d'appareiller, pour remplacer les futures dents absentes.

Les taux de consultants nécessitant des soins de prothèse sont assez proches et surtout très élevés mais ne diffèrent pas statistiquement (82,2% dans le groupe « précaire » contre 73% dans le groupe « non précaire » ;  $p= 0,122$ ).

#### 6.6.4- Plan de traitement

Après avoir évalué l'état bucco-dentaire et les besoins de soins, on établit un « plan de traitement » afin de planifier l'ensemble du travail à réaliser. Celui-ci est reporté dans le dossier (de façon complète ou parcellaire). Dans les cas où des soins prothétiques sont nécessaires une copie du devis est présente dans le dossier.

Si aucune trace d'un éventuel « plan de traitement » établi n'est retrouvé dans le dossier, il a été considéré que seules des **indications des soins nécessaires** ont été données.



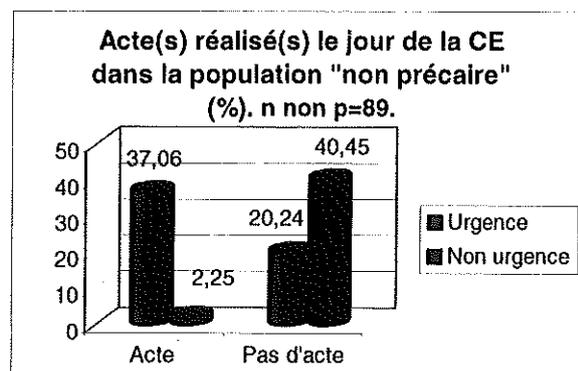
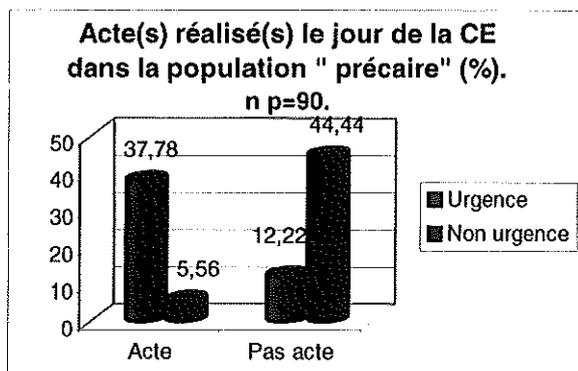
Le proportion de personnes chez qui un « plan de traitement » a été établi est de 20,6% dans le groupe «précaire» contre 25,4% dans le groupe « non précaire » ( $p= 0,505$ ).

On constate que presque  $\frac{3}{4}$  des consultants de chaque groupe n'ont fait l'objet que de soins indiqués. On peut alors supposer que ces mêmes personnes n'envisageront pas de finir les soins parce qu'elles n'ont pas été guidées et accompagnées dans la démarche de soins. A cela s'ajoute l'éventuel manque de moyens financiers, de motivation personnelle, d'éducation bucco-dentaire et de prévention menées par le praticien vis-à-vis de l'importance de l'achèvement du plan de traitement.

#### 6.6.5- Acte(s) réalisé(s) le jour même

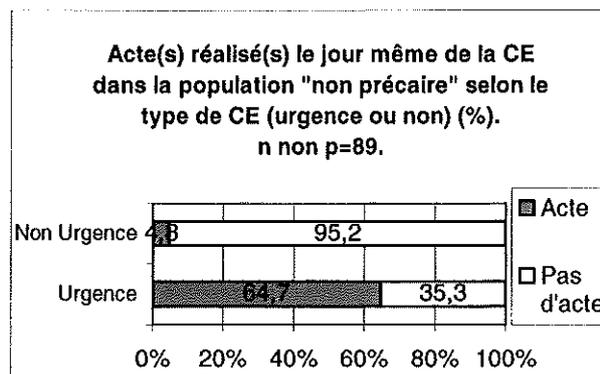
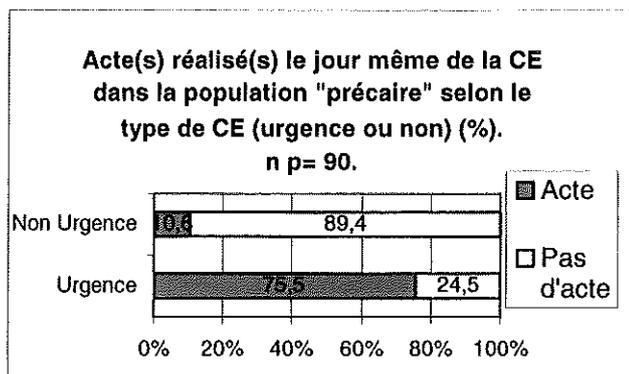
Ils s'agit des consultants chez qui les soins ont été commencés le jour de la CE, parce que cela relevait d'une **urgence**, ou bien parce que des **fauteuils étaient vacants dans le service**.

Les proportions d'actes réalisés le jour même de la CE sont relativement proches, 43,3% dans la population «précaire» contre 39,3% dans la population « non «précaire» ( $p=0,586$ ).



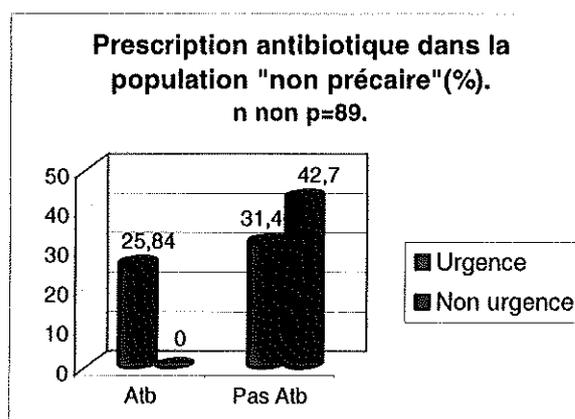
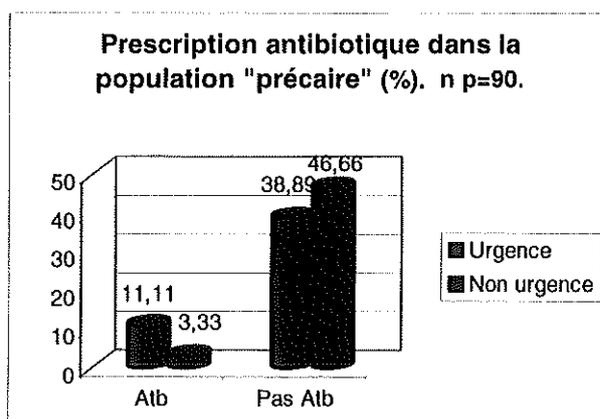
Si l'on considère l'acte(s) réalisé(s) selon le type de CE : urgente ou non, la **proportion d'actes réalisés est bien plus importante dans la situation d'urgence que de non urgence, que ce soit chez les « précaires » ou les « non précaires »** (75,5% contre 10,6% dans la population « précaires », 64,7% contre 4,8% dans la population « non précaire »).

Cela dit le taux de consultants « précaires » pour qui un acte a été réalisé dans une situation d'urgence est légèrement supérieur à celui des « non précaires » mais sans différence statistiquement significative (75,5% contre 64,7% ;  $p=0,406$ ).



#### 6.6.6- Prescription antibiotique le jour même du rendez-vous de CE

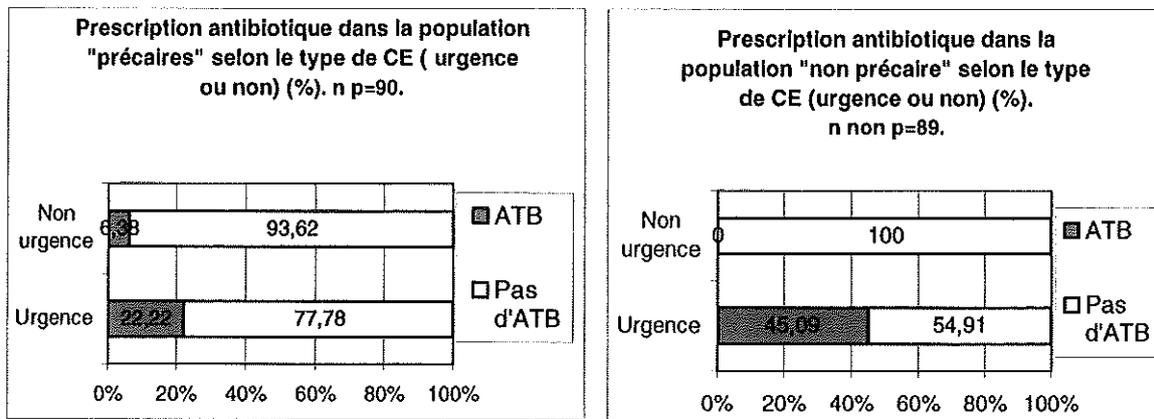
La prescription antibiotique est plus fréquente chez les consultants « non précaires » que chez les « précaires » (25,8% contre 14,4%). On se situe en limite du seuil statistique de signification ( $p=0,057$ ).



Si l'on considère la prescription antibiotique selon le type de CE : urgente ou non, tout comme pour les actes réalisés, la **prescription antibiotique est pour les 2 groupes plus importante dans la situation d'urgence que de non urgence** (22,22% contre 6,38% dans la population « précaire », et 45,09% contre aucune dans la population « non précaire »).

Dans la population « non précaire », la prescription antibiotique est observée exclusivement dans la situation d'urgence.

Par comparaison des 2 groupes, la proportion de consultants vus en CE d'urgence a qui l'on prescrit des ATB est plus fréquente chez les « non précaires » que chez les « précaires » ( $p=0,015$ ).

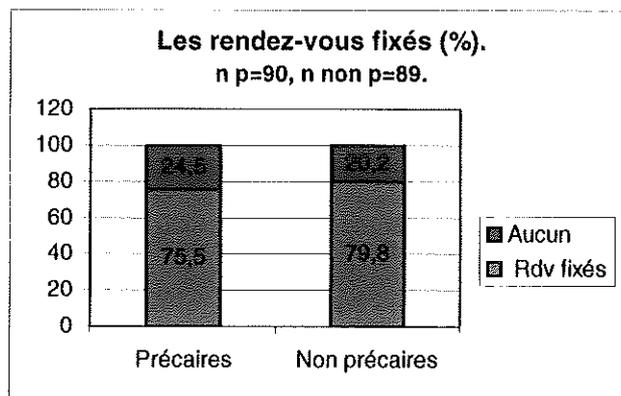


### 6.7- Rendez-vous fixé(s)

Il s'agit de comptabiliser les consultants avec qui au moins 1 rendez-vous (après celui de CE) a été fixé dont il reste un trace dans le dossier, sans tenir compte du fait qu'ils l'aient ou non honoré de leur présence.

Le fait que certains patients n'aient pas de rendez-vous fixés trouve explication dans :

- l'absence de suite donnée par le patient car il ne désirait pas poursuivre,
- la difficulté de le joindre, ou bien
- une longue liste d'attente de prothèse qui fait qu'aucun étudiant ne l'ait joint.



Les taux d'individus « précaires » et « non précaires » ayant eu **au moins un rendez-vous fixé** sont voisins (75,5% (68 personnes) dans le groupe « précaires » contre 79,8% (71 personnes) dans le groupe « non précaire » sur l'ensemble des consultants de chaque groupe nécessitant des soins) ( $p=0,498$ ).

On peut noter qu'il y a une perte de près de ¼ des personnes nécessitant des soins touchant indifféremment les populations « précaire » et « non précaire ».

## 7- Suivi des soins dentaires après la CE

Il s'agit ici d'évaluer le suivi des soins dentaires des consultants ayant eu 1 ou plusieurs rendez-vous fixés après la CE.

Le « suivi des soins » est le fait que le patient honore de sa présence le(s) rendez-vous que lui a fixé le praticien.

### 7.1- L'absentéisme <sup>63</sup>

Le fait de quantifier la **non présence aux rendez-vous fixés**, a pour but d'évaluer le « **non suivi des soins dentaires** » des consultants du CSD.

L'absentéisme transparaît au niveau des dossiers, et se traduit par des annotations relevées : **absence** (l'indicatif « NSPP » : Ne S'est Pas Présenté est inscrit ), **retard**, **refus de soins** et **annulation**.

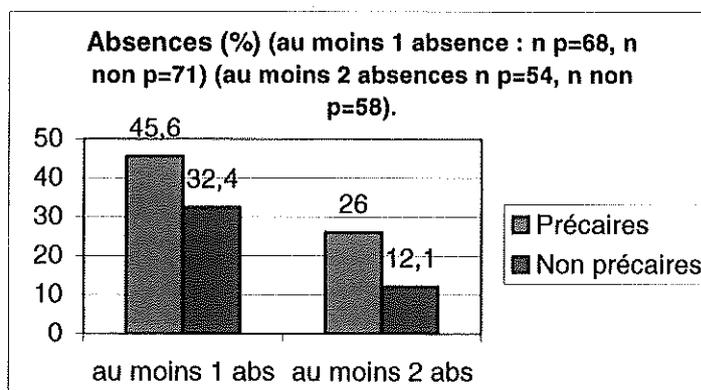
#### 7.1.1- *Consultants absents à au moins 1 des rendez-vous fixés*

Les proportions concernent 45,6% des « précaires » et 32,4% des « non précaires » ( $p=0,111$ ).

#### 7.1.2- *Consultants absents à au moins 2 des rendez-vous fixés*

Il est sous-entendu que l'échantillon étudié dans ce paragraphe est réduit aux consultants ayant eu plus de 2 rendez-vous fixés (54 « précaires » et 58 « non précaires »).

Le taux de consultants absents à au moins 2 rendez-vous est plus important dans le groupe « précaire » que dans le groupe de « non précaire » (26% contre 12%), la différence approchant le seuil statistique de signification ( $p=0,061$ ).



<sup>63</sup> cf annexe 21, tableau 5

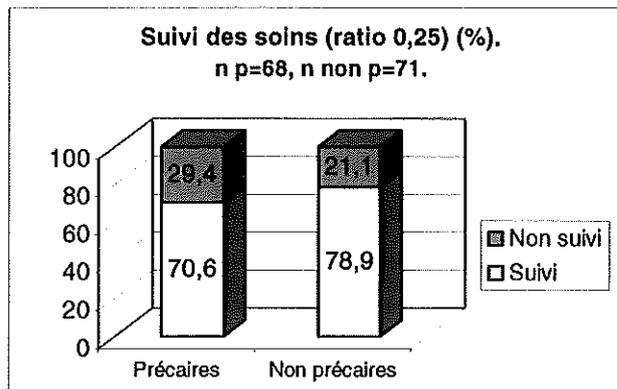
### 7.1.3- Absence de « suivi »

L'absence de suivi sera défini par le ratio des manquements de rendez-vous sur le nombre total de rendez-vous fixés.

#### Ratio fixé à 0,25.

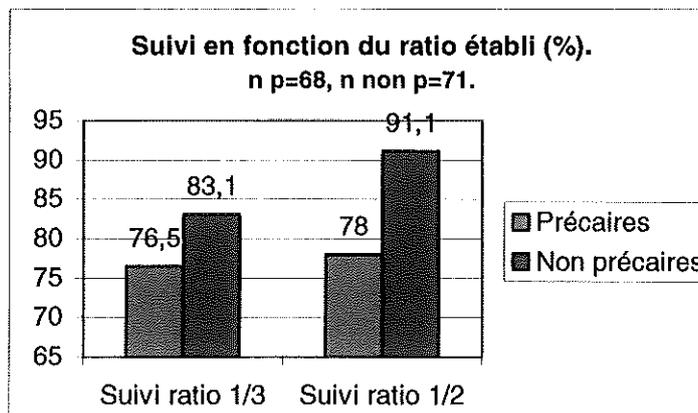
Ce ratio à été choisi car il paraissait le plus en conformité avec une pratique de cabinet. De fait tout rapport supérieur à 0,25 évoque le « non suivi » des rendez-vous.

Le graphique ci-dessous indique que le taux de « suivi des soins » dans le groupe « précaire » ne diffère pas de celui mesuré dans le groupe « non précaire » (70,6% contre 78,9% ;  $p=0,260$ ).



#### Autres ratios

Les tests ont été poussés au delà du ratio standard pour connaître à partir de quel ratio il existait une différence en terme d'absentéisme entre les 2 groupes.



#### # Ratio de 1/3 (1 rendez-vous manqué pour 3 rendez-vous fixés).

La proportion d'individus assurant le « suivi des soins » s'élève à 76,5% dans le groupe « précaire » contre 83,1% dans le groupe « non précaire » ( $p=0,329$ ).

# **Ratio de 1/2** ( 1 rendez-vous manqué pour 2 rendez-vous fixés).

La proportion de consultants assurant leur « suivi » (< à 1/2 ) est de 78% dans le groupe «précaire» contre 90,1% dans le groupe « non précaire».

**La différence de suivi entre les 2 groupes s'avère dans ce cas statistiquement significative (p=0,049). On peut donc dire que pour un ratio fixé à 1 rendez-vous manqué sur 2 fixés, le suivi des individus « non précaires » est supérieur à celui des «précaires».**

Cependant ce ratio ne répond pas à une bonne qualité du suivi des soins dentaires. Il n'est pas compatible avec une pratique correcte de la dentisterie, trop de libertés étant accordées aux patients.

On conclut alors qu'il n'y a aucune différence de comportement en terme de « suivi des soins dentaires » entre les groupes « précaire » et « non précaire » au CSD quand on fixe des ratios de 1/4 et 1/3. Elle ne se révèle que lorsque le ratio est de 1/2, ce qui n'est pas acceptable en terme de qualité du suivi des consultants.

#### 7.1.4- Tableau récapitulatif de l'ensemble des manquements <sup>64</sup>

Nous avons répertorié et quantifié les différents types de manquements.

Ceci représente la sommation des manquements sur l'ensemble des populations ( même si plusieurs manquements sont attribués à un seul consultant, tous seront comptabilisés).

Remarque : l'« annulation » laisse entrevoir une excuse adressée au praticien pour l'absence occasionnée. Ce comportement est donc bien différent de la pratique : d'absence non excusée.

Total	Précaires 57	Non précaires 39
Absences non excusée	43 (75.4%)	28 (71.8%)
Annulations	11 (19.3%)	10 (25.6%)
Retards	2 (3.5%)	1 (2.6%)
Refus	1 (1.8%)	0

Les absences non excusées sont de loin les manquements les plus fréquemment relevés dans les 2 groupes et dans des proportions proches (p=0,691).

Les proportions « d'annulation » sont nettement moins importantes et équivalentes dans les 2 groupes (p=0,46).

<sup>64</sup> cf annexe 21, tableau 6

## 7.2- Les soins réalisés et/ou achevés

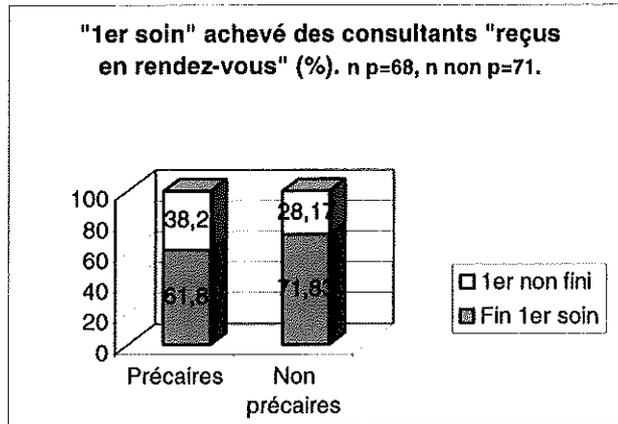
### 7.2.1- Les consultants « reçus en rendez-vous »

#### a\* « 1<sup>er</sup> soins » achevés <sup>65</sup>

Il s'agit de consultants ayant mis fin à leurs soins à ce stade ou qui ont poursuivi.

On considère comme « 1<sup>er</sup> soins » :

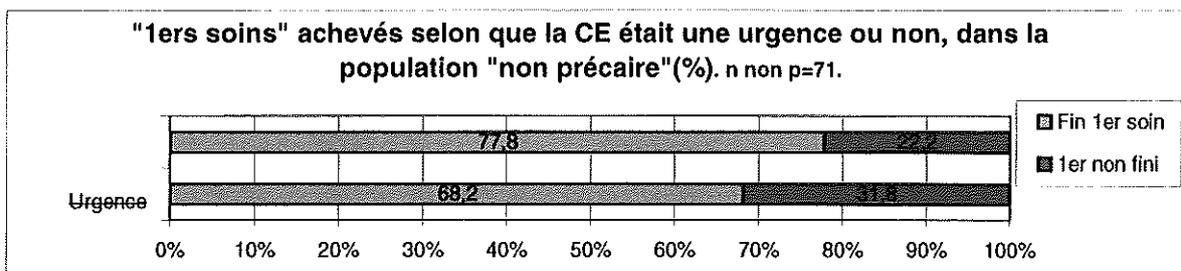
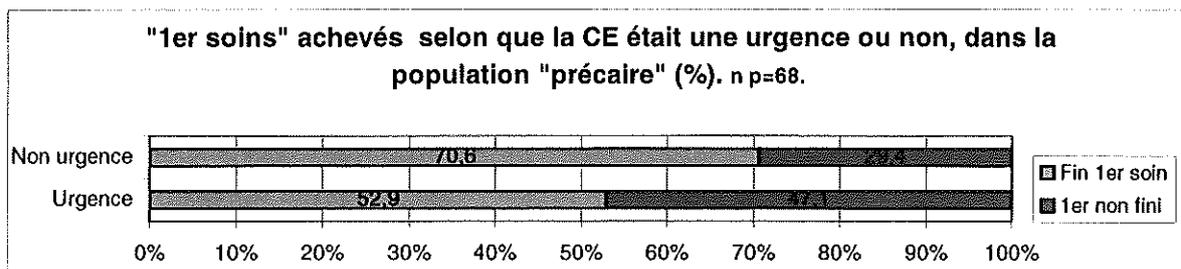
- le **soin direct** résultant d'une consultation en urgence, et
- le **soin effectué en priorité** lors de l'établissement du plan de traitement dans les situations où la 1<sup>ère</sup> CE n'est pas une urgence.



Les proportions sont de 61,8% dans le groupe «précaire» contre 71,8% dans le groupe « non précaire » (p=0,207).

À contrario la proportion de consultants ne finissant pas leur « 1<sup>er</sup> soin » aussi bien dans un groupe que dans l'autre est non négligeable. Ces consultants ne seront pas revus en consultation au CSD sauf dans le cadre d'éventuelles urgences.

#### « 1<sup>er</sup> soins » achevés selon que la CE était une urgence ou non »



<sup>65</sup> cf annexe 21, tableau 5

On remarque que les taux de « 1er soins » achevés sont toujours plus élevés dans la population « non précaire » surtout s'il ne s'agit pas d'une CE en urgence.

- *Etude comparative entre les 2 groupes des « 1<sup>ers</sup> soins » achevés dans la situation où le type de CE est défini.*

#### # CE en urgence

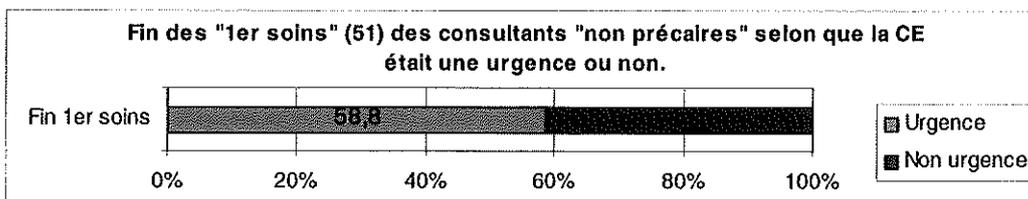
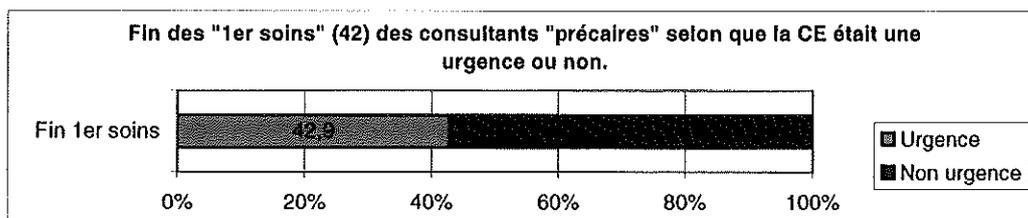
Malgré des proportions paraissant assez éloignées, 52,9% dans le groupe «précaire» contre 68,2% dans le groupe « non précaire», il n'y a pas de différence statistiquement significative (p=0,159).

#### # CE non en urgence

Les proportions sont de 70,6% dans le groupe «précaire» contre 77.8% dans le groupe « non précaire» (p=0,523).

- *Etude comparative au sein de chaque groupe, des « 1<sup>ers</sup> soins » achevés selon que la CE était une urgence ou non.*<sup>66</sup>

On peut considérer que la situation de consultation en urgence reflète un comportement de négligence habituelle vis à vis de la santé bucco-dentaire.



#### # Les sujets « précaires ».

Le taux de « 1er soin » achevés est plus important lorsque la CE ne relève pas d'une urgence que lorsque c'est le cas (57,1% contre 42,9%). Cependant il n'y a pas de différence statistiquement significative (p=0,134).

#### # Les sujets « non précaires ».

Le taux est plus important lorsque la CE est une urgence que lorsque ce n'est pas le cas (58,8% contre 41,2%) mais la différence n'est statistiquement pas significative (p=0,383).

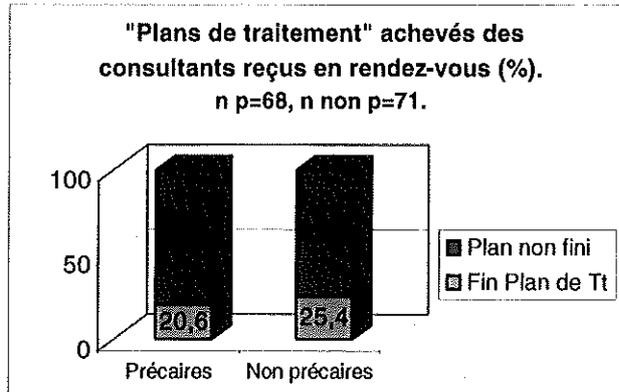
<sup>66</sup> cf annexe 21, tableau 7

***b\**** « Plans de traitement » achevés <sup>67</sup>

Sont comprises les personnes nécessitant ou non des prothèses.

Le but est d'achever l'ensemble des soins nécessaires et convenus avec le patient.

Remarque : les dossiers dans lesquels la prothèse est en cours de réalisation, sont comptabilisés en tant que « plan de traitement » terminé.

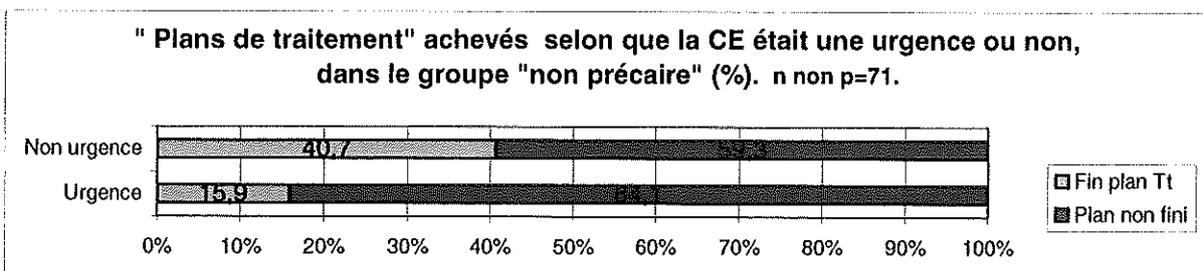
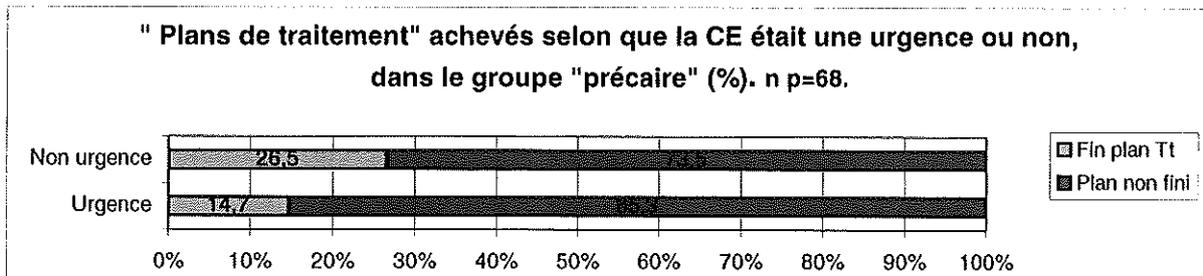


Les taux des 2 populations « précaire »/ « non précaire » sont très proches, 20,6% dans le groupe « précaire » contre 25,4% dans le groupe « non précaire » (p=0,505).

On note **une nette chute, en comparant ces valeurs avec celles concernant les « 1<sup>er</sup> soins » achevés (voir ci-dessus), dans chacun des groupes.**

Les taux de « plans de traitement » achevés sont relativement bas. Ils représentent seulement un peu plus du ¼ des consultants reçus en rendez-vous.

**« Plans de traitement » achevés selon que la CE était une urgence ou non**



<sup>67</sup> cf annexe 21, tableau 5

➤ *Etude comparative entre les 2 groupes des « plans de traitement » achevés dans la situation où le type de CE est défini*

# CE en urgence

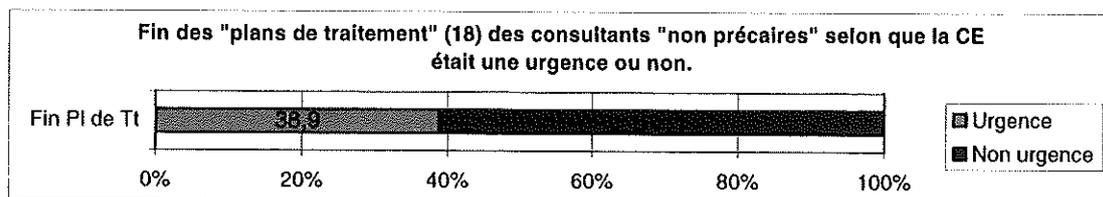
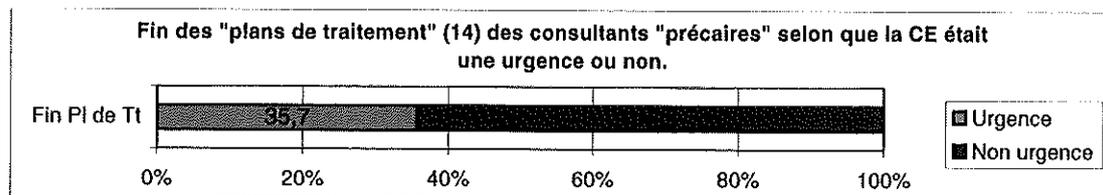
Les taux de « plan de traitement » achevés sont équivalents entre les 2 groupes (14,7% dans la population « précaire » contre 15,9% dans la population « non précaires » ;  $p=0,89$ ).

# CE non en urgence

Les taux paraissent nettement plus importants dans la population « non précaire » que dans la population « précaire » mais la différence n'est statistiquement pas significative (40,7% contre 26,5% ;  $p=0,238$ ).

➤ *Etude comparative dans chaque groupe des « plans de traitement » achevés, selon que la CE était une urgence ou non.*<sup>68</sup>

Quelque soit le groupe, les proportions les plus importantes sont relevées dans la situation où la CE est non urgente, soit 64,3% chez les « précaires » et 61,1% chez les « non précaires ».



# Les sujets « précaires » .

Les taux sont de 35,7% lorsque la CE est une urgence contre 64,3% lorsqu'elle ne l'était pas. ( $p=0,230$ ).

# Les sujets « non précaires »

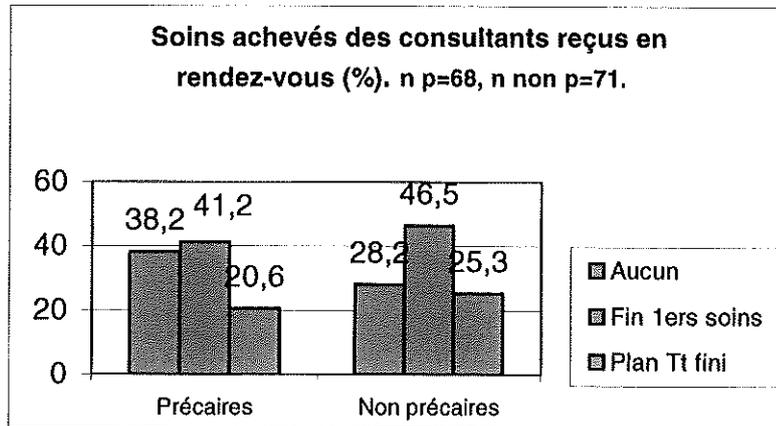
Le taux est nettement supérieur lorsque la CE était non urgente que lorsqu'elle l'était (61,1% contre 38,9%). Différence significative ( $p= 0,019$ ). Il y a une plus forte proportion de « non précaires » vus en CE non urgente dont le « plan de traitement » est achevé que chez ceux consultant en urgence.

<sup>68</sup> cf annexe 21, tableau 7

**c\*** « 1er soins » seuls achevés<sup>69</sup>

Les valeurs des proportions de « 1<sup>er</sup> soins » seuls achevés sont très proches dans les 2 groupes (41,2% dans le groupe « précaire » contre 46,5% dans le groupe « non précaire » ; p=0,529).

**d\*** Répartition de soins achevés



# Les « 1<sup>er</sup> soins » seuls achevés.

Il s'agit des taux les plus importants quel que soit le groupe.

# « Aucun soin » achevé.

Cette situation arrive en seconde position dans les 2 groupes.

Le taux du groupe « précaire » est plus élevé (38,2%), que celui du groupe « non précaire » (28,2%).

# « Plans de traitement » achevés.

Dans le groupe « non précaire » ce taux atteint 25% (taux relativement proche de « aucun soin » achevé) contre 20,5% dans le groupe « précaire ».

En conclusion, les « plans de traitement » ne sont que peu fréquemment achevés aussi bien dans un groupe que dans l'autre.

<sup>69</sup> cf annexe 21, tableau 5

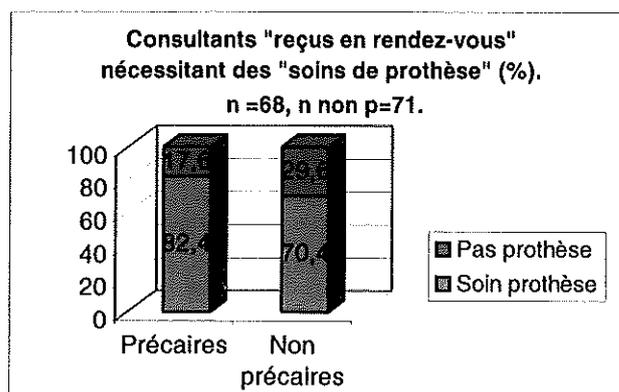
### 7.2.2- Consultants « reçus en rendez-vous » réduit à ceux « nécessitant des soins de prothèse »

Il s'agit là de consultants dont les soins sont forcément plus lourds et plus coûteux.

La prothèse est révélatrice d'atteintes importantes, car elle n'est envisagée et décidée que lorsqu'il n'y a pas d'autres alternatives.

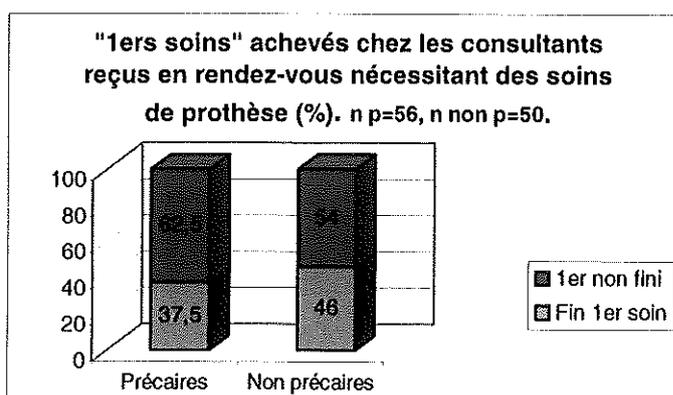
La méthode de travail est la même, les données sont les mêmes que celles relevées chez les groupes « précaire » et « non précaire » reçus en rendez-vous.

Remarque : Les effectifs étant faibles, on ne pourra étudier de façon plus fine les résultats en fonction du type de CE (urgence ou non).



Les proportions de consultants nécessitant des soins de prothèse sont assez éloignées entre les 2 groupes, soit 82,4% dans le groupe « précaire » et contre 70,4% dans le groupe « non précaire ». On se trouve en limite d'une différence statistiquement significative ( $p=0,099$ )<sup>49</sup>.

#### a\* « 1<sup>er</sup> soins » achevés<sup>70</sup>

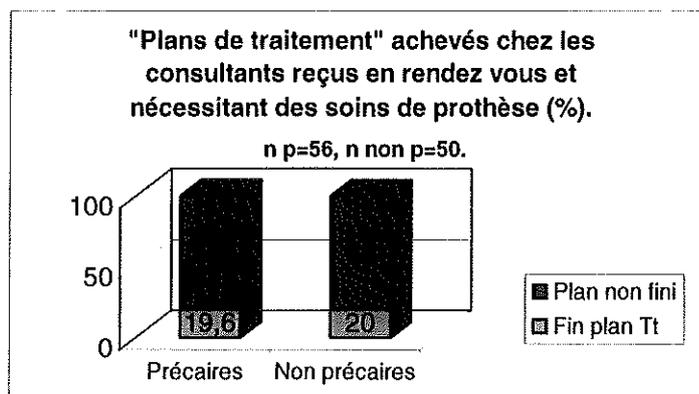


Le taux de « 1er soins » achevés est plus important dans le groupe « non précaire » que dans le groupe « précaire » (46% contre 37,5%), mais la différence est statistiquement non significative ( $p=0,374$ ).

<sup>70</sup> cf annexe 21, tableau 8

### **b\* « Plans de traitement » achevés <sup>51</sup>**

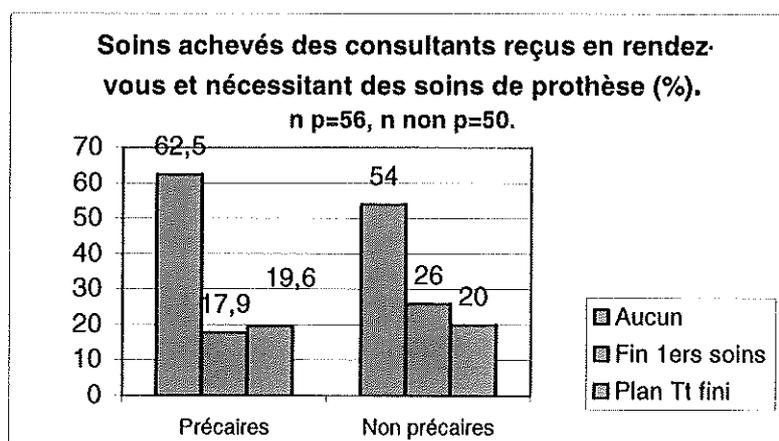
Les taux des « plans de traitement » achevés sont semblables dans les 2 populations. (soit 19,6% dans la population « précaire » contre 20% dans la population « non précaire » ;  $p=0,963$ ).



### **c\* « 1<sup>er</sup> soins » seuls achevés <sup>51</sup>**

Les proportions de « 1<sup>er</sup> soins » seul achevés sont relativement proches dans la population « précaire » et « non précaire » (17,9% dans le groupe de « précaire » contre 26% dans le groupe « non précaire » ;  $p=0,310$ ).

### **d\* Répartition des soins achevés**



#### **# « Aucun soin » achevé.**

Ce comportement arrive largement en tête dans les 2 groupes.

Ces taux atteignent 62,5% de la population « précaire » contre 54% dans la population « non précaire ».

#### **# « 1<sup>er</sup> soins » seuls réalisés.**

Les proportions sont de 17,9% chez les « précaires » et de 26% chez les « non précaires ».

#### **# « Plans de traitement » achevés.**

Les proportions sont de 19,6% chez les « précaires » et 20% chez les « non précaires ».

### 7.2.3- Consultants « reçus en rendez-vous » réduit à ceux nécessitant des « soins autres que prothétiques »

Ceci ne concerne que 12 des 68 « précaires » et 20 des 71 « non précaires ».

Ces effectifs sont très faibles. On procède donc à une analyse descriptive seule sans test statistique.

#### # « Aucun soin » achevé

Il s'agit de 3 « précaires »/12 contre 7 « non précaires » /20.

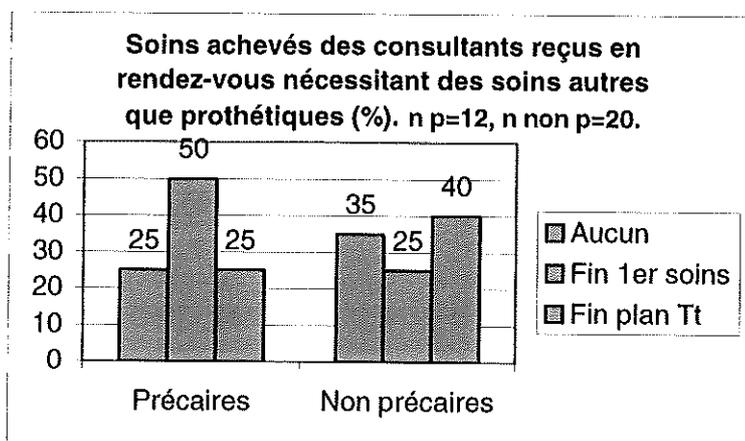
#### # « 1<sup>er</sup> soins » seuls achevés

Cela concerne 6 « précaires »/12 contre 5 « non précaires » /20.

#### # « Plans de traitement » achevés :

Cela concerne 3 « précaires » /12, et 8 « non précaires » /20.

Il semble que la population de « non précaires » finissant leur « plan de traitement » soit plus importante que chez les « précaires ».



### 7.3- Les Retours au CSD des consultants nécessitant des soins <sup>71</sup>

Cela concerne les retours effectués durant la période comprise entre la CE (28 mai 2001 au 4 mai 2002) et le recueil des données sur dossiers réalisé en avril 2003.

Il s'agit de retours effectués :

- en CE pour contrôle, ou
- en consultation hors soins en cours pour :
  - la même urgence que celle qui fut l'objet de la CE, ou le 1<sup>er</sup> soin entrepris et non achevé
  - des soins indiqués lors de la CE non réalisés,
- retour pour d'autres motifs (adressé par un médecin, retour après accord sécurité sociale...).

<sup>71</sup> cf annexe 21, tableau 9

### Tableaux des retours.

Ils indiquent les consultants (chaque numéro de couleur différente représente un consultant différent) « précaire »/« non précaire » de retour en consultation (hors soin) au CSD et précisent :

- les retours pour un même motif,  
exple : le patient n°5 issu d'une CE en urgence est revenu 3 fois au CSD pour la même urgence (chiffre entre parenthèses),
- les retours pour motifs différents,  
exple : le patient n°4 issu d'une CE en urgence est revenu 1 fois pour la même urgence et 1 seconde pour un soin indiqué (le numéro de couleur est noté dans les cases concernées).

<u>« Précaires »</u>	Même urgence	Soins indiqués lors de la CE mais jamais effectués	Contrôle	Autres
<b>Urgence (12 personnes)</b>	1, 3, 4, 5(3), 7, 9, 12(2).	3, 4, 8, 10.	2	6, 11.
<b>Non urgence (14 personnes)</b>	3, 6, 9, 10.	6, 14, 11(2).	1, 5, 12, 13.	2, 4, 5(2), 7(2), 8.

<u>« Non Précaires »</u>	Même urgence	Soins indiqués lors de la CE mais jamais effectués	Contrôle	Autres
<b>Urgence (6 personnes)</b>	6.	1, 2, 3, 5.		4.
<b>Non urgence (8 personnes)</b>	5, 6.	3, 7.	1, 8.	2, 4.

### **Les constats :**

- Le nombre de retours dans la population « précaire » est supérieur à celui de la population « non précaire » (28,28% des « précaires » reviennent au moins une fois contre 16,85% des « non précaires » ;  $p=0,05$ ).
- La répartition des retours au sein des 2 groupes est quasiment équivalente entre les consultants dont la CE était une urgence ou non.
- Dans la population « précaire », les retours concernent de façon plus importante la même urgence.

- Dans les 2 groupes, les retours des consultants dont la CE était non en urgence se répartissent entre les différents motifs de retours de manière plus égale (entre même urgence, soins indiqués, Contrôle, autres), que ceux des personnes dont la CE était une urgence.
  
- Dans la population « non précaire » chaque personne de retour ne revient qu'une fois, alors que dans la population « précaire » 9 consultants reviennent plus d'une fois.  
On peut penser que **ces retours inattendus dans la population précaire sont une manière de se soigner.**  
Les « précaires » concernés par de multiples retours se répartissent de la manière suivante :
  - 5 reviennent 2 ou 3 fois pour la même raison. Il s'agit souvent de retours concernant la même urgence (ou le 1<sup>er</sup> soin entrepris) ou des soins indiqués.
  - 4 reviennent pour des raisons différentes. Il s'agit souvent pour le 1<sup>er</sup> retour de la même urgence ou du soin entrepris, et le 2<sup>nd</sup> : de soins indiqués ou bien le 1<sup>er</sup> retour est une CE, et le 2<sup>nd</sup> : un soin autre.
  - 1 consultant associe ces 2 modes.

## IV/ Discussion

### 1- Méthodologie

Cette enquête effectuée dans le cadre du Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes a permis :

- d'affirmer l'existence d'une différence socio-économique entre le groupe en situation de précarité sociale et le groupe Témoin, même si quelques chiffres surprenants concernant le groupe « non précaire » sont relevés les rapprochant de la population « précaire »,
- de montrer des comportements identiques de recours et de suivi des soins dentaires quelle que soit la situation sociale.

#### 1.1- L'Outil de repérage

Il a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire et validé (PASCAL et coll, 2002). Les principaux avantages de cet outil de repérage sont sa reproductibilité, sa facilité d'emploi (il peut être rempli par tous les consultants reçus en CE) et son objectivité. Cependant sa sensibilité étant de 70% et sa spécificité de 77%, il connaît certaines limites (comparés au « Gold standard » des assistantes sociales) car il ne tient pas compte de critères subjectifs comme le font les assistantes sociales. L'identification de ce ou ces critères permettrait d'améliorer la sensibilité de l'outil.

Malgré cela les résultats concernant la comparaison des caractéristiques socio-économiques des 2 groupes montre que cet outil a permis de discriminer 2 groupes, « précaire »/ « non précaire », aux caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques différentes.

#### 1.2- Echantillonnage

Le Centre de Soins Dentaires est un service où consulte un nombre important de personnes en situation de difficultés sociale et économique. Effectivement il assure ses missions de service public en permettant l'accueil de tout un chacun, facilite les modalités de paiement, et assure un lien avec la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Toutes les fiches de repérage n'ont pu être exploitées. Certaines étaient mal remplies d'autres affichaient des données manquantes liées probablement à des difficultés de compréhension de la langue, à la faiblesse du niveau d'études et au manque d'intérêt porté à l'étude. De plus certaines n'ont pas été rendues.

La situation sociale des consultants a pu être déterminée selon les critères de l'outil de repérage pour 68,2% des consultants admis ; 47,4% ont été identifiés en situation de vulnérabilité sociale. Parmi ces derniers 130 consultants en situation de vulnérabilité sociale ont été sélectionnés par tirage au sort dans l'étude, soit 34% d'entre eux.

Ces modalités de sélection de notre échantillon induisent un biais de sélection probable de ce dernier. Toutefois, la comparaison des caractéristiques socio-économiques avec les exclus montrent que ces différences ne portent que sur 2 variables (le sexe, le fait d'être sans activité professionnelle, et si c'est le cas la situation actuelle) dont le lien avec l'objet de l'étude n'est pas déterminant à notre connaissance ce qui limite l'importance de ce biais d'étude.

### 1.3- Questionnaire du recueil de données sur le recours aux soins

Les données recueillies étaient déclaratives et le plus souvent qualitatives. Pour cette étude réalisée au CSD, seulement 21 des 52 items du questionnaire ont été retenus. Les 21 items choisis portaient sur des données socio-économiques et socio-démographiques pour connaître de manière générale la population de l'échantillon et pouvoir ensuite comparer les 2 groupes. Ils portaient également sur le mode de recours aux soins des consultants spécifique ou non aux soins dentaires, et sur le niveau de prévention dont les consultants ont fait l'objet dans le domaine alimentaire et dentaire.

Les Attachés de Recherche Cliniques (ARC) chargés de la première phase du recueil ont été formés auparavant pour standardiser leur manière de poser les questions et de recueillir les données, afin de limiter le risque de biais de recueil.

L'exactitude de la réponse dépend de la compréhension par les consultants des items formulés (par exemple le fait de bénéficier de la CMU peut pour certains ne pas être assimilé au fait de bénéficier de la Sécurité Sociale), et des réponses « ne sait pas » données suite à une méconnaissance de sa propre situation ou d'un biais de mémoire.

La longueur du questionnaire a pu entraîner une lassitude et une déconcentration de la part des consultants, modifiant peut-être la validité des réponses aux dernières questions.

### 1.4- Etude des dossiers dentaires

Certains dossiers ont été considérés comme inexploitable pour l'enquête par un manque d'informations trop important et/ou l'absence de radiographies panoramiques associées. Certains n'ont pas été retrouvés dans les archives.

On remarque que les paires exclues ont autant pour origine des dossiers de sujets « précaires » que « non précaires ».

Les motifs d'exclusion des dossiers sont les mêmes et dans des proportions identiques entre les 2 groupes. Sauf pour 1 motif, « absence de radiographie panoramique », qui est plus important chez les « non précaires ».

Ainsi l'échantillon a été réduit à 98 paires exploitables.

Il faut tenir compte de la qualité relative des données recueillies, car elles sont dépendantes de la subjectivité du soignant pour remplir le dossier et de ce que le patient a bien voulu dire au soignant.

Par ailleurs de nombreux éléments ont interféré tels que: la lisibilité des dossiers, les oublis, les erreurs de renseignements (de dates par exemple), le manque de rigueur dans le remplissage des dossiers, le désordre des informations.

Les dossiers peuvent être confiés à différents étudiants ou enseignants selon le secteur de travail, ce qui ne facilite pas leur lecture.

La lecture des dossiers est soumise à la subjectivité de l'enquêteur introduisant également un biais.

Mais, ce biais de recueil a été limité par l'utilisation d'une grille de recueil standardisée, et en procédant par une étude chronologique de chaque dossier.

Toutes les données illisibles n'ont pas été recueillies, entraînant peut-être une sous-estimation des résultats.

Les dents de sagesse n'ont pas été comptabilisées dans les schémas dentaires parce que leur présence était trop aléatoire.

## 2.2- Schémas dentaires

### 2.2.1- Constat

La plupart des différentes catégories de soins dentaires sont en proportion équivalentes dans les 2 groupes (les dents absentes, les dents avec soins conservateurs seuls ou associés à un TE, les dents avec TE, les dents couronnées vivantes).

Les différences observées concernent : les moyennes de dents couronnées avec traitements endodontiques associés et les dents couronnées en général en proportion plus importantes dans le groupe « non précaire », ce qui laisse supposer plus de facilités financières. Deux possibilités semblent s'offrir aux personnes « précaires » lors d'atteintes relativement importantes : soit la dent est trop délabrée et il faut l'extraire ; soit on peut la conserver, alors se pose le problème de comment la protéger ? (couronne ou soin conservateur ?).

Probablement du fait du coût des prothèses et de leur faible prise en charge, une personne « précaire » se tournera vers la pose d'un soin conservateur (même si la dent est déjà fragile).

Les moyennes de dents absentes sont assez distinctes. La plus importante étant celle du groupe « précaire ».

Une dent absente indique qu'il n'y a pas eu d'autre alternative que de l'extraire du fait de son délabrement important (sauf en cas d'accident, ce qui est rare et ne peut être comptabilisé). Cela révèle alors un état bucco-dentaire plus mauvais chez les individus en situation de précarité.

### 2.2.2- Soins à réaliser

Ils sont souvent plus importants dans la population en situation de précarité sociale.

Les dents à extraire sont le reflet de la détérioration de l'état buccal. Elles représentent une négligence vis-à-vis de leurs dents liée à la situation sociale et aux comportements.

Le nombre de caries semble relativement faible dans la population non exposée à la précarité sociale, alors qu'il paraît ne pas y avoir de limite dans le processus de détérioration carieux des personnes en situation de précarité. Pour un nombre d'atteintes carieuses faible, les 2 groupes sont autant concernés l'un que l'autre. Dès que le nombre d'atteintes devient important l'effectif de sujets « précaires » concernés croît pour atteindre une proportion assez importante, alors que l'effectif des sujets « non précaires » est en baisse. De plus, l'écart entre les 2 groupes s'accroît. Cela renvoie-t-il à une éducation et/ou une culture différentes concernant l'hygiène dentaire entre les 2 groupes?

Seuls les besoins de TE et/ou RTE sont identiques dans les 2 groupes.

## 2.3- Comportements et recours aux soins

Quelques différences sont constatées :

- Le recours en première intention (en cas de problème) à un médecin est plus fréquemment énoncé chez les « non précaires », notamment vers un médecin de ville.
- Au sein de la population « non précaire ».  
Les taux de réalisation de « plan de traitement » se font en proportion plus importantes lorsque la CE était non urgente, ce qui n'est pas le cas dans le groupe « précaire ».

On peut ainsi envisager que les individus consultant en urgence (même appartenant au groupe « non précaire ») : soit négligent leur état bucco-dentaire (ce qui serait révélateur d'un comportement stigmatisé où le soin dentaire n'est envisagé que dans l'urgence), soit ont consulté exceptionnellement au CSD car leur dentiste habituel n'a pu les recevoir. Les Résultats montrent qu'ils ont moins de suivi régulier par un dentiste que les autres.

### Certains chiffres interpellent et sont à prendre en compte :

#### - L'absentéisme.

La différence entre « précaires »/« non précaires » absents à au moins 2 rendez-vous est nettement plus importante chez les sujets « précaires » et non négligeable.

Le fait de ne pas tenir compte dans cette situation du nombre total de rendez-vous fixés pour chaque patient pourrait être discuté. Cependant dans un cabinet libéral, un rendez-vous manqué sera considéré comme un oubli, et au delà les patients sont considérés comme n'assurant pas le « suivi » de leurs soins et ce quel que soit le nombre de rendez-vous donnés.

L'hypothèse émise est que **c'est à partir d'un certain seuil d'absentéisme qu'une différence de comportement apparaît.**

Les taux d'absentéisme « précaires »/« non précaires » relevés en fonction des ratios vérifient ce qui a été dit auparavant. Une différence n'est observée qu'à partir d'un ratio égal à 1/2 ( un rendez-vous manqué sur deux fixés). Dans cette situation le terme de « suivi » est inadéquat et ne trouve plus son sens. Il apparaît incompatible avec une pratique de la dentisterie de qualité.

- La proportion de consultants nécessitant des soins de prothèse avec qui des rendez-vous ont été fixés est plus importante dans la population en situation de précarité sociale, révélatrice de négligence vis-à-vis des soins. La prothèse étant la dernière solution quand le délabrement est trop important.

- La proportion de sujets « précaires » de retour inattendu au CSD est plus importante que celle des sujets « non précaires ». Ces retours sont peut être le signe d'une « manière de se soigner » pour la population « précaire ».

Ces consultants sont d'ailleurs appelés : les « consultants itératifs » dans la littérature médicale.

### A contrario les similitudes constatées sont nombreuses.

- Les similitudes de comportement en général concernent:
  - Les consultations pour suivi médical régulier ou en 1<sup>ère</sup> intention. Les 2 groupes se tournent vers un médecin de ville généraliste, pour ceux consultants à l'hôpital il s'agit d'un médecin spécialiste,
  - La proportion de consultants assurant un suivi régulier médical,
  - Le suivi régulier dentaire,
  - La date de dernière consultation chez un dentiste,
  - Les habitudes de grignotage, les conseils alimentaires et leur suivi,
  - Le brossage. La norme serait de se brosser deux fois par jour les dents (le matin après le petit déjeuner et le soir avant de se coucher). L'idéal serait trois fois par jour après chaque repas. On constate que les deux groupes se situent en dessous de la norme.
- Les similitudes de comportement spécifiques au CSD concernent:
  - La facilité de contact téléphonique.
  - Les dossiers antérieurs et le suivi des soins.
  - Les consultations en urgence.

- Les motifs de consultations.
- Les consultants nécessitant des soins. (Les soins nécessaires, les types de rendez-vous nécessaires, la nécessité de prothèse, l'établissement de plan de traitement).
- Les consultants avec qui des rendez-vous ont été fixés. (L'absence à au moins un rendez-vous. Le suivi des soins établi au ratio de un rendez-vous manqué sur quatre, et de un sur trois.
- Les manquements : absences non excusées, et annulations.)
- Les soins réalisés et/ou achevés des consultants avec qui des rendez-vous ont été fixés. (La fin des « 1er soins », la fin des « plans de traitement », les « 1er soins seuls » achevés.)
- Les soins réalisés et/ou achevés des consultants avec qui des rendez-vous ont été fixés, nécessitant des soins de prothèse. (La fin des « 1er soins », la fin des « plans de traitement », « les « 1er soins seuls » achevés.)
- Les retours.

#### 2.4- Actes et prescriptions antibiotiques réalisés lors de la CE

Les proportions d'actes réalisés le jour de la CE ne diffèrent pas entre les 2 groupes.

Les prescriptions antibiotiques le jour de la CE s'avèrent plus importantes dans le groupe de sujets non exposés à la précarité sociale, et uniquement réalisées dans la situation d'urgence. L'explication se trouve peut-être dans le motif de consultation pour raison infectieuse fréquemment énoncé.

Dans la population de sujets « précaires », la raison de prescriptions d'antibiotiques lors de CE même non urgente s'explique du fait d'une moins bonne hygiène bucco-dentaire constatée, une proportion plus importante de problèmes parodontaux associés à l'apparition d'abcès et de mobilités dentaires, et des pulpites en évolution vers des nécroses impliquant l'apparition d'infections apicales.

#### 2.5- Profil type des consultants du CSD

A partir des résultats, il est possible d'établir un profil type des patients consultant au CSD du CHU de Nantes en tenant compte des caractéristiques communes suivantes :

- 70% des consultants « précaires »/« non précaires » ayant déjà un dossier au CSD **n'ont pas assuré leur suivi antérieur**. Cela reflète un comportement de négligence quelle que soit la situation sociale du consultant.
- 50% des individus **consultent dans « l'urgence »**. Ce constat renforce l'idée générale de consultation dentaire réalisées au CSD que lorsqu'il n'y a pas d'autres choix. Il s'agit dans la majorité des cas de **consultation de dernier recours**.
- Les motifs de consultation pour **bilan** ne concernent que 15% des « précaires » et 21% des autres consultants.
- La **quasi-totalité des personnes nécessitent des soins**.  
Pour ce qui est des **soins spécifiquement prothétiques**, les proportions de personnes concernées sont importantes : 82% des « précaires » et 73% des « non précaires ». Il s'agit de patients n'ayant pas consulté récemment ou bien dont les soins indiqués lors d'une précédente visite n'ont pas été réalisés à priori, par manque de **moyens financiers** (ce type de soins étant très coûteux et peu remboursé par la sécurité sociale) ou d'éducation médicale absente ou modifiée faisant que la santé dentaire n'est pas

- perçue comme une priorité. Il s'en suit alors l'établissement de « plans de traitement » plus lourds qu'ils n'auraient dû l'être, incluant la réalisation de prothèse (parce que le stade de détérioration est déjà trop avancé). De nouveau on peut parler du « laisser aller » des individus face à leur santé bucco-dentaire.
- Des **plans de traitement ne sont établis** que pour 20% des « précaires » et 25% des « non précaires » nécessitant des soins. Qu'en est-il des autres ? Les soins sont-ils seulement indiqués ? Alors jusqu'où ira leur réalisation ?
  - Parmi les personnes nécessitant des soins, près de 25% des « précaires » et 21% de « non précaires », ne sont **jamais revus en consultation**. L'interruption de soins ou le renoncement est important après la CE et il croît avec l'avancée des soins (avant la fin des « 1<sup>er</sup> soins » et la fin des « plans de traitement »). On ne sait pas s'il existe un relais ambulatoire ?
  - **L'absentéisme s'avère être assez important**.  
Près de 30% des consultants en situation de précarité sociale et 21% des sujets non en situation de précarité sont absents à 1 rendez-vous sur 4. 24% des sujets « précaires » et 17% des sujets « non précaires » le sont à 1 rendez-vous sur 3. Ces résultats dévoileraient une fois de plus la négligence de l'ensemble des personnes interrogées dans cette enquête vis-à-vis de leur santé. La profession se trouve face à **culture médicale chez les consultants : faussée et/ou insuffisante où ne sont envisagés que les soins les plus urgents sans investissement plus durable**.  
Il faut préciser que la majorité des manquements sont des **absences non excusées, révélatrices de non respect ou plutôt d'indifférence vis à vis du personnel soignant** (stagiaires ou enseignants).
  - **Les comportements vis-à-vis du suivi des soins**.  
Dans chacun des groupes « précaire »/« non précaire » les comportements suivent la même évolution. Les taux de consultants achevant leur « plan de traitement » est moindre que celui des consultants terminant leurs « 1ers soins ». On conclut donc **qu'avec l'avancée des soins la motivation et la volonté des individus s'estompent, sans compter sur l'influence négative du coût des soins**. Toute cette frange de la patientelle ne sera alors pas revue en consultation ou bien ne se représentera au CSD que lors de situations urgentes.  
Pour les sous-groupes « précaire » et « non précaire » (ne concernant que des personnes nécessitant des soins prothétiques) l'évolution est la même. Il y a une baisse entre la réalisation des « 1ers soins » et celle du « plan de traitement ».  
Si on compare les chiffres obtenus entre les groupes reçus en rendez-vous et leurs sous-groupes, les taux de réalisation des « 1ers soins » sont plus faibles dans les sous-groupes. Cependant ce n'est pas le cas pour l'achèvement des « plans de traitement » dont les taux restent stables.  
On peut émettre l'hypothèse suivante : pour ce qui est de l'achèvement des « 1ers soins » (ne nécessitant pas souvent d'investissement financier), les sous-groupes (constitués d'individus dont l'état buccal est détérioré parce que nécessitant des soins plus lourds : les soins de prothèse) entretiennent leur frilosité dès l'engagement des soins. Pour ce qui est de mener à bien le « plan de traitement », l'engagement de l'ensemble des individus interrogés est freiné. La réalisation ne dépend alors que de la détermination propre et de la motivation du patient, non de la catégorie sociale.

Pour conclure, on ne peut parler en termes de comportement et de suivi des soins de 2 populations différentes, et encore moins d'une population « précaire » versus une population « non précaire ».

2 raisons principales indépendantes ou corrélées peuvent contribuer à expliquer ce constat.

La première est qu'aujourd'hui encore le soin dentaire évoque la « souffrance ». La peur « mythique » du dentiste existe quelle que soit la catégorie sociale. Elle influence le comportement des individus dans le sens du report de soins et par conséquent vers des consultations tardives de dernier recours.

Deuxièmement, les quelques chiffres étonnants mis en évidence concernant le groupe « non précaire », révèlent un décalage social pour certains d'entre eux. L'hypothèse peut être qu'une partie de ces patients se situeraient en zone frontrière, c'est-à-dire à la limite d'une situation de précarité.

Le fait que le CHU soit une structure publique se devant d'accueillir toutes les personnes s'y présentant et de plus possédant un fonctionnement facilitant l'accès aux personnes en difficulté, argumente en ce sens.

Il s'agit aussi d'un lieu d'enseignement où les stagiaires assurent les soins pour parfaire leur apprentissage et leur formation. Ceux-ci ne confèrent peut-être pas suffisamment de crédibilité aux yeux des patients, entraînant une prise à la légère des soins conduits. Les patients s'autorisent alors certaines libertés et prennent l'habitude de ne consulter que ponctuellement.

Les 2 raisons évoquées sont alors responsables :

- d'une « culture médicale » absente, reniée, remaniée ou modifiée entraînant une totale absence de prise de conscience de l'importance des soins. Ainsi les patients ne consultent pas régulièrement, n'assurent pas leur suivi, sans compter sur une hygiène bucco-dentaire défectueuse.
- de consultations souvent en urgence, sans projection dans le temps.  
Ceci est représentatif d'un comportement habituel et stigmatisé, palliatif et de « dernière minute » face aux soins et plus particulièrement aux soins dentaires. Le patient fait appel à un spécialiste dans la douleur puis une fois soulagé, aucune suite n'est donnée.

Cela dit les constats actuels que sont le « non achèvement » et/ou renoncement aux soins et l'absentéisme trop important, ne peuvent remettre en cause la vocation de l'hôpital à accueillir tout un chacun.

Il s'agit au contraire de tirer les leçons et de mettre en place des programmes en accentuant la politique d'Etablissement vers plus de motivation et d'éducation concernant l'hygiène et l'importance de réalisation des soins, afin de toucher au plus près les différentes populations pour tenter de les impliquer dans leur santé bucco-dentaire.

Il est nécessaire d'inculquer une véritable « culture médicale » dentaire à tous assurant une éducation à l'hygiène bucco-dentaire et la compréhension de l'utilité d'un suivi régulier (pour éviter des situations extrêmes de délabrement).

Le Centre de Soins Dentaires est un service à part dans le CHU. Il serait donc intéressant de confronter ces résultats à ceux d'autres services pour savoir s'ils vont dans le même sens. Parallèlement, une comparaison avec un ou des cabinets libéraux serait pertinente.

Une des suites logiques de cette étude pourrait être l'étude des raisons d'un tel renoncement face aux soins dentaires. Cela pourrait être fait par le biais d'un questionnaire anonyme à distribuer à tous les consultants dès leur admission.

# Références bibliographiques

# Références bibliographiques

- 1- **BEYNET A et MENAHEM G.**  
Problèmes dentaires et précarité.  
Bulletin d'Information en Economie de la Santé CREDES 2002 ;48 :1-6.
- 2- **BOCOGNACO A, COUFFINHAL A et coll.**  
La Complémentaire maladie en France :qui bénéficie de quels remboursements ?  
Bull Inf Econ Santé CREDES 2000 ;32:1-6.
- 3- **EMMANUELLI S, HERVE C et HASSIN J.**  
Pathologie dentaire de la précarité.  
Synergie Plus 2002 ;8 :2-4.
- 4- **HASSOUN D.**  
Précarité et état de santé bucco-dentaire.  
Bull Inf Econ Santé CREDES 1998 ;16 :1-4.
- 5- **LAROUSSE.**  
Grand dictionnaire encyclopédique.  
Paris : Larousse, 1984.
- 6- **LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H et coll.**  
Les inégalités sociales de santé.  
Paris :La Découverte, 2000.
- 7- **MIZRAHI A et MIZRAHI A.**  
Opinion sur l'avenir de l'Assurance Maladie et accès au soins.  
Paris :CREDES, septembre1993. a
- 8- **MIZRAHI A et MIZRAHI A.**  
Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins.  
Paris :CREDES, décembre 1993. b
- 9- **MIZRAHI A et MIZRAHI A.**  
Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire.  
Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux.  
Paris :CREDES, décembre1995.
- 10- **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE.**  
Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Journal Officiel 31 juillet 1998.

**11- MINISTERE DE LA SANTE.**

Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service de santé public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies :201-206.

**12- MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE.**

Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ?  
Rennes :Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) ;2000.

**13- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Précarité, accès aux soins. La profession s'engage.  
La lettre 2002 ;11:13-22.

**14- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Surveillance et évaluation de la santé bucco-dentaire. Rapport technique.  
Gènes : OMS,1989.

**15- PASCAL J, ABBEY-HUGUENIN H, ASSERAY N et coll.**

Elaboration d'un outil de repérage des consultants de l'hôpital en situation de vulnérabilité sociale.  
Rev Epidémiol Santé Pub ;50(suppl 4) :1S165.

**16- PASCAL J, FOUCHER Y, QUELIER C et coll.**

Modélisation et quantification d'un avis d'expert : l'exemple de l'identification de la précarité sociale par les assistantes sociales.  
Actes du congrès Biométrie et Epidémiologie, ADELTA, Lille,15 et 16 septembre 2003 :116-18.

**17- PERCHAIS H.**

Accès aux soins pour les personnes en situation de précarité en Loire-Atlantique.  
Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine, Nantes,1999.

**18- SANS AUTEUR.**

Loi n° 2002-303, L.1110-1 du 4 mars 2002. Code de la Santé Publique.

**19- SANS AUTEUR.**

Loi n° 2002-303, L.1110-3 du 4 mars 2002. Code de la Santé Publique.

**20- SANS AUTEUR.**

Loi L.6112-2, modifiée par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002. Code de la Santé Publique.

**21- SANS AUTEUR.**

Article L.711-7-1. Code de la Santé Publique.

**22- SOURNIA JC.**

Dictionnaire de Santé Publique.  
Paris :Santé,1991.

**23- THIEBOT I.**

Réinsertion des patients en situation de précarité : Utopie ou réalisme ?  
Synergie Plus 2002 ;8:5.

**24- TIREL M et coll.**

Précarité et soins odontologiques. Les Priorités de santé publique.  
Module Interprofessionnel de management du système de santé.  
Rennes :Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), 1999.

# Annexes

# Annexe 1

## Articles de loi concernant la Santé.

1- Article de loi n°98-657, d'Orientation relatif à la lutte contre l'exclusion (Journal officiel, 31 juillet 1998).

Art 1<sup>er</sup> : « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».

Ainsi cette loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la protection de la famille et de l'enfance.

Les établissements de santé, dont font partie les Centres hospitaliers Universitaires, participent à la mise en œuvre de ces principes.

2- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, L.1110-1. Code de la Santé Publique :

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements, et les réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

3- Loi n°2002-303, L.1110-3, du 4 mars 2002. Code de la Santé Publique:

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

## Annexe 2

### Les populations dites « à risque » et leur difficultés.

PERCHAIS H. Accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine, Nantes, 1999.

# *Les personnes sans résidence stable* (difficiles à recenser car ce sont des populations de très grande mouvance).

§ Les Sans Domicile Fixe (SDF).

§ Les gens du voyage.

# *Les familles en situation de précarité.*

§ Les ménages à revenu modeste.

Leurs revenus sont supérieurs aux barèmes d'aide sociale, cependant ils ne peuvent pas pour autant financer une mutuelle ou faire l'avance de frais.

Cette situation concerne les chômeurs, certains artisans indépendants, certains retraités, et des familles monoparentales.

Selon une enquête CAF/INSEE 1996 : 1 famille /12 est dans cette situation.

40% de cette population déclare avoir déjà renoncé à des soins pour raison financière.

§ Les jeunes de 16 à 25 ans en situation de précarité.

La pauvreté concerne 9.9% de ces ménages en 1994, selon le rapport de l'INSEE 1996.

La proportion de pauvres chez les jeunes a doublé ( de 9 à 18%) en 10 ans.

§ Les enfants en situation de précarité.

Il s'agit le plus souvent d'enfants de familles défavorisées.

§ Les jeunes filles et les femmes en situation de précarité.

§ Les étrangers.

Il représentent 6.4% de la population française.

1/3 des consultants de Médecins de Monde.

## Annexe 3

### Etudes réalisées sur les inégalités de soins pour raisons financières. Consommation et financement des soins dentaires.

1- BEYNET A et MENAHEM G. Problèmes dentaires et précarité. Bull Inf Econ Santé CREDES 2002 ;n°48. p : 3.

Enquête réalisée auprès des consultants de 80 centres de soins gratuits.

60% de cette population indique des problèmes financiers pour financer :

- les prothèses (ce qui est 2 fois plus que dans la population générale), et
- les soins hors nomenclature.

2- MIZRAHI A et MIZRAHI A. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux. CREDES, décembre 1995. p:5.

Source : Echantillon permanent d'assurés sociaux 1988.

Consommation et financement des soins dentaires selon la couverture complémentaire, la profession et l'activité (Frs /an et par personne). France 1988

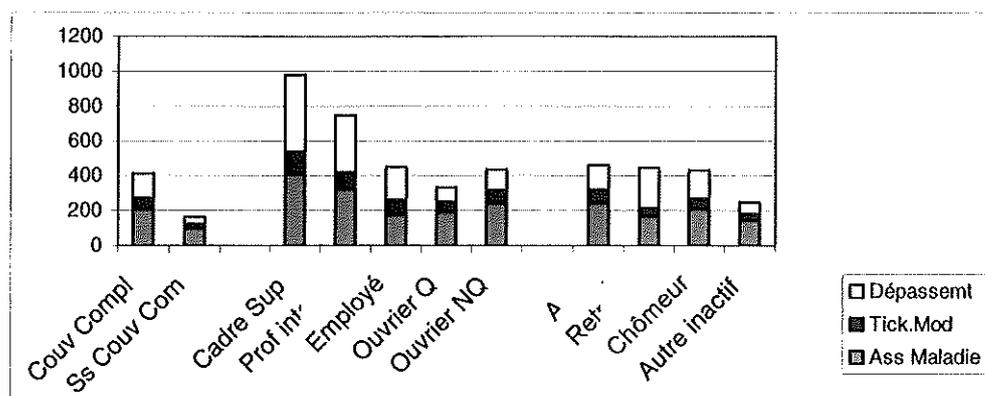


Tableau : Consommation et financement des soins dentaires selon la couverture complémentaire, la profession et l'activité (Frs /an et par personne). France 1988.

	Ass Maladie	Tick.Mod	Dépassent
Couv Compl	208	64	141
Ss Couv Com	100	24	41
Cadre Sup	408	133	435
Prof interm	320	101	322
Employé	174	87	188
Ouvrier Q	190	63	80
Ouvrier NQ	241	77	115
Actif	241	80	137
Retraité	167	49	230
Chômeur	207	64	159
Autre inactif	145	36	66

Cel :

L'assurance maladie relevait en 1988 :

- le montant moyen de frais de dépense pour soins dentaires est 2.6 fois plus important pour les cadres que pour les ouvriers.

- la dépense de soins des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire est 2.5 fois plus importante que pour les personnes n'en bénéficiant pas.

## Annexe 4

### Etude réalisée sur les inégalités de soins pour motif de soins perçus comme « inutiles ».

1- MIZRAHI A et MIZRAHI A. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1980-1991. CREDES, décembre 1995. p :10.

20417 personnes ont accepté de fournir des informations sur leur état de santé et sur l'ensemble de leur consommations médicales pendant 12 semaines.

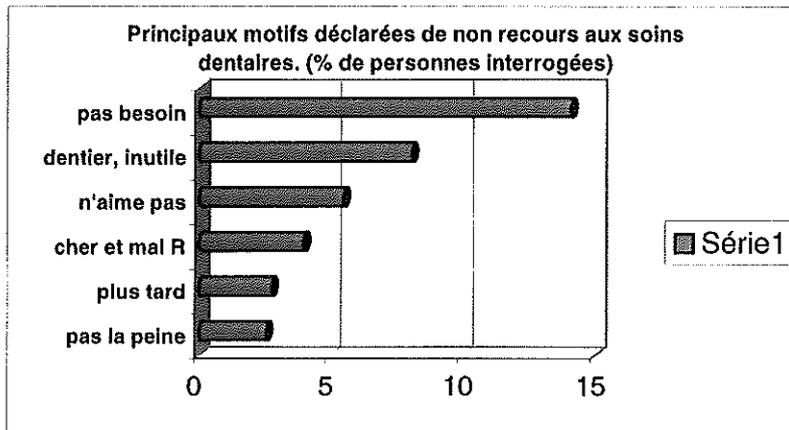


Tableau : Principaux motifs déclarés de non recours aux soins dentaires. (% de personnes interrogées). France 1991.

	% de pers interrogées
<i>Pas la peine.</i>	2,6
<i>Plus tard.</i>	2,8
<i>Cher et mal R</i>	4
<i>N'aime pas.</i>	5,5
<i>Dentier, inutile</i>	8,1
<i>Pas besoin.</i>	14,1

Ccl :

- 14.1% des personnes interrogées déclarent n'en avoir pas besoin,
- 8.1% prétextent le port d'un dentier, et par conséquent l'inutilité de consulter,
- 5.5% n'aiment pas y aller,
- 4% seulement affirment que leur non recours est du au prix élevé et au faible remboursement.

## Annexe 5

### Etude sur les raisons des inégalités, côté praticien.

1-THIEBOT I. Réinsertion des patients en situation de précarité : Utopie ou réalisme ? Synergie Plus 2002 ; 8. p :5.

L'AOI (Aide Odontologique Internationale) a mené en 1998 une enquête concernant les bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite (actuellement CMU) en interrogeant tous les confrères du Val de Marne.

Cette enquête a reçu la réponse de 370 praticiens (la moitié des praticiens du département).

Les résultats obtenus sont les suivants :

- 320 reçoivent des bénéficiaires de l'AGM (Aide Publique Médicale Gratuite).
- 49% ont des problèmes d'ordre :
  - administratif (15%),
  - relationnel (17%),
  - les 2 (15%).
- 78% sont intéressés par des formations complémentaires.
- 51% n'ont pas de problèmes spécifique avec ce public.

## Annexe 6

### Etudes du renoncement aux soins.

1- MIZRAHI A et MIZRAHI A. Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins. Paris :CREDES, décembre 1993. p :16. Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1980-1991. 20417 personnes ont accepté de fournir des informations sur leur état de santé et sur l'ensemble de leur consommations médicales pendant 12 semaines.

Motifs de non recours aux soins dentaires, selon la catégorie socio-professionnelle (pour 100 personnes enquêtées de chaque CSP).

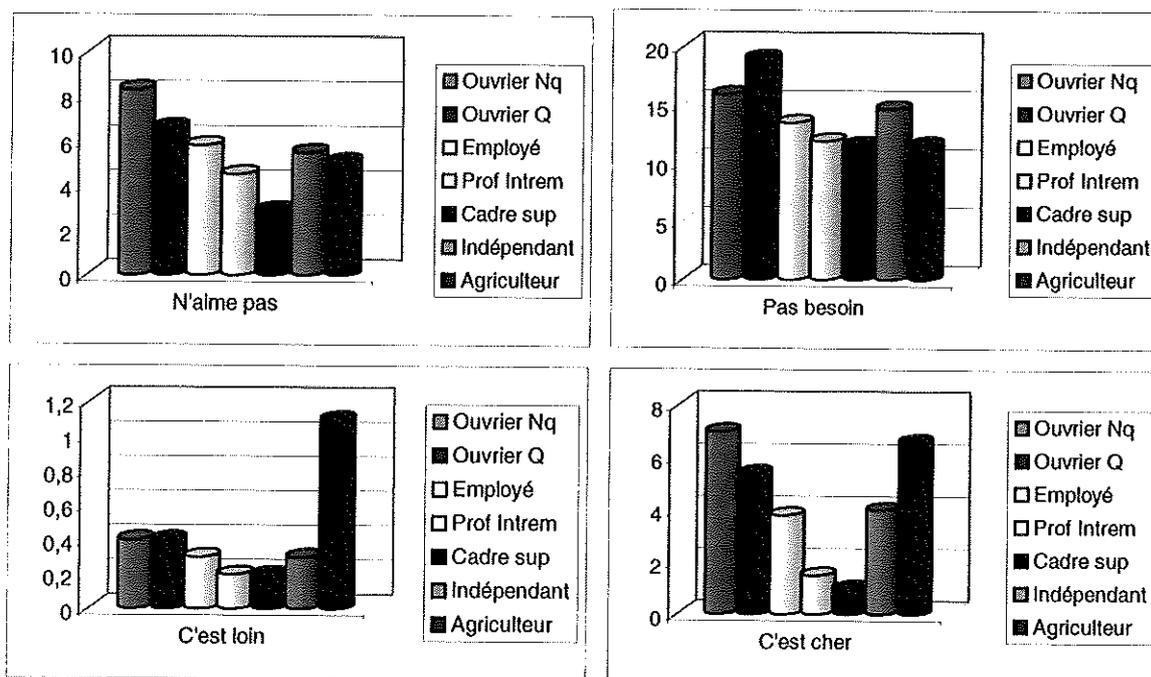


Tableau : Motifs de non recours aux soins dentaires, selon la catégorie socio-professionnelle (pour 100 personnes enquêtées de chaque CSP).

	C'est cher	C'est loin	N'aime pas	Pas besoin
<i>Ouvrier Nq</i>	7	0,4	8,3	15,9
<i>Ouvrier Q</i>	5,4	0,4	6,6	19
<i>Employé</i>	3,8	0,3	5,8	13,5
<i>Prof Interm</i>	1,5	0,2	4,5	11,9
<i>Cadre sup</i>	1	0,2	2,9	11,6
<i>Indépendant</i>	4	0,3	5,5	14,7
<i>Agriculteur</i>	6,6	1,1	5,1	11,6

Cel : Quelle que soit la CSP, les motifs sont les mêmes, et leur évocation apparaît dans le même ordre. Cependant pour un même motif évoqué, il existe une différence significative entre les CSP.

Le motif « pas besoin » est évoqué à 15.9% chez les ouvriers non qualifiés contre 11.6% chez les cadres.  
 « Je n'aime pas » est évoqué à 8.3% chez les ouvriers non qualifiés contre 2.6% chez les cadres.  
 « C'est cher », à hauteur de 7% chez les ouvriers non qualifiés contre 1% chez les cadres.  
 On constate que pour tous ces motifs, les plus faibles valeurs sont toujours trouvées chez les cadres.  
 (Rq : exception faite chez les agriculteurs en ce qui concerne l'éloignement. Dans ce cas la relation est perturbée.)  
 Alors que les valeurs maximales sont retrouvées chez les ouvriers qualifiés ou non.

On observe une relation positive entre la catégorie socio-professionnelle et la valeur des motifs évoqués.

2- MIZRAHI A et MIZRAHI A. Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins. Paris :CREDES, décembre 1993. p :11. Enquête annuelle sur la santé et la protection sociale, 1988-1991. 11528 personnes en 4 ans ont accepté de fournir des informations sur leur état de santé et sur l'ensemble de leur consommation médicale pendant 1 mois. La question n'était posée qu'à 1 adulte par ménage (personne assurée au Régime Général de Sécurité Sociale).

**Ccl :**

21.7% des personnes déclaraient avoir été dans l'obligation de renoncer à des soins pour raison financière.

Les soins dentaires sont de loin les soins pour lesquels le renoncement est le plus important, à hauteur de 11.2%, suivi des lunettes (6.6%), des analyses et médecins (5%), autres (3.8%).

Sur ces 11.2%, la répartition se fait ainsi :

- 3.5% pour les prothèses dentaires
- 6.4% pour les soins dentaires sans précision
- 1.4% pour les 2.

Chez les personnes ayant déjà renoncé à des soins pour raison financière, 51.7% déclarent qu'il s'agit des soins dentaires (27.2% les soins, et 17.1% les prothèses).

## Annexe 7

### Études des facteurs sociaux influençant les renoncements aux soins.

1- MIZRAHI A et MIZRAHI A.. Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins. Paris :CREDES, décembre 1993. p :12. Enquête annuelle sur la santé et la protection sociale, 1988-1991. 11528 personnes en 4 ans ont accepté de fournir des information sur leur état de santé et sur l'ensemble de leur consommation médicale pendant 1 mois. La question n'était posée qu'à 1 adulte par ménage (personne assurée au Régime Général de Sécurité Sociale).

Renoncement à des soins dentaires (pour 100 personnes enquêtées), selon :

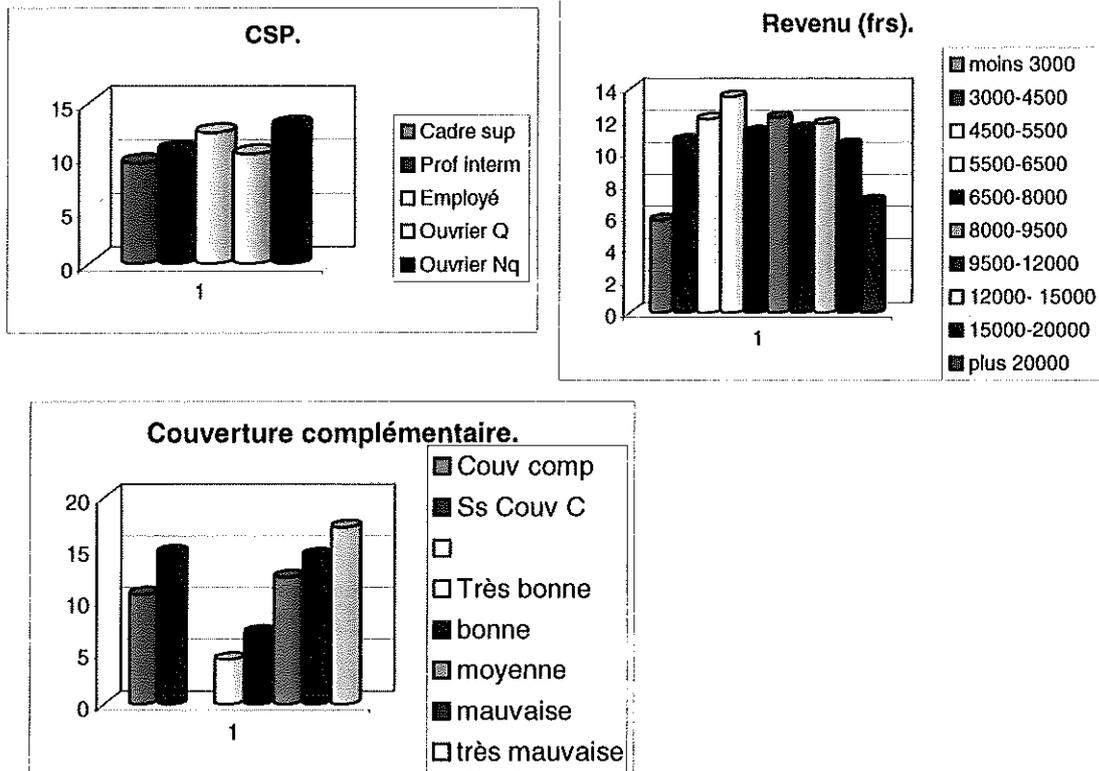


Tableau :Renoncement à des soins dentaires (pour 100 personnes enquêtées), selon :

<i>Couv comp</i>	10,6	Revenu (frs)		CSP	
<i>Ss Couv C</i>	14,7	<i>moins 3000</i>	5,8	<i>Cadre Sup</i>	9,4
		<i>3000-4500</i>	10,8	<i>Prof Interm</i>	10,6
<i>Très bonne</i>	4,3	<i>4500-5500</i>	12,1	<i>Employé</i>	12,2
<i>bonne</i>	6,9	<i>5500-6500</i>	13,5	<i>Ouvrier Q</i>	10,2
<i>moyenne</i>	12,3	<i>6500-8000</i>	11,3	<i>Ouvrier Nq</i>	12,9
<i>mauvaise</i>	14,4	<i>8000-9500</i>	12,2		
<i>très mauvaise</i>	17,1	<i>9500-12000</i>	11,5		
		<i>12000- 15000</i>	11,8		
		<i>15000-20000</i>	10,5		
		<i>plus 20000</i>	7		

2-Bocognaco A, Couffinhal A et coll. Complémentaire maladie en France qui bénéficie de quels remboursements ? Bull Inf Econ Santé CREDES 2000 ;32. Résultat de l'enquête. Santé protection sociale, 1998 .

Ccl :

Le contrat moyen équivaut à 150% du tarif de la sécurité sociale, mais il faut signaler que :

- 1/3 des contrats prennent en charge moins de 55% du tarif sécurité sociale,
- 1/2 des contrats : moins de 130%, et
- 1/4 des contrats plus de 205%, dont 10% plus de 284% des tarifs de la sécurité sociale

On constate que ces contrats se distinguent par la proportion de « riches » ou de « pauvres » qui y adhèrent, et non pas par leurs proportions de malades ou non.

Effectivement dans la population « riche » :

- 11% sont sans couverture complémentaire,
- parmi ceux possédant une couverture complémentaire :
  - ~ 25% ont souscrit des contrats faibles,
  - ~ 31% des contrats intermédiaires, et
  - ~ 51% des contrats forts.

Au total, 28% des « riches » possèdent une garantie faible ou nulle, contre 65% des « pauvres ».

**Les pauvres sont en effectif de plus en plus faible quand on remonte dans la hiérarchie des contrats.**

Si on se réfère aux catégories socio-professionnelles, 59% des ouvriers non qualifiés n'ont pas de couverture sociale ou un contrat faible, alors que cela ne représente que 24% des cadres.

Il est utile de faire remarquer que le remboursement assuré par la « CMU » (Couverture Maladie Universelle) est meilleure que 40% des contrats proposés.

**En conclusion le refus est d'autant plus important que les personnes ne bénéficient pas de couverture complémentaire.**

## Annexe 8

### Etudes des dernières visites chez un chirurgien-dentiste.

1- MIZRAHI A et MIZRAHI A. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire. Paris :CREDES, décembre 1995. p:16. Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1980-1991.

20417 personnes ont accepté de fournir des informations sur leur état de santé et sur l'ensemble de leur consommations médicales pendant 12 semaines.

Date de la dernière visite chez le dentiste  
(% des enquêtés).France 1991.

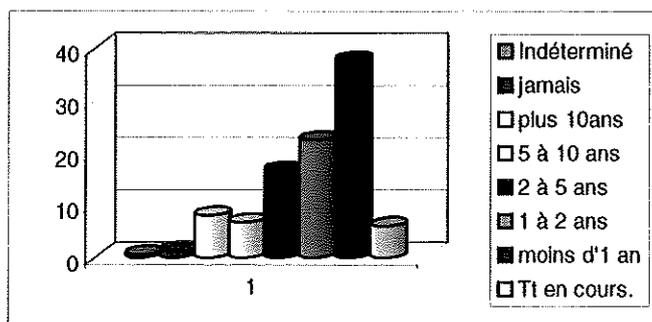


Tableau : Date de la dernière visite chez le dentiste  
(% des enquêtés).France 1991.

Indéterminé	0,7
jamais	1,4
plus 10ans	8,1
5 à 10 ans	6,8
2 à 5 ans	16,7
1 à 2 ans	22,6
moins d'1 an	37,7
Tt en cours.	6,1

Quasiment 40% des individus enquêtés ont consulté dans l'année, et 23% il y a 1 an.

2- HASSOUN D. Précarité et état de santé bucco-dentaire. Bull Inf Econ Santé CREDES, 1998 ;16.p :32.

Ces populations ont été observées lors d'examen périodique de santé durant la période du 1/01 au 31/03 1997, gratuitement proposés à tous les assurés sociaux volontaires dans 10 centres d'examens de la CPAM. La population sélectionnée comprend 7291 personnes correspondant à 7 catégories.

Date du dernier examen dentaire effectué (% de personnes interrogées concernées).

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs
En cours.	3.33	4.64	10.22	8.44	7.78	6.99	9.16
Moins de 1 mois.	4.30	7.81	4.76	4.63	3.43	5.97	4.80
Moins de 1 an.	39.10	48.31	38.36	46.15	42.33	50.70	42.20
Plus de 1 an.	47.27	39.24	46.66	40.78	46.45	36.34	43.85

CCI :

L'étude met en évidence que dans l'ensemble de la population : 4 à 5 individus /10 n'ont pas été vus par un dentiste depuis plus de 1 an.

# Les soins en cours.

Ce sont les personnes précaires (avec un taux de 1 précaire/10) qui y ont le plus recours, tout en sachant que leur participation est tout de même assez faible en comparaison des soins qu'ils ont à recevoir.

Les personnes non précaires possèdent eux, les taux les plus faibles, avec un minima de 7% pour les cadres.

Il faut noter que pour ce qui est des ouvriers qualifiés ou non, leur score est relativement élevé (7.78 pour les ouvriers non qualifiés, et 8.44% pour les qualifiés).

# Dernière consultation datant d'il y a plus d'1 an.

Les catégories précaires affichent des taux nettement supérieurs au reste des individus interrogés On note des écarts de 6 à 8% entre précaires et non précaires.

Les jeunes précaires semblent avoir abandonné les soins car 47.27% d'entre eux n'ont pas consulté depuis plus de 1 an.

Comme fréquemment les ouvriers se trouvent proche du milieu précaire, leur score est de 46.45%.

En ce qui concerne les cadres, ils possèdent la proportion la plus faible de consultations il y a plus de 1 an.

Il faut préciser que ce taux reste tout de même assez élevé.

Il faut remarquer, que les chômeurs apparaissent dans la population précaire comme les plus éduqués dans le registre dentaire, ils affichent des taux les plus faibles des personnes précaires.

Rq : Les jeunes précaires se trouvent placés aux extrêmes.. On peut donc penser que soit cette population se soigne, soit elle abandonne les soins.

## Annexe 9

### Articles de loi et circulaires concernant le service publique hospitalier.

1- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3, n°98-736 du 17 décembre 1998, extrait du Journal Officiel relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies :

« Concrètement la montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée aux portes des hôpitaux - en général des urgences- d'un nombre croissant de malades qui parfois connaissent des difficultés d'accès aux soins ambulatoires. La précarité et la pauvreté exigent donc des adaptations structurelles, des changements de mentalité et de pratiques professionnelles.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a prévu la prise en compte de la précarité par le système de santé, avec l'affirmation d'une nouvelle mission de l'hôpital, la lutte contre l'exclusion sociale et la mise en œuvre de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ».

« L'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes, ou qui lui sont signalées, quelle que soit l'origine de ce signalement. »

« Dès lors, les établissements de service public hospitalier contribueront à l'objectif global de réinsertion des patients dans le circuit de droit commun d'accès aux soins, dès l'accueil de ceux-ci dans les services de soins et aux urgences. A cette fin, un travail de coordination avec notamment, les associations, les médecins libéraux et les services sociaux des collectivités territoriales (conseils généraux, communes ..) doit être entrepris afin d'assurer une réelle cohérence et continuité dans le domaine des soins ».

2- Loi L.6112-2, modifié par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002. Code de la Santé publique, concernant l'accès aux soins égalitaires.

Les établissements publics de santé doivent : « garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent . Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement .... », « Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité des soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaire à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortant ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

## Annexe 10

### Articles de loi et circulaires concernant la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

1- Extrait de l'article 71 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions :  
« Il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse. » ..... « Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mis en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur des situations locales particulières et les expériences existantes. »

2- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3, n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

« Dans le cadre des PRAPS, des structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité dénommées Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS) seront installées dans les établissements de santé participant au service public hospitalier.

Ainsi l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion, afin d'offrir aux populations : des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention. »

3- Nouvel article L.711-7-1 . Code de la santé publique.

« Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénies adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans des démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droits..... « Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-légales qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale)..... »

« Il ne s'agit en aucun cas de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population. »

« ... Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge de consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité... ces conventions s'appliquent « aux personnes qui résident habituellement en France, sans y posséder ni domicile fixe, ni résidence stable, sont de passage, ou séjournent temporairement dans le département au moment où elles demandent à bénéficier de soins médicaux et sont dépourvues de ressources et de droits à un régime de protection sociale ».

Ces conventions prévoient que : « les dépenses engagées en faveur des personnes démunies par l'établissement de santé, à savoir : les actes médicaux courants, les actes de radiologie ou de biologie, l'acquisition de produits pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie, frais de gestion inclus, sont en totalité remboursés au titre de l'Aide Médicale Etat. »

## Annexe 11

### Articles de loi et mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

La loi du 29 juillet 1999 garantit la couverture maladie à toute personne résident de manière régulière sur le territoire français. Ces personnes pourront être affiliées au régime général. Elle est rentrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000. Elle remplace l'Aide Médicale Gratuite ; crée en 1953, modernisée en 1992 ; sauf pour les étrangers en situation irrégulière qui dépendent toujours de l'Aide Médicale d'Etat.

Rq : L'*Aide Médicale* réorganisée par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1<sup>er</sup> décembre 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale professionnelle, finance les prestations en nature et, le cas échéant, la cotisation à l'assurance personnelle des bénéficiaires de RMI, des titulaires de l'allocation veuvage et des jeunes de 17 à 25 ans remplissant les conditions de ressources et de résidence en France pour l'attribution du RMI. Y sont également admises au cas par cas les personnes à faibles revenus.

Les prestations et les tarifs sont alignés sur les prestations de l'assurance maladie.

La carte Santé prévue le 29 juillet 1992, permet la dispense d'avance de frais, une couverture totale des soins remboursés sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance Maladie.

Cette aide ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires et les actes hors nomenclature, cependant ils peuvent être financés par d'autres moyens : une prestation forfaitaire de secours accordée au cas par cas par les caisses d'Assurance Maladie sur un budget de l'Action Sanitaire et Sociale, ou bien par des conventions négociées avec les syndicats, et les conseils généraux et les CPAM.

Rq : Les personnes sans domicile fixe doivent continuer à élire domicile auprès d'un C.C.A.S ou d'un organisme agréé pour bénéficier de la CMU.

Il y a exonération de toute cotisation si les ressources sont inférieures à 3540FRs (540 euros).

Si la personne a des ressources dont le seuil est inférieur à 3500frs (533 euros) / personne, elle bénéficie de la protection complémentaire.

La CMU finance :

- le ticket modérateur,
- le forfait hospitalier,
- le dépassement d'honoraire pour l'ODF et les soins dentaires.

De plus elle instaure le 1/3 payant.

Pour les personnes dépassant les plafonds et qui bénéficient de la protection complémentaire, il existe des fonds d'accompagnement.

Il faut préciser que la CMU fixe le montant maximal des dépassements pour ces bénéficiaires.

Ces contraintes financières fixées par l'Etat provoquent encore un blocage au niveau de la profession pour les soins prothétiques.

## Annexe 12

### Constats bucco-dentaires, les différentes études.

1- HASSOUN D. Précarité et état de santé bucco-dentaire. Bull Inf Econ Santé CREDES 1998,p :16.  
Ces populations ont été observées lors d'examen périodique de santé durant la période du 1/01 au 31/03 1997, gratuitement proposés à tous les assurés sociaux volontaires dans 10 centres d'examens de la CPAM. La population sélectionnée comprend 7291 personnes correspondant à 7 catégories.

#### A- Les dents en bouche selon leur état (nombre moyen de dents concernées).

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs	Moy Globale
<i>Dents saines.</i>	20.39	21.99	17.99	17.79	17.53	18.19	17.37	18.75
<i>Dents cariées.</i>	2.12	0.63	1.89	1.09	1.30	0.67	1.54	1.32
<i>Dents obturées.</i>	4.71	5.32	4.86	6.30	5.87	7.13	6.08	5.75
<i>Dents absentes.</i>	2.37	2.52	4.42	3.38	3.86	2.83	3.74	3.3
<i>Dents remplacées par proth fixée.</i>	0.39	0.4	1.3	2.16	1.64	2.48	1.58	1.42
<i>Dents remplacées par proth adjointe.</i>	0.10	0.04	0.93	0.50	1.41	0.15	0.81	0.56

#### Cel :

##### *Les dents absentes :*

D'une manière générale le taux de dents absentes est assez élevé :3.3%.  
Chez les cadres : 2.83% en moyenne et chez les Rmistes, il atteint 4.42%.

##### *Les dents saines :*

Leur pourcentage est dans l'ensemble assez bas, quelle que soit la CSP : 18.8% en moyenne pour 31.1 dents en bouche en moyenne.  
La plus forte valeur se rencontre chez les étudiants :21.99% et la plus faible chez les chômeurs :17.53%.

##### *Les dents cariées :*

Les populations précaires (les jeunes précaires, les Rmistes, les chômeurs) ont des taux de dents cariées au dessus de la moyenne (1.32%), ceux des témoins (les étudiants, les ouvriers qualifiés, les ouvriers non qualifiés, les cadres) étant soit équivalents à la moyenne ou bien nettement en dessous.

##### *Les dents obturées :*

La moyenne étant de :5.75% des dents présentes.  
Ce sont les Rmistes qui ont la valeur la plus faible :4.86%, même s'ils ont l'un des plus fort taux de dents cariées.

##### *La prothèse fixée :*

Chez les Rmistes, il y a 1 dent adjointe, pour 2 dents fixées, et chez les cadres : 1 dent adjointe pour 16 dents de prothèse fixée.  
La moyenne de la population générale est de 1 dent adjointe pour 3 dents en prothèse fixée.  
Les valeurs les plus importantes de dents remplacées par une prothèse fixée sont constatées chez les cadres (2.48%), et les ouvriers qualifiés (2.16%), une des valeurs les plus faibles chez les Rmistes (1.3%).

##### *La prothèse amovible :*

Elle est souvent réservée aux personnes âgées, pour des raisons de confort, de coût, et un nombre de piliers insuffisants.  
Les cadres ont une des valeurs les plus faibles et les Rmistes la plus élevée

**B- Pourcentage réel de dents obturées  
(100\* dents obturées / (dents cariées+ obturées)) des personnes interrogées.**

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs
<i>Soins nécessaires effectivement traités.</i>	69	89	72	85	81	91	79

**Ccl :**

Ce sont les jeunes qui ont les valeurs les plus faibles, ils se font donc peu ou mal soigner.

Les cadres, les ouvriers et les chômeurs sont tous au dessus de la moyenne (qui est de 80%) malgré des valeurs assez contrastées, et

les Rmistes détiennent la valeur la plus faible, même si ce sont eux qui ont la plus forte valeur de dents cariées.

**C-L'hygiène.**

**La plaque dentaire (% de personnes interrogées concernées).**

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs
<i>Absence de plaque.</i>	63.56	77.85	61.54	63.99	64.30	72.50	66.91
<i>Plaque peu étendue.</i>	25.76	19.20	27.43	30.63	25.17	24.08	25.19
<i>Plaque abondante.</i>	10.68	2.95	11.03	5.38	10.53	3.42	7.90

**Le tartre dentaire (% de personnes enquêtées concernées).**

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs
<i>Absence de tartre.</i>	57.70	72.57	44.33	44.18	50.57	49.81	48.64
<i>Tartre peu étendu.</i>	34.24	24.89	39.57	46.15	34.10	45.37	41.38
<i>Tartre abondant.</i>	8.06	2.53	16.09	9.67	15.33	4.82	9.98

**La gingivite (% des personnes enquêtées concernées).**

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs
<i>Absence de gingivite.</i>	70.26	84.60	62.25	65.69	61.33	74.40	65.26
<i>Gingivite peu étendue.</i>	21.57	12.66	27.73	27.37	27.69	23.45	26.41
<i>Gingivite très étendue.</i>	8.17	2.74	10.02	6.94	10.98	2.15	8.33

**Ccl :**

*La plaque (pellicule se formant à la surface des dents et des muqueuses après les repas. Elle se compose de salive de bactéries et de débris alimentaires. Elle est révélatrice de la pratique des méthodes d'hygiène des patients):*

- Les précaires ont une moins bonne pratique de l'hygiène.

- Les Rmistes et les jeunes précaires ont de loin les taux d'individus les plus importants chez qui on observe de la plaque. Ils sont 11.03% pour les premiers et 10.68% pour les seconds à être concernés par un taux de « plaque abondant ».

- L'absence de plaque est le plus fréquemment observé chez les étudiants :77.85%, et les cadres :72.5%.

*Le tartre (est une plaque dentaire minéralisée à la surface des dents. Il renseigne sur l'état parodontal (os et gencives) et l'hygiène des patients):*

- Le pourcentage d'ouvriers qualifiés (44.18%) ne présentant pas de tartre est quasiment le même que celui des Rmistes (44.33%).
- La proportion d'individus la plus importante concernée par du « tartre abondant » est le groupe des Rmistes (16.09%).
- Les ouvriers non qualifiés sont en proportion moins concernés par le « tartre peu étendu » (34.1%) ou bien totalement « absent » (50.57%) que les qualifiés, mais à contrario ils sont plus touchés par le « tartre abondant » (15.33%).
- Il y a 2 fois plus de tartre abondant chez les chômeurs que chez les cadres.

*Les gingivites.*

- 60 à 80% des personnes sont indemnes de gingivites.
- 4 Rmistes /10 (37.75%) ont une gingivite, dont 1/10 est étendue.
- Près de 1 cadre/ 4 présente une gingivite, c'est un score nettement inférieur aux Rmistes et aux chômeurs.
- 65.26% des chômeurs non pas de gingivite contre 74.40% des cadres. Cet écart est souligné par le fait que : 8.33% des chômeurs présentent une gingivite étendue, alors qu'elle ne concerne que 2.15% des cadres.

	Jeunes précaires	Etudiants	Rmistes	Ouvriers Q	Ouvriers Nq	Cadres	Chômeurs
<i>Bon état bucco-dentaire.</i>	28.27	49.16	22.47	30.91	33.41	34.73	30.47
<i>Consultation et/ou traitement urgent.</i>	23.87	4.01	24.39	12.12	11.21	3.04	14.92
<i>Consultation et/ou traitement à envisager.</i>	38.22	41.98	43.22	48.40	48.05	54.25	45.16
<i>Traitement en cours.</i>	9.63	4.85	9.92	8.44	7.32	7.98	9.45

***D- Les conclusions dentaires établies par le dentiste (% de personnes enquêtées concernées).***

**Ccl :**

La **situation bucco-dentaire n'est pas satisfaisante.**

Seulement 1 individu /3 possède 1 bon état de santé sur toute la population de l'échantillon.

Les **précaires présentent l'état de santé le plus dégradé.**

- **Les soins d'urgence** intéressent :15% des chômeurs, 24% des jeunes précaires, et 25% des Rmistes.

Ces scores sont les plus forts.

- **Les soins habituels** concernent les cadres à 54.25%, les étudiants à 41.98%.

2- Etude de Hescot et Roland, 1994 et 1998, *La santé dentaire en France*, extrait de : Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte, 2000. p : 269.

Cette étude porte sur les enfants âgés de 6, 9 et 12 ans. L'échantillon a été obtenu par sondage en grappe des établissements français. Dans ceux tirés au sort tous les enfants de l'âge désiré ont été examinés.

Elle se base sur l'indice CAO qui comptabilise le nombre de dents permanentes cariées à traiter (C), absentes pour cause de caries (A), ou obturées (O). Cet indice peut-être comptabilisé globalement (somme des dents cariées, absentes, ou obturées) ou de manière éclatée selon ces différentes composantes.

Indices carieux à 12 ans selon la catégorie socio-professionnelle des parents.

	1993			1998	
	n	CAO	% d'enfants indemnes.	CAO	% d'enfants indemnes.
<i>Agriculteurs.</i>	41	2.4	27	2.5	33
<i>Commerçants/Artisans.</i>	120	1.9	39	1.9	38
<i>Cadres supérieurs.</i>	251	1.7	43	1.6	47
<i>Prof Interm.</i>	185	2.1	31	1.7	43
<i>Employés.</i>	245	1.8	38	1.9	43
<i>Ouvriers</i>	372	2.3	31	2.3	32
<i>Autres</i>	117	2.8	25	2.5	30
<i>Total.</i>	1331	2.1	35	1.9	39

**Ccl :**

Ces études montrent que malgré une baisse de la prévalence de la carie en France, le degré d'atteinte carieuse varie avec la catégorie socio-professionnelle du chef de famille.

Les indices CAO les plus élevés se retrouvent :

- chez les enfants d'agriculteurs (2.4 en 93, 2.5 en 98),
- chez les enfants d'ouvriers (2.3 en 93, et 2.3 en 98),
- chez les enfants d'autres professions, dont les inactifs (2.8 en 93, et 2.5 en 98).

Les % de dents indemnes les plus bas sont également relevés dans ces catégories :

- les enfants d'agriculteurs (27% en 93, et 33% en 98),
- les ouvriers (31% en 93, et 32% en 98),
- les autres (25% en 93 et 30% en 98).

Ce sont les enfants de cadres qui bénéficient des scores les meilleurs (en 1998 : CAO de 1.6, et % de dents indemnes : 47%).

3- Etude menée par Hescot et Alii en 1997, Bourgeois et Alii en 1997 faisant parti d'un projet d'études coopératives internationales portant sur les relation entre les facteurs environnementaux individuels, les système de soins et la santé bucco-dentaire [Chen et Alii, 1997]. Extrait de : Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte, 2000. p :275.

Ces données spécifiques à la France on été recueillies dans la région de Rhône-Alpes sur 1000 et 603 adultes âgés de 35 à 44 ans, et 65 à 74 ans.

L'Indice socio-économique d'Irving a été utilisé, celui-ci est construit autour du niveau d'étude, de la catégorie socio-économique, et du revenu des ménages, pour classer le niveau socio-économique en 3 groupes : élevé, moyen ou faible.

**Ccl :**

Dans le groupe de 35 à 44 ans :

# Des indices carieux élevés, indifféremment selon la classe sociale.

# Plus de dents absentes dans les groupes sociaux défavorisés, il est de 3.6, contre 2 pour les catégories élevées. Ceci indique un niveau global dentaire moins bon et des soins plus agressifs dans les catégories faibles.

# Dans le même sens, la fréquence de prothèses amovibles est plus importante dans les catégories faibles :17%, alors qu'elle n'est que de 6% dans les 2 autres.

Elles sont le signe d'édentements de grande envergure, de problèmes financiers, et du manque d'attention à sa santé dentaire.

# Pour ce qui est des prothèses fixes aucune différence n'est remarquable.

# Dans son ensemble cette classe d'âge est sujette dans 13% des cas aux *problèmes parodontaux*. La santé parodontale, elle aussi, varie selon le niveau socio-économique, effectivement elle est saine à 18% dans la classe élevée, contre 11% dans la faible.

Groupe de 65 à 74ans.

Les résultats obtenus vont dans le même sens, et les différences selon les catégories sociales y sont accrues (sauf pour ce qui est du nombre de dents cariées).

# Le nombre de *dents absentes* est deux fois moins élevé dans la classe socio-économique supérieure que dans la faible (10.2, contre 19.4),

# Le % d'*édentés totaux* décroît avec le niveau socio-économique, il est nul dans les catégories élevées et atteint 22% dans les catégories sociales faibles.

# Le port d'une prothèse dentaire amovible passe de 69% pour le niveau socio-économique le plus élevé, à 40% pour le plus faible.

# Pour ce qui est *des prothèses fixes*, il s'agit du phénomène inverse.

4- Enquête « *Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité* » dite Précalog, sept 1999 à mai 2000, extrait de : BEYNET A et MENAHEM G. Problèmes dentaires et précarité. Question d'économie de la santé (bulletin d'information en économie de la santé). Bull Inf Econ Santé CREDES 2002 ;48. Elle a été conduite dans 80 centres de soins gratuits dans toute la France. Au total 571 personnes ont répondu.

Nombre moyen de dents manquantes déclarées selon l'âge et le sexe. Comparaison population précaire et population générale.

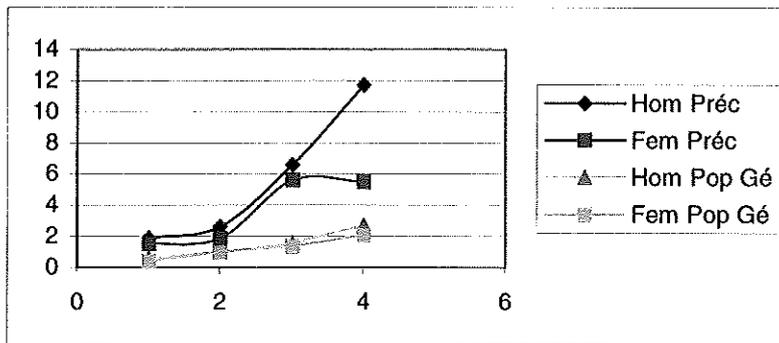


Tableau : Nombre moyen de dents manquantes déclarées selon l'âge et le sexe (des personnes interrogées). Comparaison population précaire et population générale.

	15-24 ans	25-35 ans	35-50ans	50 ans et +.
Homme Précaire.	1,9	2,6	6,6	11,7
Femme Précaire.	1,5	1,9	5,6	5,5
Homme Pop Gé.	0,6	1	1,6	2,7
Femme Pop Gé.	0,4	1	1,4	2,1

Ccl :

Le nombre de dents absentes :

- 76% de cette population dit avoir au moins 1 dents absente non remplacée, ce qui est 2 fois plus que dans la population générale.

- Avec l'âge, l'écart se creuse entre les 2 populations:

- ~ avant 25 ans, il y a 1.3 dents absentes de plus dans la population précaire que dans la population générale,
- ~ à 35-50 ans, la différence est de 4.8 dents, et
- ~ à 50 ans et de 7.7 dents.

- 62% ont besoin d'au moins un traitement de caries ou autres soins dentaires courants,
- 43% nécessitent une prothèse dentaire,
- et 26% des moins de 35 ans ont besoins des 2 types de soins, ce chiffre croit à 37% pour les plus de 44 ans.

Parmi les personnes à avoir au moins 3 dents absentes, les 2/3 n'ont aucune prothèse dentaire, ce qui signifie donc qu'elles n'ont pas été soignées.

Le besoin de soins dentaires ; selon les médecins consultants ; concerne 72% des consultants, alors qu'il n'y a que 6% de cette population qui dit venir consulter pour raison dentaire :

Dans le comparatif français/ étrangers :

- La population française de cette étude possède un plus grand nombre de dents absentes : jusqu'à 15 dents absentes à 50 ans et plus, chez les français, contre seulement 9 dents absentes, chez les étrangers. Les cas de 10 dents absentes non remplacées se présentent 2 fois plus chez les français (11%) que chez les étrangers.
- 69% des consultants français nécessitent des soins contre seulement 58% des étrangers.
- Il existe un besoin de prothèse chez 59% des français, contre 41% des étrangers.

5- Enquête « Baromètre santé jeune » du CFES de 1997-1998 [Arenes et Alii, 1998], extrait de : Les inégalités sociales de santé. Paris :La Découverte, 2000. p :273.

C'est l'étude des comportements tel le brossage et la fréquence de consultations chez les chirurgiens-dentistes, réalisé auprès de 4000 adolescents âgés de 11 à 19 ans.

Ccl :

- Le brossage 2 fois / jour est moins fréquent chez les enfants d'ouvriers ou d'agriculteurs.
- Les enfants d'artisans, de commerçants, de chefs d'entreprise, et d'ouvriers consultent moins que les autres.

## Annexe 13

### Etudes concernant les pathologies dans les populations précaires.

1- Etude : TIREL M et coll. Précarité et soins odontologiques. Les priorités de santé publique. Module interprofessionnel de management du système de santé. Rennes : ENSP, 1999.

Cette étude reprend des données de l'étude du CREDES, 1998, recueillies lors de bilans de santé gratuits organisés par les CPAM. et de l'étude effectuée au cabinet dentaire de Médecins du monde, mars 1996.

**Ccl :**

Les *motifs de consultation les plus fréquents* sont : **Purgence et la douleur.**

Les *diagnostics les plus courants* sont : **P'infection et la pulpite.**

Une fois soulagés ces patients vont abandonner les traitements, il ne s'agit que de **soins épisodiques.**

Les *pathologies* fréquemment rencontrées sont :

- ~ des dénudations gingivales,
- ~ des GUNA (Gingivites Ulcéro-Nécrotiques Aigues),
- ~ des délabrements antérieurs avec problèmes phonétiques,
- ~ des dents mobiles,
- ~ des pathologies parodontales purulentes,
- ~ des candidoses,
- ~ des pertes osseuses.

L'*altération de l'état général* induit :

- ~ l'atrophie de la muqueuse,
- ~ des glossites,
- ~ des perlèches (si anémie),
- ~ des ictères de la muqueuse (si hépatite),
- ~ des hémorragies,
- ~ des atteintes profondes du parodonte,
- ~ des cancers buccaux (si alcool et SIDA),
- ~ des complications infectieuses (si diabète),
- ~ des hyposcialies (si prise de neuroleptiques),
- ~ du tartre, de la plaque, des gingivites, des parodontolyses (si absence d'hygiène).

Les *soins les plus pratiqués* sont :

les extractions, et les soins conservateurs (traitements endodontiques, amalgames, composites).

Il en résulte que ces personnes ont un taux de dents dévitalisées ou absentes très élevées ; ce qui peut entraîner par la suite des troubles occlusaux avec des douleurs d'ATM.

Les *conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire* sur la santé sont nombreux :

- des troubles digestifs,
- des infections des voies respiratoires,
- des névralgies faciales.

2- Article de : EMMANUELLI S, HERVE C, HASSIN J. Pathologie dentaire de la précarité. Synergie Plus 2002 ;8 :2-4 .

**Ccl :**

Cet article met en évidence 4 grands types d'atteintes touchant ces populations précaires :

- **Pédentement** représente 37% des pathologies dentaires relevées.

90% de cette population défavorisée présente une édentation qui concerne 1 dent ou la totalité des 2 arcades.

Elles est due à l'absence de dent, la persistance de racines résiduelles, ou bien les 2.

Rarement elles sont compensées par le port de prothèse adjointe partielle. Celles-ci étant souvent inadaptées (fractures des dents de la prothèse, pertes de crochets).

- **les pathologies parodontales** représentent 27% des pathologies relevées.

Elles touchent 66% de ces patients.

Il existe 2 catégories :

~ les problèmes de plaque et de tartre, d'origine bactérienne, sus et sous-gingivale, associé à une parodontopathie variable de la gingivite classique à la GUNA.

~ le facteur bactérien a provoqué 1 mobilité importante des dents et l'apparition d'abcès parodontaux.

- **les pathologies infectieuses**, 21% des pathologies relevées.

Elles concernent 50% de cette population.

Ce sont des foyers infectieux latents ou patents représentés par les racines résiduelles.

- **les pathologies carieuses**, 15% des pathologies rencontrées.

Elles concernent 35% de cette population.

Elles sont souvent avancées, atteignant les tissus amélo-dentinaires ; d'autres en minorité ne touchent que l'émail.

En plus de ces atteintes s'ajoutent **des préjudices esthétiques et fonctionnels** résultant des pathologies citées précédemment :

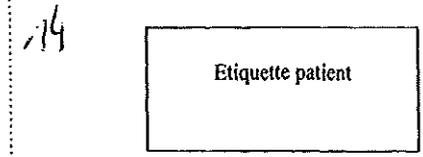
~ perte de dents postérieures, ce qui baisse la capacité masticatoire et entraîne des dysfonctions du système digestif à plus ou moins long terme.

~ édentements antérieurs, avec affaissement des traits du visage, creusement des rides, avancée du menton.

# Annexe 14

Programme hospitalier de Recherche Clinique : « besoins de soins des consultants des services de l'hôpital »

Service : .....  
 Date : .....  
Heure de la consultation : .....



N° anonymat : R : | | | | | E : | | | | |  
 ✂  
 N° anonymat : R : | | | | | E : | | | | | C/T : | |

**Mademoiselle, Madame, Monsieur,**

Afin d'améliorer la prise en charge médicale des consultants du service, le CHU de Nantes et le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire mènent une étude de recherche scientifique.

**Nous demandons à toutes les personnes venant consulter dans le service de bien vouloir répondre à 5 questions.**

La confidentialité des informations recueillies sera respectée et cette fiche sera traitée de manière anonyme.

**Cette fiche est à remplir et à remettre à la personne qui vous l'a donnée avant de rencontrer le médecin.**

Age : | | | | ans    Sexe : Masculin  / Féminin     Année de naissance : | 1 | 9 | | | |

Pour répondre à chacune des questions : **entourer** le « oui » ou le « non »

① Avez-vous la CMU (couverture maladie universelle) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME : hospitalière ou totale) ?	oui    non
② Avez-vous une Mutuelle santé ou une Assurance maladie complémentaire ?	oui    non
③ Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?	oui    non
④ Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (allocation adulte handicapé), l'API (allocation parent isolé), l'ASS (allocation solidarité spécifique), l'AI (allocation d'insertion), l'allocation de veuvage, le <u>minimum</u> vieillesse ou l'allocation <u>supplémentaire</u> de vieillesse ?	oui    non
⑤ Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 <sup>er</sup> emploi ?	oui    non

**Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions.**

*N'oubliez pas de rendre cette fiche, même si vous ne l'avez pas remplie.*

- Au cours de votre passage, une personne de l'hôpital viendra peut être vous rencontrer pour vous proposer de répondre à un questionnaire anonyme plus complet.
- Si vous acceptez de la rencontrer, vous nous aiderez à mieux connaître les besoins de soins des consultants du service, en particulier dans le domaine de la prévention.

Responsables de l'étude :

Pr. Imhrail

Pr. Ballereau

Dr. Libeau

# Annexe 15

Patient : N°

Etiquette du patient

✂-----

▪ Nom de l'enquêteur	<input type="text"/>
▪ Etablissement :	CHU de Nantes <input type="checkbox"/> CH de Saint Nazaire <input type="checkbox"/>
▪ Consultation :	Odontologie <input type="checkbox"/> urgences <input type="checkbox"/> méd. Interne <input type="checkbox"/> gastro-entérologie <input type="checkbox"/>
▪ Patient :	N° <input type="text"/> Cas <input type="checkbox"/> Témoins <input type="checkbox"/>
▪ Si cas : cochez les critère(s) de repérage ? :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1. Sexe : masculin  féminin

2 Quel est votre âge ?

3 Etes vous né en France ou à l'étranger ? F  (dont DOM TOM) E  en clair : ..... coder après

4 Etes vous de nationalité Française ou Etrangère ? F  E  en clair : ..... coder après

5 Quel est votre niveau d'étude ? (études menées à leur terme ou sanctionnées par un diplôme)

- jamais scolarisé <input type="checkbox"/>	- secondaire : premier cycle (BEPC, BEP ou CAP) <input type="checkbox"/>
- primaire non achevé <input type="checkbox"/>	- secondaire : deuxième cycle (BAC) <input type="checkbox"/>
- primaire (certificat d'études élémentaire) <input type="checkbox"/>	- supérieur <input type="checkbox"/>

6 Actuellement, exercez - vous une activité professionnelle ? oui  non

⇒ Si oui

- vous êtes : - salarié  - non salarié(indépendant)
- vous travaillez à temps : - plein  - partiel
- vous avez un contrat à : - durée indéterminée (CDI)  - durée déterminé (CDD)

⇒ Si non (une seule réponse)

- vous êtes : - chômeur inscrit ou non à l'ANPE  - femme ou homme au foyer
- à la recherche d'un 1<sup>er</sup> emploi  - invalide
- retraité ou en préretraite  - en arrêt maladie
- étudiant ou en formation  - autre  (préciser).....
- depuis : - moins de 6 mois  - plus de 6 mois

7 Quelle est votre profession ou la dernière que vous avez exercée si actuellement vous êtes en inactivité ?

recueillir très précisément : ..... et coder après :

8 Percevez vous une ou des pensions, allocations, bourses ou indemnités? oui  non

⇒ Si oui :

- des ASSEDIC  - une bourse d'étude
- des Indemnités Journalières  - une allocation : le RMI, l'AAH, l'API, l'ASS, l'AI ou le minimum vieillesse
- une pension invalidité  - des allocations familiales
- une pension alimentaire  - autre(préciser).....

9 Bénéficiez-vous :

- de la sécurité sociale oui  non
- de la CMU oui  non
- de la CMU C oui  non
- de l'Aide médicale d'Etat (AME : Hospitalière ou Totale) oui  non
- d'une Mutuelle ou Assurance maladie complémentaire oui  non

10 Comment êtes vous logé actuellement ? (une seule réponse possible)

• Propriétaire (ou accédant à la propriété) <input type="checkbox"/>	• Hébergé par : - parents, famille, amis <input type="checkbox"/>
• Locataire :	- centre d'hébergement, foyer, association <input type="checkbox"/>
- d'un logement HLM <input type="checkbox"/>	• Logement du type : baraque, squat, caravane... <input type="checkbox"/>
- dans le secteur privé <input type="checkbox"/>	• Sans abri <input type="checkbox"/>
- d'un meublé ou d'une chambre d'hôtel <input type="checkbox"/>	• Autre (préciser)..... <input type="checkbox"/>

**11 Concernant votre situation familiale :**

- Vous êtes : - en couple (marié ou non) 1 - divorcé (e) 3 - veuf(ve) 3  
(1 seule réponse) - célibataire 2 - séparé (e) 4
- Combien d'enfant de moins de 16 ans vivent avec vous (dans ce foyer) ? |\_|\_|\_| (notez 0 si aucun)
- En vous comptant, combien de personne vivent dans votre foyer ? |\_|\_|\_|

**12 Dans quelle tranche situez vous la somme totale des revenus nets mensuels de votre foyer, en comptant les revenus de tous les membres du ménage (vous y compris), les allocations, les pensions et les aides diverses ? (en francs)**

- |                   |                            |                      |                            |                      |                             |
|-------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| - moins de 4000   | 1 <input type="checkbox"/> | - de 10 000 à 12 999 | 5 <input type="checkbox"/> | - de 25 000 à 29 999 | 9 <input type="checkbox"/>  |
| - de 4000 à 6599  | 2 <input type="checkbox"/> | - de 13 000 à 15 999 | 6 <input type="checkbox"/> | - de 30 000 à 39 999 | 10 <input type="checkbox"/> |
| - de 6 600 à 7999 | 3 <input type="checkbox"/> | - de 16 000 à 19 999 | 7 <input type="checkbox"/> | - plus de 40000      | 11 <input type="checkbox"/> |
| - de 8 000 à 9999 | 4 <input type="checkbox"/> | - de 20 000 à 24 999 | 8 <input type="checkbox"/> | - (NSP)              | 12 <input type="checkbox"/> |

**13 Au cours des 12 derniers mois les revenus de votre foyer ont-ils diminué de façon importante ?** oui 1 non 2

⇒ Si oui, cette diminution peut elle être expliquée par un des événements suivants :

- séparation ou divorce 1 - décès du conjoint 3 - autre 5 (préciser).....
- perte d'emploi 2 - maladie 4

**14 Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des personnes ne vivant pas avec vous :**

- |                                      |                                |                                |   |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| - vos enfants                        | oui 1 <input type="checkbox"/> | non 2 <input type="checkbox"/> | non concerné 3 <input type="checkbox"/> |
| - vos parents                        | oui 1 <input type="checkbox"/> | non 2 <input type="checkbox"/> | non concerné 3 <input type="checkbox"/> |
| - des membres de votre famille       | oui 1 <input type="checkbox"/> | non 2 <input type="checkbox"/> | non concerné 3 <input type="checkbox"/> |
| - des amis proches ou de longue date | oui 1 <input type="checkbox"/> | non 2 <input type="checkbox"/> | non concerné 3 <input type="checkbox"/> |
| - votre voisinage                    | oui 1 <input type="checkbox"/> | non 2 <input type="checkbox"/> | non concerné 3 <input type="checkbox"/> |

**15 En cas de « coup dur » (financier, familial, de santé...), y a-t-il dans votre entourage, en dehors des personnes qui vivent avec vous, des gens sur qui vous puissiez compter pour :**

- vous héberger quelques jours en cas de besoin oui 1 non 2
- vous apporter une aide en argent oui 1 non 2
- vous apporter une aide en nature, un soutien moral, ou rendre service oui 1 non 2

**16 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de rencontrer un travailleur social (assistante sociale, éducateur...) pour vous même ?** oui 1 non 2

**Nous allons maintenant aborder diverses questions concernant votre santé**

**17 D'une manière générale, en cas de problème de santé, consultez-vous en première intention un médecin ?** oui 1 non 2

• Si oui : (1 seule réponse possible)

- ⇒ s'agit-il d'un médecin de ville : généraliste 1 spécialiste 2 autre 3 (préciser).....
- ⇒ s'agit-il d'un médecin de l'hôpital : des urgences 1 d'un autre service 2 (préciser).....

• Si non : qui allez vous voir ? (préciser) .....

**18 Avez vous un médecin traitant ou un médecin qui vous suit régulièrement ?** oui 1 non 2

• Si oui : (1 seule réponse possible)

- ⇒ s'agit-il d'un médecin de ville : généraliste 1 spécialiste 2 autre 3 (préciser).....
- ⇒ s'agit-il d'un médecin de l'hôpital : des urgences 1 d'un autre service 2 (préciser).....

**19 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin ?** |\_|\_|\_|

**20 Quand êtes-vous allé chez le dentiste pour la dernière fois : (1 seule réponse possible)**

- cette année 1 • il y a moins de 2 ans 2 • il y a plus de 3 ans 3

**21 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé ?** oui 1 non 2



33 Est ce que vous fumez ? oui  non

- ⇒ Si oui :
- avez vous l'intention d'arrêter ? oui  non  (NSP)
  - vous a-t-on proposé une aide pour arrêter ? oui  non  (NSP)
  - si on vous a proposé des conseils pour arrêter, les avez vous suivi ? oui  non

34 Pensez vous consommer trop d'alcool ? oui  non  (NSP)

- ⇒ Si oui :
- vous a-t-on proposé une aide pour diminuer ou arrêter ? oui  non  (NSP)
  - si on vous a donné des conseils pour arrêter, les avez vous suivi ? oui  non

35 Au cours du dernier mois, avez-vous eu une période ayant duré au moins 2 semaines pendant laquelle :

- Vous vous êtes senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé (e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce , presque tous les jours oui  non
- Vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? oui  non
- Vous vous sentiez presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ? oui  non

Si a répondu oui à au moins 1 des 3 questions ci dessus, poser la question suivante :

36 Durant cette période :

- Lorsque vous vous sentiez déprimé(e), sans intérêt pour les choses, fatigué(e) :
  - Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez vous perdu du poids sans en avoir l'intention ? oui  non
  - Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? oui  non
  - Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ? oui  non
  - Manquiez-vous de confiance en vous même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ? oui  non
  - Vous êtes-vous fait des reproches ou vous êtes-vous senti(e) coupable ? oui  non
  - Aviez-vous du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ? oui  non
  - Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires, comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? oui  non
- Pensez vous avoir besoin d'une aide ? oui  non  (NSP)
- En avez vous parlé avec votre médecin ? oui  non

37 Concernant votre alimentation, combien de repas prenez vous par jour ? (*petit déjeuner et goûte inclus*)

38 Mangez vous entre les repas ? oui  non

39 Vous a-t-on déjà donné des conseils concernant votre alimentation ? oui  non  (NSP)

⇒ Si oui, les avez vous suivis : oui  non  (NSP)

40 Y a-t-il des moments dans le mois où vous ne pouvez pas acheter la nourriture dont vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ? oui  non

41 Combien de fois vous brossez vous les dents : - dans la semaine  - dans la journée

42 Pratiquez vous une activité physique régulière ? oui  non

⇒ Si non :

- vous a-t-on conseillé pour pratiquer une activité physique ? oui  non

43 Au cours de ce questionnaire nous avons abordé différentes questions concernant la prévention. Sur ce sujet quelles seraient vos attentes ou quelles information souhaiteriez vous recevoir ?

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à nos questions. Si vous souhaitez avoir plus d'information vous pouvez prendre contact avec..... ?

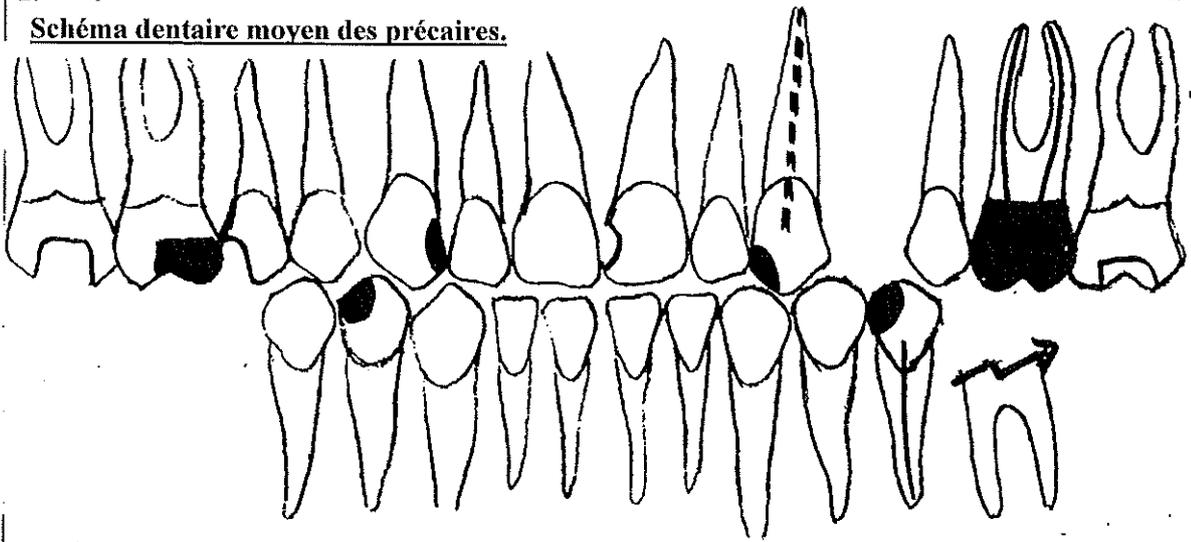
Annexe 16.									Précaire/Non P
									N° paire.
									Nom Prénom
									1 <sup>re</sup> consult (O/N)
									Si O, Suivi antérieur. (O/N)
									Motif consult.
									Acte ce jour (O/N).
									Atb ce jour (O/N).
								Même acte (O/N).	Néc de soin .
								Actes différents (O/N).	
								Dts à ext.	
								Caries.	
								Endo/Rte.	
								Nec Proth	
									Contact N° tel.
									Nbre consult données.
									Suivi Rdv (O/N) et (Nbre nspp, retard, excusé, refus).
								Nbre étudiants.	
								Nbre enseignants/ internes.	
								Plan de tt établi.(O/N)	
								Soins indiq (O/N)	
									Fin 1 <sup>er</sup> soin.
									Fin plan de Tt.
								Même urg.	
								Soins indiq.	
								CE.	
								Autres.	

# Annexe 17

		<p><i>Dent absente.</i></p> <p><i>Soin conservateur.</i></p>
N° paire :	Nom Prénom :	
<p><i>Total: soins conservateurs:</i></p> <p><i>Total endo :</i></p>	<p><i>Total dents abs:</i></p> <p><i>Total couronnes:</i></p>	
<p><i>Traitement endodontique.</i></p>	<p><i>Couronne.</i></p>	<p><i>Racines résiduelles.</i></p>

# Annexe 18

## Schéma dentaire moyen des précaires.



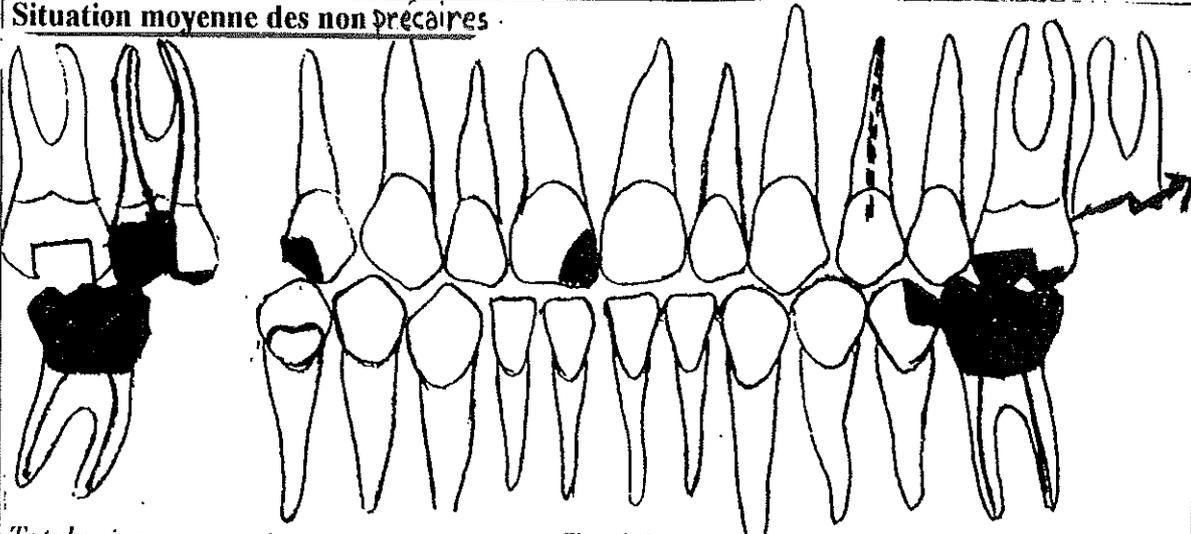
Total soins conservateurs:

Total dents abs:

Total endo :

Total couronnes:

## Situation moyenne des non précaires.



Total soins conservateurs:

Total dents abs:

Total endo :

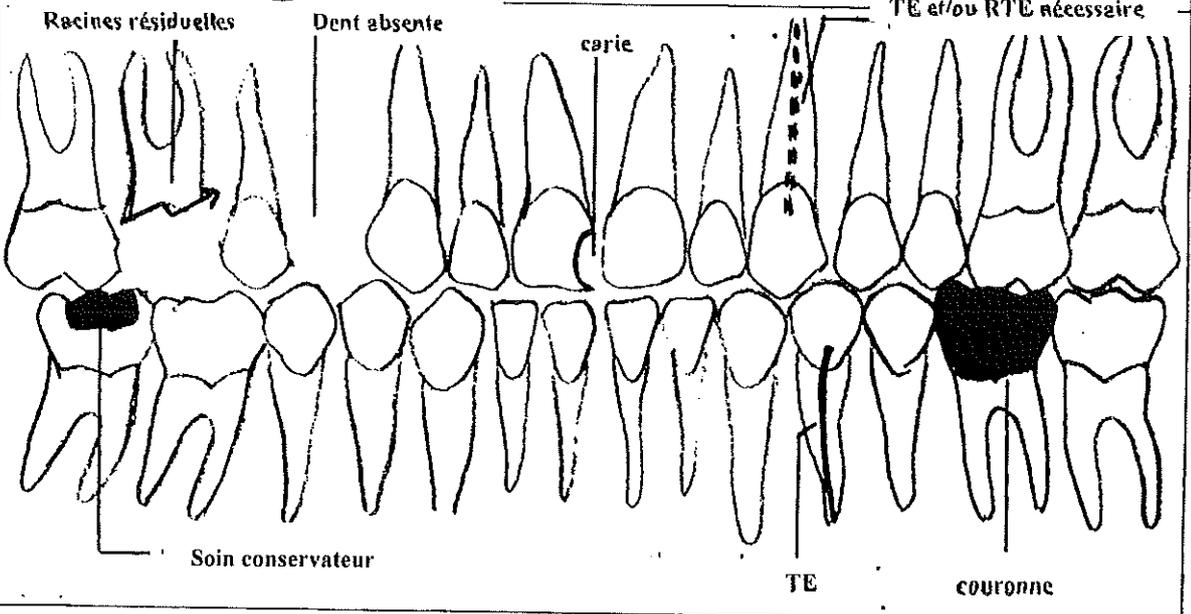
Total couronnes:

Racines résiduelles

Dent absente

carie

TE et/ou RTE nécessaire



Soin conservateur

TE

couronne

## Annexe 19

**Tableau 1. Comparaison des 184 consultants inclus dans l'étude, aux 76 exclus (« précaires » et « non précaires » mélangés).**

Variables			Exclus	Inclus	P	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Critère 1	oui	Effectif %	49 64,5	123 66,8			
	non	Effectif %	27 35,5	61 33,2			
Total		effectif	76	184	0,713	0,900	[0,514 - 1,577]
Critère 4	oui	Effectif %	56 73,7	138 75			
	non	Effectif %	20 26,3	46 25			
Total			76	184	0,825	0,933	[0,507 - 1,718]
Critère 2+3	oui	Effectif %	64 84,2	149 81			
	non	Effectif %	12 15,8	35 112			
Total			76	184	0,538	1,253	[0,611 - 2,569]
Critère 2+5	oui	Effectif %	63 82,9	160 87			
	non	Effectif %	13 17,1	24 13			
Total			76	184	0,394	0,727	[0,348 - 1,516]
Critère 3+5	oui	Effectif %	62 81,6	152 82,6			
	non	Effectif %	14 18,4	32 17,4			
Total			76	184	0,843	0,932	(0,466 - 1,866]
Age		$\mu$	33,59	35,06			
		$\Delta$	12,54	14,47			
Total			76	184	0,439		
Sexe	Homme	Effectif %	30 39,5	102 55,4			
	femme	Effectif %	46 60,5	82 44,6			
Total			76	184	0,019	0,524	[0,304 - 0,903]
Nat française	oui	Effectif %	65 85,5	156 84,8			
	non	Effectif %	11 14,5	28 15,2			
Total			76	184	0,879	1,061	[0,498 - 2,257]
Niveau étude	< = primaire	Effectif %	14 18,4	42 22,8			
	1 <sup>er</sup> cycle	Effectif %	32 42,1	70 38			
	2 <sup>ème</sup> cycle	Effectif %	16 21,1	28 15,2			
	supérieur	Effectif %	14 18,4	44 23,9			
Total			76	184	0,924		
Travail	oui	Effectif %	28 37,3	71 38,6			
	non	Effectif %	47 62,7	113 61,4			
Total			75	184	0,851	0,948	[0,545 - 1,650]
Pas de travail	Rech emplois/ chom< et > 6 mois	Effectif %	21 44,7	57 51,4			
	Etudiant/format	Effectif %	10 21,3	20 18			
	Retraite/prÉR	Effectif %	1 2,1	14 12,6			
	Congés L durée/Invalide/Arrêt travail	Effectif %	6 6,4	10 9			
autre	Effectif %	12 25,5	10 9	0,006	3,46	[1,26 - 9,61]	

<b>Total</b>			<b>47</b>	<b>111</b>	<b>0,026</b>		
<b>CSP</b>	<b>Agriculteur</b>	<b>Effectif</b>	<b>0</b>	<b>1</b>			
		<b>%</b>	<b>0</b>	<b>0,6</b>			
	<b>Art/commerçant</b>	<b>Effectif</b>	<b>3</b>	<b>10</b>			
		<b>%</b>	<b>4,8</b>	<b>6,1</b>			
	<b>Cadre</b>	<b>Effectif</b>	<b>1</b>	<b>11</b>			
		<b>%</b>	<b>1,6</b>	<b>6,7</b>			
	<b>Prof interm</b>	<b>Effectif</b>	<b>10</b>	<b>29</b>			
	<b>%</b>	<b>15,9</b>	<b>17,7</b>				
	<b>Employé</b>	<b>Effectif</b>	<b>29</b>	<b>62</b>			
		<b>%</b>	<b>46</b>	<b>37,8</b>			
	<b>Ouvrier</b>	<b>Effectif</b>	<b>20</b>	<b>51</b>			
		<b>%</b>	<b>31,7</b>	<b>31,1</b>			
<b>Total</b>			<b>63</b>	<b>164</b>	<b>0,602</b>		
<b>Situation fam</b>	<b>célibataire</b>	<b>Effectif</b>	<b>33</b>	<b>77</b>			
		<b>%</b>	<b>43,4</b>	<b>41,8</b>			
	<b>Divorcé/ veuf</b>	<b>Effectif</b>	<b>7</b>	<b>35</b>			
	<b>/célibataire</b>	<b>%</b>	<b>9,2</b>	<b>19</b>			
	<b>En couple</b>	<b>Effectif %</b>	<b>36</b>	<b>72</b>			
			<b>47,4</b>	<b>39,1</b>			
<b>Total</b>			<b>76</b>	<b>184</b>	<b>0,128</b>		

**Tableau 2. Comparaison des 92 consultants « précaires » inclus dans l'étude, aux 38 « précaires » exclus.**

Variables			Exclus	Inclus	P	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Critère 1	oui	Effectif %	11 28,9	31 33,7			
	non	Effectif %	27 71,1	61 66,3			
Total		effectif	38	92	0,599	0,802	[0,352 - 1,827]
Critère 4	oui	Effectif %	18 47,4	46 50			
	non	Effectif %	20 52,6	46 50			
Total			38	92	0,785	0,900	[0,422 - 1,918]
Critère 2+3	oui	Effectif %	26 68,4	57 62			
	non	Effectif %	12 31,6	35 38			
Total			38	92	0,485	1,330	[0,596 - 2,970]
Critère 2+5	oui	Effectif %	25 65,8	68 73,9			
	non	Effectif %	13 34,2	24 26,1			
Total			38	92	0,351	0,679	[0,300 - 1,535]
Critère 3+5	oui	Effectif %	24 63,2	60 65,2			
	non	Effectif %	14 36,8	32 34,8			
Total			38	92	0,823	0,914	(0,416 - 2,007]
Age		$\mu$	33,84	34,79			
		$\Delta$	12,22	14,69			
Total			38	92	0,726		
Sexe	Homme	Effectif %	15 39,5	51 55,4			
	femme	Effectif %	23 60,5	41 44,6			
Total			38	92	0,098	0,524	[0,243 - 1,132]
Nat française	oui	Effectif %	28 73,7	74 80,4			
	non	Effectif %	10 26,3	18 19,6			
Total			38	92	0,394	0,681	[0,281 - 1,653]
Niveau étude	< = primaire	Effectif %	9 23,7	24 26,1			
	1 <sup>er</sup> cycle	Effectif %	19 50	39 42,4			
	2 <sup>ème</sup> cycle	Effectif %	5 13,2	13 14,1			
	supérieur	Effectif %	5 13,2	16 17,4			
Total			38	92	0,803		
Travail	oui	Effectif %	2 5,4	19 20,7			
	non	Effectif %	35 94,6	73 79,3			
Total			37	92	0,034	0,220	[0,048 - 0,996]
Pas de travail	Rech emplois/ chom< et > 6 mois	Effectif %	19 54,3	49 68,1			
	Etudiant/format	Effectif %	4 11,1	6 8,3			
	Retraite/préR	Effectif %	0 0	6 8,3			
	Congés L durée/Invalide/Arrêt travail	Effectif %	2 5,7	6 8,3			
	autre	Effectif %	10 28,6	5 6,9			
Total			35	72	0,018	5,36	[1,48 - 20,29]

CSP	Art/commerçant	Effectif %	1 3,1	5 5,9			
	Cadre	Effectif %	0 0	6 7,1			
	Prof intern	Effectif %	4 12,5	10 11,8			
	Employé	Effectif %	16 50	34 40			
	Ouvrier	Effectif %	11 34,4	30 35,3			
<b>Total</b>			32	85	<b>0,531</b>		
Situation fam	célibataire	Effectif %	16 42,1	42 45,7			
	Divorcé/ veuf /célibataire	Effectif %	6 15,8	25 27,2			
	En couple	Effectif %	16 42,1	25 27,2			
<b>Total</b>			38	92	<b>0,179</b>		

**Tableau 3. Comparaison des 92 consultants « non précaires » inclus dans l'étude, aux 38 « non précaires » exclus.**

Variables			Exclus	Inclus	P	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Critère 1	oui	Effectif %	0 0	0 0			
	non	Effectif %	38 100	92 100			
<b>Total</b>		<b>effectif</b>	<b>38</b>	<b>92</b>			
Critère 4	oui	Effectif %	0 0	0 0			
	non	Effectif %	38 100	92 100			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
	oui	Effectif %	0 0	0 0			
	non	Effectif %	38 100	92 100			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Critère 2+5	oui	Effectif %	0 0	0 0			
	non	Effectif %	38 100	92 100			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Critère 3+5	oui	Effectif %	0 0	0 0			
	non	Effectif %	38 100	92 100			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Age		$\mu$ $\Delta$	33.34 13.00	35.33 14.32	0,460		
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Sexe	Homme	Effectif %	15 39,5	51 55,4	0,098	0,524	[0,243 – 1,132]
	femme	Effectif %	23 60,5	41 44,6			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Nat française	oui	Effectif %	37 97,4	82 89,1	0,125	4,512	[0,557 – 36,552]
	non	Effectif %	1 2,6	10 10,9			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Niveau étude	< = primaire	Effectif %	5 13,2	18 19,6	0,766		
	1 <sup>er</sup> cycle	Effectif %	13 34,2	31 33,7			
	2 <sup>ème</sup> cycle	Effectif %	11 28,9	15 16,3			
	supérieur	Effectif %	9 23,7	28 30,4			
	<b>Total</b>			<b>38</b>			
Travail	oui	Effectif %	26 68,4	52 56,5	0,208	1,667	[0,850 – 3,704]
	non	Effectif %	35 94,6	40 43,5			
<b>Total</b>			<b>38</b>	<b>92</b>			
Pas de travail	Rech emplois/ chom< et > 6 mois	Effectif %	2 16,7	8 20,5	0,208	1,667	[0,850 – 3,704]
	Etudiant/format	Effectif %	6 50	15 35,9			
	Retraite/préR	Effectif %	1 8,3	8 20,5			
	Congés L durée/Invalide/Arrêt travail	Effectif %	1 8,3	4 10,3			
	autre		2 16,7	5 12,8			

<b>Total</b>			12	39	0,837		
<b>CSP</b>	<b>Agriculteur</b>	<b>Effectif</b>	0	1			
		<b>%</b>	0	1,3			
	<b>Art/commerçant</b>	<b>Effectif</b>	2	5			
		<b>%</b>	6,5	6,3			
	<b>Cadre</b>	<b>Effectif</b>	1	5			
		<b>%</b>	3,2	6,3			
	<b>Prof interm</b>	<b>Effectif</b>	6	19			
		<b>%</b>	19,4	24,1			
	<b>Employé</b>	<b>Effectif</b>	13	28			
		<b>%</b>	41,9	35,4			
	<b>Ouvrier</b>	<b>Effectif</b>	9	21			
		<b>%</b>	29	26,6			
<b>Total</b>			31	79	0,935		
<b>Situation fam</b>	<b>célibataire</b>	<b>Effectif</b>	17	35			
		<b>%</b>	44,7	38			
	<b>Divorcé/ veuf</b>	<b>Effectif</b>	1	10			
	<b>/célibataire</b>	<b>%</b>	2,6	10,9			
	<b>En couple</b>	<b>Effectif</b>	20	47			
		<b>%</b>	52,6	51,1			
<b>Total</b>			38	92	0,291		

## Annexe 20

Tableau 1. Qualité des critères de repérage.

Critères	Précaire		Non précaire		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>1, Avoir la CMU ou AME</b>					
oui,	61	66,3	0		61
non.	31	33,7	92	100	123
<b>4, Bénéficiaire d'1 des allocations</b>					
oui,	46	50	0		46
non.	46	50	32	100	138
<b>2+3, Pas de Mutuelle ou Ass Maladie Compl + difficulté à payer médocs</b>					
oui,	35	38	0		35
non.	57	62	92	100	149
<b>2+5, Pas de Mutuelle ou Ass maladie compl + rech emploi &gt; 6 mois ou 1<sup>er</sup> emploi</b>					
oui,	24	26,1	0		24
non.	68	73,9	92	100	160
<b>3+5, Difficulté à payer médocs + rech emploi &gt; 6 mois ou 1<sup>er</sup> emploi</b>					
oui,	32	34,8	0		32
non.	60	65,2	92	100	152

Tableau 2. Qualité de l'appariement.

Critères.	Précaires		Non précaires		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Sexe</b>					
Homme,	51	55,4	51	55,4	102
Femme.	41	44,6	41	44,6	82
<b>Age moyen</b>	34,8		35,3		

Tableau 3. La nationalité française.  $\alpha=0,05$ .

Nationalité française	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	74	80,4	82	89,1		
non.	18	19,6	10	10,9		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,101	NS

Tableau 4. Le niveau d'étude.  $\alpha=0,05$ .

Niveau d'étude	Précaires		Non précaires		U mann-Whitney.	W de Wilcoxon.	p	Significatif
	Effectif	%	Effectif	%				
< ou = au primaire.	24	26,1	18	19,6			0,292	
1 <sup>er</sup> cycle,	39	42,4	31	33,7			0,224	
2 <sup>nd</sup> cycle,	13	14,1	15	16,3			0,681	
supérieur.	16	17,4	28	30,4			<b>0,038</b>	
<b>Total.</b>	92	100	92	100			<b>0,035</b>	<b>S</b>
Rang moyen,	84,6		100,4					
Somme rang.	7783,00		9237,00		3505,00	7783,00		

Tableau 5. Activité professionnelle.  $\alpha=0,05$

Activité professionnelle	Précaires		Non précaire		p	Significatif
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	19	20,7	52	56,5		
non.	73	79,3	40	43,5		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	<b>0,000</b>	<b>S</b>

Tableau 6. Temps de travail, condition de « salarié » et contrat CDI des individus ayant une activité professionnelle.  $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires		p	Significatif
	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Salariés</b>						
oui,	18	94,7	49	94,2		
non.	1	5,3	3	5,8		
<b>Total.</b>	19	100	52	100	1,000	NS
<b>Temps de travail</b>						
temps partiel,	7	36,8	8	15,4		
temps plein.	12	63,2	44	84,6		
<b>Total.</b>	19	100	52	100	0,96	NS
<b>Contrat CDI</b>						
oui,	6	31,6	36	69,2		
non.	13	68,4	16	30,8		
<b>Total.</b>	19	100	52	100	<b>0,004</b>	<b>S</b>

Tableau 7. Situation des personnes sans activité professionnelle.

	Précaires		Non précaires		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Recherche 1er emploi.	4	5,6	0	0	4	3,6
Etudiant ou en formation.	6	8,3	14	35,9	20	18
Congés longue durée.	0	0	3	7,7	3	2,7
Chômeur < 6 mois.	11	15,3	4	10,3	15	13,5
Chômeur > 6 mois.	34	47,2	4	10,3	38	34,2
Au foyer.	0	0	3	7,7	3	2,7
Invalide.	5	6,9	1	2,6	6	5,4
Retraite / pré-retraite.	6	8,3	8	20,5	14	12,6
Arrêt maladie.	1	1,4	0	0	1	0,9
Autres.	5	6,9	2	5,1	7	6,3
<b>Total.</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Tableau 8. Profession de l'ensemble de individus interrogés.  $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Agriculteurs.	0	0	1	1,3		
Artisans /commerçants/ chefs d'entreprise.	5	5,9	5	6,3		
Cadres.	6	7,1	5	6,3		
Prof intermédiaires.	10	11,8	19	24,1		
Employés.	34	40	28	35,4		
Ouvriers.	30	35,3	21	26,6		
<b>Total.</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>0,322</b>	<b>NS</b>

Tableau 9. Bénéficiaires d'une aide financière.  $\alpha=0,05$ .

Aide financière	Précaires		Non précaires		p	Significatif
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	64	69,6	51	55,4		
non ou ne sais pas.	28	30,4	41	44,6		
<b>Total.</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>0,048</b>	<b>NS</b>

Tableaux 10 et 11. Les différentes aides.  $\alpha=0,05$ .

Tableau 10.

Aide financière	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Assedic						
oui,	7	7,6	5	5,4		
non.	85	92,4	87	94,6		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,550	NS
Alloc fam						
oui,	16	17,4	22	23,9		
non.	79	82,6	70	76,1		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,275	NS
Alloc pour logement						
oui,	47	51,1	35	38		
non.	45	48,9	57	62		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,075	NS
Autres aides						
oui,	5	5,4	9	9,8		
non.	87	94,6	83	90,2		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,530	NS

Tableau 11.

	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Pension d'invalidité						
oui,	0	0	2	2,2		
non.	92	100	90	97,8		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,497	NS
Pension alimentaire						
oui,	4	4,3	3	3,3		
non.	88	95,7	89	96,7		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	1,000	NS
Aide bourse						
oui,	3	3,3	5	5,4		
non.	89	96,7	87	94,6		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	0,720	NS

Remarque :

	Précaires		Non précaires	
	Effectif	%	Effectif	%
Autres aides. Pension d'invalidité +Pension alimentaire + Aide bourse + autres				
oui,	12	13	19	20,6
non.	80	87	73	79,4
<b>Total.</b>	92	100	92	100

Tableau 12. Les bénéficiaires de la sécurité sociale.  $\alpha=0,05$ .

Sécurité sociale	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	80	87	91	98,9		
non.	12	13	1	1,1		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	<b>0,002</b>	<b>S</b>

Tableau 13. Les bénéficiaires de la CMU et de l'AME.  $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires.		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
<b>CMU</b>						
oui,	51	55,4	0	0		
non.	41	44,6	92	100		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	<b>0,000</b>	<b>S</b>
<b>CMU/ bénéficiaires</b>	51/80	63,75	0	0		
<b>Sécu sociale</b>						
<b>AME</b>						
oui,	8	8,7	0	0		
non.	84	91,3	92	100		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	<b>0,007</b>	<b>S</b>
<b>AME/ bénéficiaires</b>	8/80	10	0	0		
<b>Sécu sociale</b>						

Tableau 14. Les personnes cotisant à une mutuelle ou un assurance maladie complémentaire.  $\alpha=0,05$ .

Mutuelle ou Ass Maladie Compl.	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	20	21,7	74	80,4		
non.	72	78,3	18	19,6		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	<b>0,000</b>	<b>S</b>

Tableau 15. Les bénéficiaires de la CMUc.  $\alpha=0,05$ .

CMUc	Précaires.		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	40	44,4	0	0		
non.	50	55,6	92	100		
<b>Total.</b>	92	100	92	100	<b>0,000</b>	<b>S</b>
<b>CMUc/ bénéficiaires</b>	40/60	66,66	0	0		
<b>complémentaire</b>						

Complémentaire (CMUc ou mutuelle)	Précaires.		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
	40	66,66	74	80,4	<b>0.03</b>	<b>S</b>

Tableau 16. La situation familiale.  $\alpha=0,05$ .

La situation de famille	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Célibataire.	42	45,7	35	38		
Divorcé, veuf, célibataire.	25	27,2	10	10,9		
En couple.	25	27,2	47	51,1		
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>0,001</b>	<b>S</b>

Tableau 17. Revenu moyen.

Revenu moyen frs /mois.	Précaires.		Non précaires.		p	Significatif
	$\mu$ ,	$\Delta$	$\mu$ ,	$\Delta$		
	5226.22,	3200.19	10790.7,	6219.85	<b>0.000</b>	<b>S</b>

Tableau 18. En cas de problème, les individus s'adressent-ils à un médecin en premier?  $\alpha=0,05$ .

Médecin	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	72	78,3	87	94,6		
non.	20	21,7	5	5,4		
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>0,001</b>	<b>S</b>

Tableau 19. Si recours à un médecin en cas de problème, est-ce un médecin de ville ou d'hôpital ?  $\alpha=0.05$ .

Médecin	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Med Ville,	58	80,6	80	92		S
Med Hôpital.	14	19,4	7	8		
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>0,035</b>	

**Tableau 20. Les individus s'adressant à un médecin de ville en cas de problème, s'agit-il d'un généraliste ou d'un spécialiste.  $\alpha=0,05$ .**

Médecin ville	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Généraliste, Spécialiste.	58 0	100 0	77 3	96,3 2,2	0,264	NS
Total	58	100	80	100		

**Tableau 21. Les individus s'adressant à un médecin de l'hôpital, s'agit-il du service d'Urgence ou un autre?  $\alpha=0,05$ .**

Médecin Hôpital	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Urgence, Autres.	4 9	30,8 69,2	5 2	71,4 28,6	0,160	NS
Total	13	100	7	100		

**Tableau 22. Médecin régulier assurant un suivi.  $\alpha=0,05$ .**

Médecin régulier.	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui, non.	60 32	65,2 34,8	68 24	73,9 26,1	0,200	NS
Total	92	100	92	100		

**Tableau 23. Si médecin régulier, s'agit-il d'un médecin de ville ou hôpital ?  $\alpha=0,05$ .**

Médecin régulier	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Ville, Hôpital.	55 5	91,7 8,3	64 4	94,1 5,9	0,733	NS
Total	60	100	68	100		

**Tableau 24. Dans la situation où un médecin de ville assure le suivi régulier, s'agit-il d'un généraliste ou d'un spécialiste ?  $\alpha=0,05$ .**

Médecin ville	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Généraliste, Spécialiste.	54 1	98,2 1,8	62 2	96,9 3,2		
<b>Total</b>	55	100	64	100	1,000	NS

**Tableau 25. Les individus s'adressant à un médecin d'hôpital en cas de problème, s'agit-il du service d'Urgence ou un autre?  $\alpha=0,05$ .**

Médecin Hôpital	Précaires		Non précaires	
	Effectif	%	Effectif	%
Urgence, Autres.	0 5	0 100	0 4	0 100
<b>Total</b>	5	100	4	100

**Tableau 26. Suivi régulier par un dentiste.  $\alpha=0,05$**

Dentiste régulier.	Précaires.		Non précaires.		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui, Non.	22 70	23,9 76,1	28 64	30,4 69,6		
<b>Total</b>	92	100	92	100	0,320	NS

**Tableau 27. Dernière consultation chez un dentiste.  $\alpha=0,05$**

Dernière consultation	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
Dans l'année, Moins de 2 ans, Plus de 2 ans.	37 21 34	40,2 22,8 37	37 16 39	40,2 17,4 42,4		
<b>Total</b>	92	100	92	100	0,601	NS

**Tableau 28. Difficulté à payer les médicaments et le examens médicaux.  $\alpha=0,05$ .**

Difficulté à payer médocs et exam.	Précaires.		Non précaires.		p	Signification.
	Effectif	%.	Effectif	%		
oui, non.	45 47	48,9 51,1	14 78	15,2 84,8		
<b>Total</b>	92	100	92	100	0,000	S

Tableau 29. Impossibilité d'acheter des médicaments prescrit par difficulté financière, durant les 6 derniers mois.  $\alpha=0,05$ .

Impossibilité d'acheter des médocs.	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	25	27,2	7	7,6		
non.	67	72,8	85	92,4		
<b>Total</b>	92	100	92	100	<b>0,000</b>	<b>S</b>

Tableau 30. Nombre de repas pris par jour.

Nombre de repas par jour	Précaires		Non précaires		p	Significatif .
	$\mu$ ,	$\Delta$	$\mu$ ,	$\Delta$		
	2.261	0.9031	2.8261	0.7354	0.000	S

Tableau 31. « Grignotage » entre les repas.  $\alpha=0,05$

« Grignotage » entre les repas.	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	43	46,7	36	39,6		
non.	49	53,3	55	60,4		
<b>Total</b>	92	100	91	100	0,327	NS

Tableau 32. Les individus ayant reçu des conseils nutritionnels.  $\alpha=0,05$

Conseils nutritionnels reçus.	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	36	39,1	39	42,4		
non.	56	60,9	53	57,6		
<b>Total</b>	92	100	91	100	0,635	NS

Tableau 33. Suivi des conseils reçus.  $\alpha=0,05$ .

Le suivi des conseils donnés	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	17	47,2	23	59		
non,	17	47,2	16	41		
ne sais pas.	2	5,6	0	0		
<b>Total</b>	36	100	39	100	0,245	NS

**Tableau 34. Brossage de dents quotidien.  $\alpha=0,05$**

Brossage quotidien	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	Effectif	%	Effectif	%		
oui,	68	73,9	76	82,6		
non.	24	26,1	16	17,4		
<b>Total</b>	92	100	91	100	0,153	NS

**Tableau 35. Nombre de brossages par jour.  $\alpha=0,05$**

Nombre de brossages dentaires par jour	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	$\mu$ ,	$\Delta$	$\mu$ ,	$\Delta$		
	1.8276	0.9426	1.8182	0.8380	0.944	NS

## Annexe 21.

### Tableaux de résultats des données spécifiques au CSD.

Tableau 1. Caractéristiques des consultants du CSD lors de la CE. (92 précaires, 92 non précaires)  
 $\alpha=0,05$

	Précaires		Non précaires		P	Significatif.
	effectif	%	effectif	%		
<b>Facilité contact téléphonique,</b> oui non.	69 23	75 25	65 27	70,6 29,4	0,507	NS
<b>Dossier antérieur à la CE</b> non oui.	62 30	67,4 32,6	70 22	76 24	0,190	NS
<b>Suivi antérieur des consultants ayant 1 dossier,</b> oui non.	9/30 21/30	30 70	7/22 15/22	31,8 68,2	0,888	NS
<b>Consultation en urgence,</b> oui non.	45 47	48,9 51,1	51 41	55,4 44,6	0,376	NS
<b>Motif de consultation :</b> - pulpite, oui non	34 58	37 63	25 67	77,17 72,83	0,155	NS
- infection, oui non	10 82	10,83 89,13	16 76	17,4 82,62	0,20	NS
- bilan, oui non.	14 78	15,22 84,78	20 72	21,74 78,26	0,188	NS
- gêne, oui non	16 76	17,4 82,6	10 82	10,9 89,1	0,20	NS
<b>Les soins à réaliser :</b> - dents à extraire, < ou = à 2 > à 2	76 16	82,6 17,4	87 5	94,6 5,4	0,011	S
- dents cariées, < ou = à 2 > à 2	42 50	45,7 54,3	60 32	65,2 34,8	0,008	S
-TE/Rte à réaliser, < ou = à 2 > à 2	84 8	91,3 8,7	87 5	94,6 5,4	0,388	NS

Tableau 2. Schémas dentaires, les constats.  $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	$\mu_1$	$\Delta$	$\mu_2$	$\Delta$		
Les dents absentes.	4,15	6,3	2,62	4,23	<b>0,054</b>	NS
Les dents avec soins conservateurs	4,92	3,8	5,18	3,41	0,62	NS
Les dents avec soin conservateur seul.	3,58	3,18	4,04	2,94	0,31	NS
Les dents avec soin conservateur et TE associé.	1,34	1,74	1,14	1,50	0,41	NS
Les dents avec TE.	2,32	2,83	2,73	3,51	0,39	NS
Les dents couronnées.	0,88	1,62	1,57	2,81	<b>0,044</b>	S
Les dents couronnées avec TE.	0,77	1,48	1,47	2,73	<b>0,033</b>	S
Les dents vivantes couronnées.	0,11	0,54	0,098	0,42	0,88	NS

Tableau 3. Schémas dentaires, les soins à envisager.  $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires		p	Significatif.
	$\mu_1$	$\Delta$	$\mu_2$	$\Delta$		
Les dents à extraire.	1,23	2,18	0,66	1,16	<b>0,03</b>	S
Les dents cariées.	3,70	3,68	2,32	2,70	<b>0,004</b>	S
TE /Rte à réaliser.	0,81	1,06	0,66	0,84	0,77	NS

**Tableau 4. Résultats concernant les consultants nécessitant des soins. (90 précaires, 89 non précaires)**  
 $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires		P	Significatif .
	effectif	%	effectif	%		
<b>Consultants nécessitant des séances,</b>						
<b>oui</b>	90	97,8	89	96,7	0,650	NS
<b>non.</b>	2	2,2	3	3,3		
<b>RDV nécessaires pour :</b>						
<b>- motif de consult seul</b>					0,48	NS
<b>oui,</b>	10	11,1	13	14,6		
<b>non.</b>	80	88,9	76	85,4		
<b>- soins autres seuls</b>					0,11	NS
<b>oui,</b>	12	13,3	20	22,5		
<b>non.</b>	78	86,7	69	77,5		
<b>- motif de consult et soins autres</b>					0,07	NS
<b>oui,</b>	68	75,6	56	62,9		
<b>non</b>	22	24,4	33	37,1		
<b>- motif de consult seul et associé</b>					0,110	NS
<b>oui</b>	78	86,7	69	77,5		
<b>non.</b>	12	13,3	20	22,5		
<b>- soins autres seuls et associés</b>					0,486	NS
<b>oui</b>	80	88,9	76	85,4		
<b>non.</b>	10	11,1	13	14,6		
<b>Nécessité de prothèse,</b>					0,122	NS
<b>oui</b>	74	82,2	65	73		
<b>non.</b>	18	17,8	27	27		
<b>Etablissement d'un « plan de traitement »,</b>					0,068	NS
<b>oui</b>	18	20	23	25,8		
<b>non.</b>	72	80	66	74,2		
<b>Actes réalisés le jour de la CE,</b>					0,586	NS
<b>oui</b>	39	43,3	35	39,3		
<b>non.</b>	51	56,7	54	60,7		
<b>Acte réalisé quand la CE était une urgence,</b>					0,406	NS
<b>oui</b>	34/45	75,6	33/51	64,7		
<b>non.</b>	11/45	24,4	15/51	35,7		
<b>Prescription antibiotique le jour de la CE,</b>					0,057	NS
<b>oui</b>	13	14,4	23	25,8		
<b>non.</b>	77	85,6	66	74,2		
<b>Prescription antibiotique quand la CE était une urgence,</b>					0,015	S
<b>oui</b>	10/45	22,2	23/51	45,1		
<b>non.</b>	33/45	77,8	25/51	54,9		
<b>Consultants avec qui un (des) RDV a été fixé(s),</b>					0,498	NS
<b>oui</b>	68	75,5	71	79,8		
<b>non.</b>	22	24,5	18	20,2		

**Tableau 5. Résultats concernant les consultants reçus en rendez-vous ( rendez-vous fixés).  
(68 précaires, 71 non précaires)  $\alpha=0,05$ .**

	Précaires		Non précaires		P	Significatif.
	effectif	%	effectif	%		
<b>Consultants absents à au moins 1 RDV,</b> oui non.	31 37	45,6 54,4	23 48	32,4 67,6	0,111	NS
<b>Consultants absents à au moins 2 RDV (quand plus de 2 Rdv fixés),</b> < à 2, > ou = à 2.	40/54 14/54	74 26	51/58 7/58	87,9 12,1	0,061	NS
<b>Suivi des soins :</b> -ratio 0,25 (abs/ nb rdv) < ou = à 0,25 > à 0,25	48 20	70,6 29,4	56 15	78,9 21,1	0,260	NS
-ratio 1/3 < ou = à 1/3 > à 1/3	52 16	76,5 23,5	59 12	83,1 16,9	0,329	NS
-ratio 0,5 < ou = à 0,5 > à 0,5.	3 15	78 22	64 7	90,1 9,9	0,049	S
<b>Fin du « 1<sup>er</sup> soin »,</b> oui non.	42 26	61,8 38,2	51 20	71,83 28,17	0,207	NS
<b>Fin du « 1<sup>er</sup> soin » quand la CE était une urgence,</b> oui non.	18/34 16/34	52,9 47,1	30/44 14/44	68,2 31,8	0,159	NS
<b>Fin du « 1<sup>er</sup> soin » quand la CE était non urgente,</b> oui non.	24/34 10/34	70,6 29,4	21/27 6/27	77,8 22,2	0,523	NS
<b>Fin du « plan de traitement »,</b> oui non.	14 54	20,6 79,4	18 53	25,4 74,6	0,505	NS
<b>Fin « plan de traitement » quand la CE était une urgence</b> oui non.	5/34 29/34	14,7 85,3	7/44 37/44	15,9 84,1	0,89	NS
<b>Fin « plan de traitement » quand la CE était non en urgence,</b> oui non.	9/34 25/34	26,5 73,5	11/27 16/27	40,7 59,3	0,238	NS
<b>Fin du « 1er soin » seul,</b> oui non.	28 40	41,2 58,8	33 38	46,5 53,5	0,529	NS
<b>Individus nécessitant des soins de prothèse,</b> oui non.	56 12	82,4 17,6	50 21	70,4 9,6	0,099	NS

Tableau 6. Récapitulatifs des manquements, indépendamment des consultants responsables.  
 $\alpha=0,05$ .

	Précaires		Non précaires		P	Significatif.
	effectif	%	effectif	%		
<b>Absences</b>	43	75,4	28	71,8		
<b>absences, autres.</b>	43/57	75,4	28/57	71,8	0,691	NS
	14/57	24,6	11/57	28,2		
<b>Annulations.</b>	11	19,3	10	25,6		
<b>annulations, autres.</b>	11/57	19,3	10/57	25,6	0,46	NS
	46/57	80,7	29/57	74,1		
<b>Retards.</b>	2	3,5	1	2,6		
<b>Refus de soin.</b>	1	1,8	0			
<b>Totaux.</b>	57		39			

Tableau 7. Comparatif de la proportion des soins achevés chez les consultants avec qui un(des) rendez-vous a été fixé(s), selon que la CE était une urgence ou non.  $\alpha=0,05$ .

	Type de soin fini		Type de soin non fini		P	Significatif.
	effectif	%	effectif	%		
<b>Précaires vus, en urgence, non en urgence.</b>	<u>Fin « 1<sup>er</sup> soin »</u>		<u>« 1<sup>er</sup> soin » non fini</u>		0,134	NS
	18/42	42,9	16/26	61,5		
	24/42	57,1	10/26	38,5		
<b>Non précaires vus, en urgence, non en urgence.</b>					0,383	NS
	30/51	58,8	14/20	70		
	21/51	41,2	6/20	30		
<b>Précaires vus, en urgence, non en urgence.</b>	<u>Fin « plan de traitement »</u>		<u>« plan de traitement » non fini</u>		0,230	NS
	5/14	35,7	29/54	5,73		
	9/14	64,3	25/54	46,3		
<b>Non précaires vus, en urgence, non en urgence.</b>					0,0195	S
	7/18	38,9	37/53	69,8		
	11/18	61,1	16/53	30,2		

**Tableau 8. Résultats concernant les consultants pour qui un(des) rendez-vous a été fixé(s), nécessitant des soins de prothèse. (56 précaires, 50 non précaires)  $\alpha=0,05$ .**

	Précaires		Non précaires		P	Significatif.
	effectif	%	effectif	%		
<b>Fin du « 1er soin »,</b>						
oui	21	37,5	23	46	0,374	NS
non.	35	62,5	27	54		
<b>Fin du « plan de traitement »,</b>						
oui	11	19,6	10	20	0,969	NS
non.	45	80,4	40	80		
<b>Fin « 1er soin » seul,</b>						
oui	10	17,9	13	26	0,310	NS
non.	46	82,1	37	74		

**Tableau 9. Consultants de retour inattendu au CSD. (90 précaires, 89 non précaires)  $\alpha=0,05$ .**

	Précaires		Non précaires		P	Significatif.
	effectif	%	effectif	%		
<b>Retour(s)</b>						
oui,	26	28,89	14	15,73	0,034	S
non.	64	71,11	75	84,27		

**Comptabilisation des retours.**

Retour pour :	Même urgence effectif	Soin indiqué effectif	CE effectif	Autres effectif	Total
<b>Précaires</b>					
Urgence	10	4	1	2	16
Non urgence	4	4	4	7	19
<b>Non précaires</b>					
Urgence	1	4	0	1	6
Non urgence	2	2	2	2	8

JULIEN (Emilie).- Suivi des soins dentaires des consultants en situation de précarité à l'hôpital public.-122 f. graph. 30 cm.- (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2004)

RESUME :

A l'heure actuelle les politiques et les médias véhiculent les termes de « fracture sociale » et d'« exclusion ».

Peu de recherches scientifiques et de débats publics existent sur les inégalités sociales. Les quelques enquêtes de Santé Publique menées se limitent à l'étude de l'accès primaire aux soins, de l'état bucco-dentaire, et des soins nécessaires selon la situation sociale des individus.

Notre étude, réalisée au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes, se base sur la comparaison d'une population en situation de précarité sociale à une population non exposée à cette situation. Elle souhaite aller plus loin en évaluant le suivi des soins et les comportements selon la situation sociale, au travers de la réalisation des soins, de l'absentéisme...

Malgré des différences socio-économiques existantes, nous pouvons constater que le recours et le suivi des soins sont comparables entre ces deux groupes.

Rubrique de classement : EPIDEMIOLOGIE

Mots clés : EPIDEMIOLOGIE  
DENTISTERIE  
HOPITAL PUBLIC  
ACCESSIBILITE SERVICE SANTE  
PAUVRETE

MeSH : EPIDEMIOLOGY  
DENTISTRY  
HOSPITALS, PUBLIC  
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY  
POVERTY

JURY :

Président : M. le Professeur Bernard GIUMELLI  
Assesseurs : M. le Professeur Pierre LOMBRAIL  
M. le Professeur Wolf BOHNE  
M. le Docteur Jean PASCAL  
Mme le Docteur Bénédicte ENKEL  
  
Directeur : M. le Professeur Olivier LABOUX

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Emilie JULIEN : 20 rue Félibien, 440000 NANTES.