

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2015

N°26

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Par

COHEN SEBAN Yaël

Née le 03 janvier 1991 à Mulhouse

**ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS PRECARISEES :
UNE EXPERIENCE DANS LE HAUT-RHIN**

Président : Professeur Anne-Marie MUSSET

Assesseurs : Docteur Sophie BAHY-GROSS

Docteur Michel FREYMANN

Docteur Damien OFFNER

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Marie Musset,

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail et de présider ce jury de thèse.
Ce fut un plaisir de travailler avec vous.
Merci pour votre enseignement et pour vos conseils, votre rigueur et votre aide qui m'ont permis d'avancer efficacement dans mon travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Corinne Taddei,

Vous avez su rester à mon écoute et avez rendu nos échanges francs et constructifs tout au long de mon cursus.
Vous avez toujours cru en moi et avez estimé à sa juste valeur mon plus fidèle engagement auprès de vous.
Votre soutien fut indéfectible dans tous nos projets communs.
Il n'est aujourd'hui de plus grand honneur pour moi de vous avoir côtoyé et d'avoir appris au travers de notre collaboration.
Veuillez croire en mes plus sincères sentiments de respect et d'amitié.

A Madame le Docteur Sophie Bahi-Gross,

Un apprentissage perpétuel en vous côtoyant.
Votre bonne humeur, votre sourire et votre gentillesse m'ont donné confiance et sérénité.
Vos conseils justes et avisés ont fait de vous un véritable modèle sur lequel s'appuyer.
Que la passion du métier que vous m'avez transmise vous anime encore de belles et longues années.

A Monsieur le Docteur Michel Freymann,

Merci d'avoir accepté si spontanément de faire partie de mon jury de thèse,
Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement et pour les nombreux conseils au
cours de ma formation clinique.

A Monsieur le Docteur Damien Offner,

Merci d'avoir si gentiment accepté de siéger dans ce jury.
Je vous remercie également pour votre bonne humeur et votre gentillesse appréciées de tous.
Votre enseignement et vos conseils m'ont permis d'évoluer en tant que clinicienne, et c'était
toujours un plaisir de travailler avec vous.

A Monsieur le Docteur Patrick Rosenbach,

Merci d'avoir accepté d'être mon maître de stage actif.
Vous m'avez transmis avec passion votre savoir et je vous en remercie.
J'espère être un jour un praticien aussi compétent et apprécié que vous.

A mon Richard,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble depuis 5 ans déjà.
Ton soutien, ta gentillesse et ton humour m'ont permis de toujours garder la tête haute.
Tu es toujours là pour me protéger ou me rassurer, et je t'en remercie.
Sans toi, rien n'aurait été pareil.
Je t'aime de tout mon cœur.

A mes parents,

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis ma plus tendre enfance,
Vous êtes des parents exceptionnels, et sans vous, je ne serai pas la personne que je suis
aujourd'hui.

Papa, tu es un exemple pour moi, un médecin dévoué et passionné, qui m'a transmis le goût
de l'effort et de la réussite.
Tu m'as accompagné à toutes mes rentrées scolaires depuis la maternelle et voilà maintenant
un deuxième Docteur Cohen Seban dans la famille !

Maman, tu es toujours là pour moi, tu me comprends, me réconfortes et me soutiens au
quotidien.
Je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi.
Tu es tout simplement une maman exceptionnelle et je suis consciente de la chance que j'ai
de t'avoir toujours à mes côtés.

Mille mercis pour tout, je n'aurai jamais pu réussir sans vous.

A mes grandes soeurs, Emmanuelle et Stéphanie

Merci de toujours veiller sur moi, et de me soutenir dans toutes les situations.
Vous êtes des grandes sœurs en or sur qui je peux toujours compter.
J'ai beaucoup de chance de vous avoir.
Emma, merci pour ta gentillesse et ton aide précieuse pour rédiger cette thèse.
Steph, merci pour ta joie de vivre et tes conseils au quotidien.

A mes beaux-parents, Linda et Roger,

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille comme si j'étais votre propre fille, de me gâter
et de me considérer comme une princesse.
Merci pour tout, je n'aurai pas pu mieux tomber.

A Simon,

Merci pour ton accueil chaleureux lors de mes séjours à Paris.
Ton sourire et ta bonne humeur sont toujours de la partie et je t'en remercie.

A Margot, Pauline et Chloé,

Parce que sans vous, ces années d'études n'auraient pas été pareilles.
5 années de rire, de joie, de soirées, de bonheur, mais aussi de stress, d'exams et j'en passe...
Bref on a tout partagé ensemble et tous ces moments passés avec vous, resteront gravés en moi à jamais.

Margot, mon inséparable, voilà presque 15 ans que l'on se connaît, et on en a parcouru du chemin ensemble depuis la 6^{ème} C...

Tu es une amie en or sur qui j'ai toujours pu compter.

Toujours de bonne humeur, souriante et partante pour tout, je te remercie pour tous ces bons moments passés ensemble.

On passait tout notre temps ensemble et maintenant chacune prend son chemin, je m'envole pour Paris, tu vas beaucoup me manquer, mais tu seras toujours la bienvenue, et qui sait, peut être qu'un jour tu me rejoindras dans la capitale...

Pauline, ou « Popo » pour les intimes, merci pour ta gentillesse et ton sourire au quotidien.

Tu es une amie extraordinaire, qui fait toujours passer le bonheur des autres avant le tien.

Tu as le cœur sur la main et je te remercie pour tous ces bons moments passés ensemble.

Chloé, on a partagé beaucoup de choses ensemble depuis la P1 et j'ai toujours pu compter sur toi.

Au fil de ces années, tu as su me conseiller et m'apaiser.

Merci pour ta gentillesse, ta générosité et tous ces bons moments passés ensemble.

A Léa,

Merci pour tes conseils avisés tout au long de mes études.

Tu as été pour moi un véritable coach, mais tu es avant tout une amie en or.

A Florie, Lucie, Camille, Bérénice et Clara,

Merci pour toutes ces belles années passées ensemble depuis le lycée.

Même si nous avons chacune pris notre envol dans des villes différentes, nous restons toujours présentes les uns pour les autres, et nos retrouvailles sont d'autant plus intenses.

A Solveig, Audrey, Pauline, Marion et Laurine,

Merci pour toutes ces belles années passées à Strasbourg grâce à vous.

Vous avez toujours été là pour moi, et vous avez partagé avec moi quelques uns des plus beaux moments de ma vie, pourvu qu'il y en ait encore beaucoup d'autres.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
I) Le renoncement aux soins	3
1) Définitions	3
2) Le renoncement dû aux problèmes financiers	4
3) Le renoncement dû aux inégalités sociales	7
a) Les facteurs sociologiques	7
b) Les facteurs sociodémographiques (âge, genre, statut économique et social)	8
c) Facteurs socio-professionnels	9
d) Facteurs psychosociaux	10
4) La peur du chirurgien-dentiste	10
II) Présentation d'Aléos	12
1) Historique	12
2) Patrimoine	12
3) Evolution du concept	15
4) Les différentes prestations	15
a) Le logement accompagné	15
b) Le logement transitoire	16
c) Autres prestations	17
d) Action médico-sociale	17
5) Les missions	17
6) Population	18
a) Type de population	18
b) La durée d'hébergement	19
c) Les problèmes de santé	20
d) Langues parlées	20
III) Questionnaire : Attitude par rapport à la santé bucco-dentaire	21
1) Matériel et méthode	21
2) Résultats	22
IV) Mise en place d'un programme de prévention dans les centres	27
1) Moyens mis en place	28
a) Diffusion d'une présentation powerpoint	28
b) L'animation d'ateliers	30
c) Distribution de brosses à dents et dentifrices	35
2) Attitude des résidents lors de mes différentes interventions	35
V) Discussion	40
1) De l'enquête	40
2) Du programme de prévention	50
3) Des perspectives d'avenir : une utopie ?	53
Conclusion	57
Bibliographie	65

INTRODUCTION

De nos jours, la santé bucco-dentaire des français est préoccupante et constitue un véritable sujet de santé publique.

En effet, selon le CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé), seule une personne sur trois a un bon état de santé bucco-dentaire.

Cette proportion passe à une sur cinq chez les personnes en situation de précarité.

Cela peut s'expliquer par différentes raisons, la principale étant le renoncement aux soins.

La notion de renoncement aux soins a émergé dans la sphère publique, véhiculée par les médias qui rendent compte de résultats d'études sur l'accès aux soins.

Elle fait habituellement référence aux difficultés d'une partie de la population à prendre en charge le coût des soins.

Pour améliorer la santé de tous les citoyens habitant en France, la Sécurité Sociale a été mise en place.

Cette Institution s'est donnée pour objectif la prévention, le suivi et l'accès aux soins, et a vite eu la réputation d'être la meilleure approche sanitaire au monde.

Mais, malgré la couverture de soins de base et la présence d'assurances complémentaires, le renoncement aux soins odontologiques est particulièrement marqué chez la population en situation de précarité.

L'objet de notre thèse a été de constater auprès d'une population en situation de précarité demeurant dans les résidences sociales Aléos (Association pour le Logement et l'Organisation des Soins) à Mulhouse, son état de santé bucco-dentaire et de répertorier les différents facteurs conduisant à un renoncement aux soins, dans cette cité historiquement ouvrière.

Ainsi, la question était de savoir comment améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité alors qu'elles ont tendance à minimiser l'importance des soins et à y renoncer?

Après avoir expliqué ce qu'est le renoncement aux soins, et en avoir développé les causes potentielles, qu'elles soient psychosociales, administratives ou financières sans minimiser la célèbre peur du dentiste, nous nous sommes proposés de réaliser une enquête auprès de 70 résidents des établissements Aléos afin de comprendre leurs habitudes bucco-dentaires.

Les informations récoltées via ce questionnaire ont permis de dresser un bilan et ainsi mettre en place un programme de prévention au sein des établissements Aléos.

I) Le renoncement aux soins

1) Définitions

Dans notre société, la santé est considérée comme un droit pour tous, mais malgré les moyens mis en place et les dispositifs pour faciliter l'accès aux soins, certaines personnes ne consultent pas ou décident de ne pas consulter ; on appelle ce phénomène le renoncement aux soins.

Le renoncement se définit comme « l'acte de renoncer, c'est à dire d'abandonner quelque chose, de décider de s'en passer. »

Il peut aussi désigner « le fait de cesser de penser à quelque chose, de ne plus le concevoir. » et être considéré comme quelque chose de négatif (le fait de baisser les bras) ou de positif (par exemple de renoncer au confort pour vivre une aventure.)

Le renoncement désigne donc le fait pour un patient conscient de ses pathologies de ne pas vouloir être soigné, ou de ne pas en avoir les moyens.

Dans notre domaine, nous considérons le renoncement aux soins comme un abandon. En effet, l'odontologie serait une des spécialités les plus touchées par ce phénomène. [1]

Il faut différencier le renoncement du refus.

On définit l'action de refuser par le fait « de rejeter, de ne pas accepter ce qui est offert, présenté, proposé.»

Le refus est donc un processus qui demande chez l'individu une réflexion moins importante. En effet, il est plus difficile de renoncer à quelque chose qu'on aurait pu ou aimé avoir mais qu'on ne se permet pas pour différentes raisons plutôt que de simplement le refuser.

Les causes du renoncement sont multiples, nous allons en développer quelques unes.

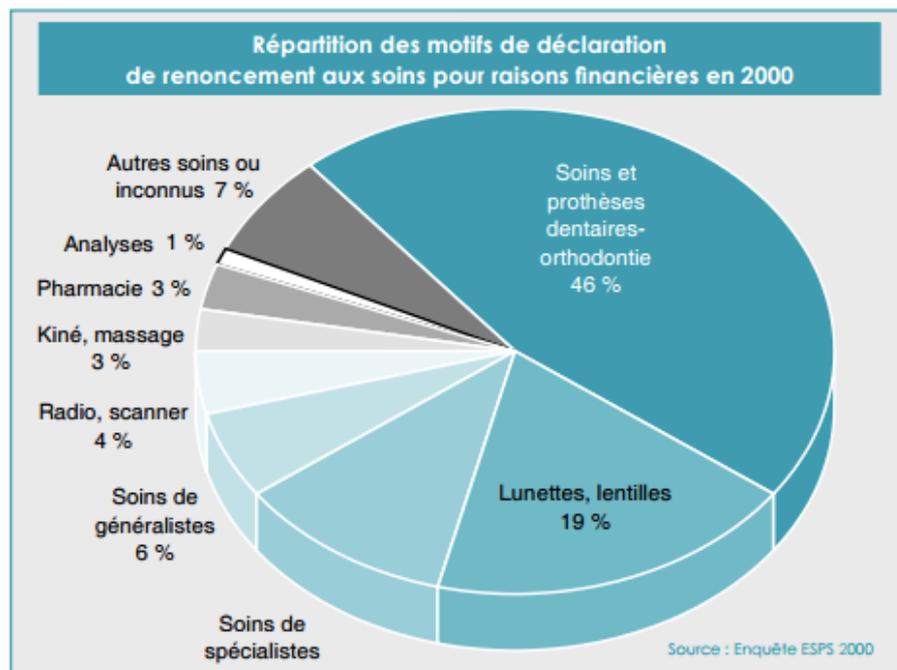
2) Le renoncement dû aux problèmes financiers

Les problèmes financiers sont une des causes du renoncement aux soins.

En effet, d'après une étude [2] de 2008, 15,4% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

De plus, un rapport du COME (Comité Odontologique Médical Européen) révèle que : « les soins dentaires sont de très loin ceux pour lesquels les personnes renoncent à faire appel pour des raisons financières ; ils se caractérisent par une prise en charge faible de l'assurance maladie. » [3]

Près de la moitié des renoncements, 46% en 2000 et 49% en 2004 concernent la santé bucco-dentaire (soins, prothèse, orthodontie).



Motifs de déclaration de renoncement aux soins pour des raisons financières [1]

Les gens à faibles revenus sont les premiers touchés par ce type de renoncement.

En effet, une étude de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) [1] montre que les ménages d'ouvriers non qualifiés renoncent 1,8 fois plus fréquemment pour des raisons financières que des ménages de cadres.

Le renoncement aux soins dû aux obstacles financiers est une réalité avec un pic pour des revenus compris entre 840 et 1000 euros par mois et surtout pour une tranche d'âge entre 20 et 40 ans.

Il faut cependant noter qu'en France, nous bénéficions d'un système de couverture sociale de base.

Dans le secteur dentaire, les soins conservateurs et chirurgicaux sont remboursés par la Sécurité Sociale (70%), alors que la prise en charge des actes prothétiques et des traitements d'orthopédie dento-faciale est plus faible (30%).

Dans ce cas, les mutuelles ou les assurances complémentaires remboursent une partie plus ou moins importante en fonction du contrat souscrit.

Le problème est les faibles prix fixés par la Sécurité Sociale.

Ils ne représentent que 35% du chiffre d'affaire d'un chirurgien dentiste alors que ces actes représentent plus de deux tiers de leurs activités.

Il y a de ce fait d'un côté des soins conservateurs peu chers et très bien remboursés par la Sécurité Sociale, et de l'autre des prothèses onéreuses et peu remboursées.

Une des solutions proposées par les syndicats de chirurgie dentaire pour favoriser l'accès aux soins serait d'une part d'augmenter la rémunération des soins conservateurs et préventifs et de l'autre, de limiter les dépassements d'honoraires sur la prothèse.

Depuis quelques années, ce système de couverture sociale s'est amélioré et plusieurs outils ont été mis en place, notamment pour les personnes en situation de précarité et dont le but est de réduire les inégalités de santé dues aux inégalités sociales.

C'est le cas de :

- la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)
- l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- l'Aide Complémentaire Santé (ACS)

La CMU de base, mise en place en 1999, permet d'être remboursé des dépenses de santé dans les mêmes conditions que les autres assurés.

Pour en bénéficier, il faut remplir trois conditions :

- résider en France de manière régulière ; c'est à dire avoir la nationalité française ou posséder un titre de séjour
- résider en France de manière stable ; c'est à dire vivre en France depuis au moins trois mois
- ne pas avoir droit à l'assurance maladie

En complément de la CMU, la CMUC a été mise en place ; elle permet la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé.

Pour y bénéficier, il faut comme pour la CMU, résider en France de manière régulière et stable mais aussi avoir des ressources inférieures à un plafond.

L'AME, quant à elle, prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie, pour les personnes résidant en France de manière irrégulière, c'est à dire sans titre de séjour.

Elle a été mise en place en 2000 par Bernard Kouchner et Martine Aubry.

L'ACS correspond à une aide financière pour payer la complémentaire de son choix.

Elle est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C.

Même si des outils existent pour palier à ce renoncement pour des raisons financières, un manque d'informations persiste.

En effet, 22 % des ménages de bénéficiaires de la CMU depuis plus d'un an déclarent encore avoir renoncé à au moins un soin dans les douze mois précédents. [4]

En outre, les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire (CMU-C) sont 32,8 % à renoncer, quand ceux protégés par une couverture privée sont 24,5 %. [5]

Une autre étude affirme que seulement 16,2% des personnes bénéficiant d'une complémentaire de santé privée renoncent aux soins alors que 41,4% n'ayant pas de complémentaires privés renoncent aux soins. (Source enquête de protection sociale 2012). Nous remarquons donc que la présence ou l'absence d'une couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières.

Malgré un système de santé performant en France, pour les populations les plus précaires, le renoncement peut également survenir dans le cadre de soins primaires.

Renoncer à des soins bucco-dentaires reviendrait pour partie à renoncer à une vie sociale car des conséquences psychiques peuvent survenir et altérer l'état moral d'une personne et donc la couper petit à petit de tout contact.

3) Le renoncement dû aux inégalités sociales

a) Les facteurs sociologiques

Plusieurs études montrent que dans l'ensemble de la population, les inégalités de santé bucco-dentaire sont souvent corrélées avec les inégalités sociales. [6]

Il a été démontré que « les renoncements aux soins pour les jeunes sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées (source enquête 2000 sur la santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans – URCAMIF) [7]

Une autre étude de Vincelet et coll [8] prouve que les personnes de faible niveau d'éducation ont présenté d'avantage de problèmes dentaires (18,1% contre 10,5% pour les personnes de niveau d'éducation supérieur) et que leurs niveaux de recours aux soins sont moindres (7,5% de recours curatifs contre 10,8% et 1,7% de recours préventifs contre 5,1%).

Il existe donc des inégalités sociales face à l'accès aux soins.

Cependant, pour expliquer ces inégalités, nous devons nous pencher sur les facteurs sociologiques impliqués en termes de santé.

b) Les facteurs sociodémographiques (âge, genre, statut économique et social)

L'état de santé d'une population dépend de plusieurs facteurs dits « déterminants »[9]. Ces déterminants de santé se retrouvent dans plusieurs domaines : démographique, écologique, biologique, socioculturel et sanitaire.

Bien que le facteur biologique semble le plus évident, le facteur social a aussi de l'importance dans la santé générale, et pas seulement au niveau buccodentaire.

Des études anglaises ont démontré que la classe sociale influe sur différents facteurs de santé tels que la mortalité, la morbidité mais également la santé buccale.

Un autre exemple est la maladie carieuse ; il existe des populations plus à risque, alors qu'elle devrait en théorie atteindre l'ensemble de la société. [10]

Cette pathologie dépend de plusieurs facteurs qui agissent lors de la phase de constitution de l'émail d'une dent ou de la composition de la salive avec une incidence sur la fréquence de la maladie carieuse selon que l'émail soit moins résistant ou que la quantité de salive soit moins importante. [11]

Or, il a été démontré que ce sont les populations précaires qui présentent le plus de caries. En effet, « les jeunes précaires totalisent un maximum de dents cariées (2,12 dents) suivis des Rmistes et des chômeurs (1,54 dents). Les cadres et les ouvriers qualifiés sont les mieux placés avec taux de dents cariées inférieur de 50% à la moyenne.» [12]

Par ailleurs, plusieurs auteurs [13] ont identifié quatre facteurs biologiques principaux dans l'apparition de la carie :

- l'alimentation
- le facteur biologique
- la personne : sa santé, la denture, la salive
- l'âge

A ces facteurs, s'ajoutent des facteurs extérieurs [14] :

- le facteur socio-économique
- le comportement face à l'hygiène bucco-dentaire
- le niveau d'éducation

On remarque donc que le facteur socio-économique ou encore l'éducation peuvent influencer sur l'alimentation, et donc sur l'apparition de caries.

En effet, l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, la consommation de produits fluorés et l'accès aux services de santé pour la prévention des caries varient selon la situation sociale. [15]

On constate donc que l'état de santé d'une population ne concerne pas que le domaine biologique et médical.

c) Facteurs socio-professionnels

Les catégories socio-professionnelles sont importantes à considérer dans cette démarche car elles regroupent des notions significatives comme :

- les comportements et caractéristiques culturels
- le niveau d'éducation
- le revenu
- le statut professionnel (stage, CDD, CDI ou retraité)

En effet, une étude [15] a montré que selon la catégorie socio-professionnelle, le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes non remplacées varie du simple (pour les cadres) au double (pour les ouvriers) (21% à 43%). Le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie quant à lui de 25,7% à 46,7%.

Une autre enquête [16] montre que les indices CAOD (dent cariée absente ou obturée) les plus élevés sont retrouvés parmi les ouvriers ou fils d'ouvriers et agriculteurs.

Les différences de comportement par rapport aux besoins de soins bucco-dentaires proviennent d'une perception différente soit de son utilité, des difficultés d'accès à la prévention, d'une diffusion incomplète des méthodes de prévention et d'une compliance¹ moindre aux traitements.

La culture et le niveau sociologique interviennent également dans ces différences de comportement face aux soins bucco-dentaires : on retrouve ici la démonstration de l'étude anglaise de Mickael WADSWORTH qui explique qu'un enfant sérieusement malade serait à l'âge adulte plus apte à suivre une trajectoire sociale descendante. On peut ainsi dire que dans ce cas, c'est l'état de santé qui influe sur la position sociale. [17]

d) Facteurs psychosociaux

Ils regroupent :

- le stress au quotidien
- la capacité à faire face aux difficultés de la vie
- la personnalité de chacun
- le soutien social
- l'appréhension des évènements de la vie

Au niveau de la variabilité des états de santé des individus, les déterminants sociaux ne se substituent pas aux facteurs biologiques dans le processus de la maladie, il s'agit d'une imbrication de facteurs. [9]

On ne peut donc pas dire quelle est la cause de tel ou tel état de santé, car l'homme est la somme de différents éléments qui définissent sa position dans la société.

4) La peur du chirurgien-dentiste

La peur du chirurgien-dentiste est une réalité et elle entraîne un renoncement aux soins.

Elle peut aller de la simple appréhension à la véritable phobie.

Selon l'étude Ifop/Air Liquide Santé France[18], 54% des français ressentent des craintes à l'idée de consulter leur chirurgien-dentiste, dont la principale est la peur de la douleur (46%), alors qu'il existe des techniques pour réduire la douleur tout en apaisant l'anxiété.

¹ précision avec laquelle un patient suit un plan de traitement convenu

Dans la majorité de cas, cette peur remonte à l'enfance, les plus âgés conservant le souvenir d'une mauvaise expérience (douleur, soins sous contrainte...) qu'ils transmettent souvent aux plus jeunes.

Tous les âges et tous les milieux socioculturels sont concernés par ce phénomène.

La peur du chirurgien-dentiste est une des raisons pour laquelle les individus ne veulent plus se rendre chez le chirurgien-dentiste et repoussent l'échéance pour aller consulter.

Le fait de repousser les consultations fait courir le risque de laisser d'éventuels problèmes s'aggraver. Pour autant, plus de la moitié des personnes éprouvant des craintes attendent qu'un problème devienne grave ou ennuyeux pour consulter.

Même en cas de fortes douleurs, 23,5% des sujets ne consultent pas et préfèrent user d'astuces, médicaments et autres moyens diverses, plutôt que de prendre rendez-vous. [19]

Comme nous avons pu le constater dans cette partie, le renoncement aux soins est un phénomène fréquent et plusieurs facteurs en sont à l'origine.

Dans cette thèse, le choix de réaliser une enquête au sein de populations logeant dans des résidences sociales a été fait afin d'effectuer dans un premier temps un état des lieux de leur santé bucco-dentaire, puis de mieux comprendre les raisons de ce renoncement pour tenter d'y palier.

II) Présentation d'Aléos

1) Historique

Fondée en 1951, l'association Aléos, initialement créée sous le nom Comité d'Action sociale Nord Africaine du Haut-Rhin (CASNAHR), était à l'origine destinée à accueillir la main d'œuvre recrutée à l'étranger ; cette dernière étant attirée par l'intense activité de reconstruction présente dans la région.

Entre les années 1956 et 1960, les premiers foyers furent construits à Huningue et à Cernay (68).

En 1966, l'association change de nom et devient le Comité haut-rhinois d'Action sociale en faveur des Travailleurs Migrants (COTRAMI) pour élargir son domaine de compétence.

En 1980, COTRAMI adhère à l'Union Nationale des Associations Gestionnaires de Foyers (UNAFO).

A partir de 1985, le public que constituent les travailleurs étrangers ne seront plus les seuls à pouvoir bénéficier de ces foyers. Pour diverses raisons, d'autres publics seront accueillis.

En 2001, pour son 50^{ème} anniversaire, l'association va à nouveau changer de nom et s'appeler ALEOS (= Association pour le Logement Et l'Organisation des Soins)

2) Patrimoine

Aléos est à la tête d'un patrimoine de 1700 logements, constitué pour la plupart de résidences sociales et de foyers ; ces logements sont regroupés dans le département du Haut-Rhin (68).

Voici la répartition des résidences par ville :

A **Mulhouse**, on trouve les résidences Vauban, les Cigognes, les Capucines, l'Ecluse, la Rochelle, les Romains et le Touring.

A **Illzach**, se situe le Ginkgo.

A **Ottmarsheim**, les Iris.

A **Riedisheim**, la résidence Albert-Schweitzer.

A **Saint-Louis**, la Région et le Rhône.

A **Cernay**, le Vieil-Armand.



Résidence l'Ecluse à Mulhouse (68)



Résidence la Rochelle à Mulhouse (68)

Ces résidences proposent différents types de prestations :

- des studios/chambres meublés
- appartements

avec une salle de détente commune et différents services proposés.



Une chambre à l'Ecluse



Espace cuisine à l'Ecluse

Les résidents payent en moyenne 299 à 499 euros par mois en fonction de la taille du logement.

Etant également détentrice de l'ensemble de ces logements, l'association se voit aussi confier la gestion, la maintenance mais aussi la rénovation de ce patrimoine.

Pour remplir à bien ses missions d'envergure et préserver la totalité de ces biens immobiliers, l'association a fait le choix de missionner une équipe entièrement dédiée à ce patrimoine.

L'accroissement de l'activité de l'association a engendré une organisation sur le modèle d'une véritable entreprise avec des missions d'utilité publique.

En effet, l'association compte à ce jour 83 salariés répartis dans les services suivants : social, gestion des résidences, administratif, médico-social.

3) Evolution du concept

L'accent a été donné en priorité au logement, puis, au fil des années, l'association s'est diversifiée et a élargi ses compétences.

En effet, en plus de la gestion des foyers, deux autres secteurs ont fait leur apparition :

- l'intervention sociale
- la santé

L'intervention sociale permet d'aider les résidents à faire leur demande d'accès aux droits par exemple.

Elle propose également des prestations extérieures pour le compte de bailleurs sociaux.

De plus, depuis 2011, l'association a un agrément de maîtrise d'ouvrage d'insertion (MOI), qui lui permet de bénéficier d'aides financières afin de renforcer les logements à bas loyer.

L'autre secteur que l'association développe est celui de la santé. En effet, après l'ouverture en 2011 d'une vingtaine de Lits halte soins santé (LHSS) pour des personnes sans domicile, à la sortie de leur hospitalisation ; un autre service a été mis en place : des appartements de coordination thérapeutique (ACT), pour des personnes ayant de nombreuses pathologies, qui sont en situation de précarité et dépendants pour les gestes de la vie quotidienne.

Enfin, une plate forme santé a été créée. Elle consiste à faire intervenir des infirmières dans les résidences, mais aussi dans d'autres associations telles que l'Armée du salut par exemple. Cela facilite l'accès aux soins pour les personnes hébergées.

4) Les différentes prestations

Aléos propose deux types de prestations, selon les besoins : le logement "accompagné" et le logement "transitoire".

a) Le logement accompagné

Le premier hébergement, le logement dit « accompagné » désigne un logement associé à un **accompagnement social de proximité**. Le but de ce type d'hébergement pour la personne qui y vit est de pouvoir être accompagnée et orientée vers un hébergement mais également

pouvoir recevoir des soins personnalisés selon son état de santé.

Avec des équipes de professionnels du secteur médico-social entre autres, des évaluations régulières sont établies selon les besoins de chaque résidant, réalisant ainsi une véritable interface avec les acteurs médicaux de proximité.

Un diagnostic étiologique et factuel est réalisé puis un projet de soins personnalisé est assuré pour définir avec le résidant les mesures appropriées.

En plus des concertations individuelles, des actions collectives à visée d'animation et d'intégration à la vie sociale sont menées pour permettre d'orienter les individus selon leurs besoins ainsi qu'en rapport avec le niveau de compréhension ou d'adhésion à ces propositions de soins ou d'accompagnement social.

A noter que plus les besoins d'une personne sont importants, plus l'accompagnement est personnalisé et donc adapté, c'est la raison pour laquelle d'importants moyens humains sont nécessaires.

b) Le logement transitoire

Le second hébergement, le logement dit « transitoire » désigne un logement destiné à une personne qui a pour objectif une insertion progressive dans la vie active.

Un accompagnement spécifique est apporté pour que ces résidants appréhendent au mieux le milieu professionnel.

Pour se faire, des moyens humains importants sont là aussi mobilisés afin de répondre autant que possible aux attentes de chacun et leur assurer une insertion dans la vie active.

Toute personne souhaitant trouver une activité professionnelle se voit attribuer un travailleur social référent, véritable conseiller qui le suivra et l'orientera tout au long de son parcours, depuis le début de ses recherches jusqu'à l'obtention d'un travail.

Ainsi, plus que de simples échanges, s'instaurent de véritables relations d'écoute et de soutien entre les responsables de sites et les candidats aux dispositifs mis en place pour l'insertion professionnelle (par exemple le « Centre d'Hébergement et de Réinsertion Social », le « Centre Provisoire d'Hébergement » ou encore les « places de stabilisation »).

Tout ici est mis en oeuvre pour garantir une bonne intégration dans la vie sociale des personnes et cela passe en partie pour un accès au logement.

c) Autres prestations

D'autres prestations sont proposées par l'association Aléos, selon les caractéristiques des prestataires demandeurs :

- le « Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale » pour les familles
- le « Centre Provisoire d'Hebergement » pour les familles réfugiées politiques
- les mesures « d'Accompagnement Social lié au logement »
- les actions de « Maitrise d'œuvre Urbaine sociale »

d) Action médico-sociale

Les équipes médico-sociales ont également pour objectif la prise en charge optimale de l'état de santé de populations fragilisées en favorisant surtout la prévention afin d'améliorer leur intégration sociale.

A ce jour, ils proposent les services suivants :

- les Lits Halte Soins Santé (LHSS)
- la Plateforme santé
- les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

5) Les missions

Voici les principales missions d'Aléos [20]:

- accueillir des personnes en difficulté : des travailleurs immigrés âgés ou des jeunes ayant des faibles revenus
- loger de manière conviviale des personnes seules en organisant un espace social propice aux animations et à la prévention
- accompagner de façon personnalisée des sujets présentant des difficultés culturelles et administratives
- insérer en donnant les outils ad hoc pour une meilleure intégration

6) Population

a) Type de population

Au sein des foyers d'hébergement, plus de 27 nationalités cohabitent ensemble.

L'origine de la population est surtout nord africaine, marocaine, algérienne, tunisienne et aussi sub-saharienne.

La composition de la population varie suivant les classes d'âge.

L'association Aléos a été confrontée à un double problème concernant ses résidents : le **vieillessement** et la **précarisation**.

Tout d'abord, un vieillissement des travailleurs immigrés, initialement accueillis pour la durée de leurs activités en France et qui sont finalement restés du fait de leur adaptation locale et des difficultés à partager la vie sociale dans leur pays d'origine.

D'autre part, la précarisation due à la crise économique actuelle et à la dégradation du marché du travail.

Actuellement, les travailleurs immigrés retraités, les *Chibanis*, terme respectueux pour qualifier les personnes âgées nord africaines, représentent environ un tiers des résidents de l'association Aléos.

C'est une population âgée dont la moyenne d'âge est de 76 ans, voire très âgée, certains résidents ont plus de 85 ans.

En effet, un recensement récent a compté 210 personnes ayant plus de 70 ans et 55 personnes âgées de plus de 80 ans.

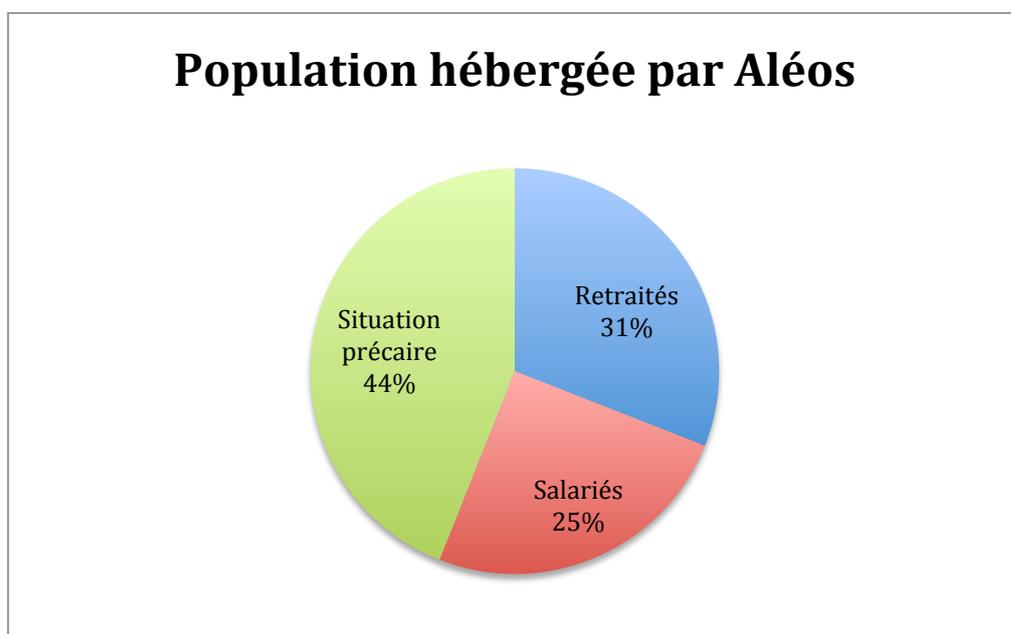
Ces personnes de plus en plus dépendantes pour les activités de la vie quotidienne souffrent d'affections chroniques.

Elles se rassemblent en communauté pour retrouver une ambiance collective rassurante, partagent leurs repas en utilisant une cuisine commune, et n'envisagent plus de changer de cadre de vie.

L'autre caractéristique liée à la crise économique depuis les années 90 est la forte proportion des résidents en situation précaire : chômeurs, bénéficiaires du RSA et de l'allocation adulte handicapé (AAH).

Ces trois catégories représentent 44% des résidents en 2013.

Le nombre de résidents actifs, notamment salariés a diminué pour atteindre 25% en 2013.



Cette précarisation de l'emploi constitue un frein à la mobilité. La situation est de plus en plus critique pour les personnes sans qualification.

Ces personnes sont obligées de demeurer plus longtemps, car leurs ressources financières ne leur permettent pas de vivre ailleurs.

Les travailleurs âgés ont souvent de faibles retraites complétées par des aides sociales pour atteindre le minimum vieillesse.

Les femmes représentent 20% de la population, et les hommes 80%, sans trop de problèmes de promiscuité.

b) La durée d'hébergement

Elle est prévue contractuellement pour la période de travail salarié mais les résidents restent plus longtemps, même durant leur retraite.

Ils maintiennent la location de leurs studios, et font de fréquents allers retours dans leur pays d'origine.

c) Les problèmes de santé

Les problèmes de santé les plus souvent rencontrés sont :

- problèmes ostéo-articulaires sous forme de poly-arthralgies, ostéoporose et rachialgies
- problèmes cardio-vasculaires du fait de nombreux facteurs de risques comme le tabagisme, hypertension artérielle et myocardopathies
- problèmes métaboliques : diabète de type II non insulino-dépendant du fait de non respect des règles diététiques de base
- problèmes neurologiques sous forme d'atteintes radiculaires rachidiennes et l'apparition d'atteintes neuro-dégénératives liées à l'âge
- problèmes dermatologiques d'origine immuno-allergique

d) Langues parlées

Les résidents s'expriment et comprennent le français utilitaire. La plupart savent lire et écrire de façon élémentaire.

Ils s'expriment entre eux avec leur idiome maternel, surtout l'arabe dialectal, le portugais, le serbe, le roumain et l'espagnol.



III) Questionnaire : Attitude par rapport à la santé bucco-dentaire

1) Matériel et méthode

Un questionnaire à réponses ouvertes a été utilisé portant sur dix items pour décrire leur approche concernant les soins dentaires.

L'objectif du questionnaire était de comprendre les relations parfois fragiles entre chirurgiens-dentistes et patients, de saisir les obstacles à un suivi optimal et d'améliorer la prise en charge ultérieure de ces patients.

Ce questionnaire est consultable dans la rubrique « pièce annexe ». (Annexe 1 p 58)

Le questionnaire a été soumis à une population d'immigrés d'Afrique du Nord en situation de précarité et résidants au sein des foyers Aléos de Mulhouse et environs.

Le panel représentatif de cette population a concerné selon les dates d'intervention, toutes les facettes des personnes admises au sein des institutions : personnes âgées retraitées immigrées, jeunes en situation de précarité à la recherche d'emploi, salariés à revenus modestes.

A noter que la proportion de population féminine hébergée dans ces établissements est très faible pour des raisons familiales et/ou sociales.

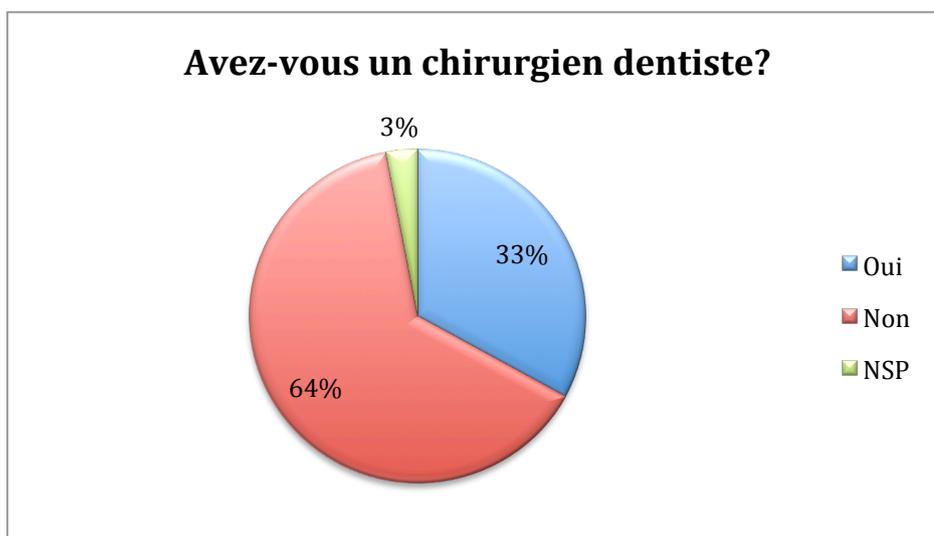
Pour recueillir les réponses, une méthode semi-directive a été utilisée, permettant une liberté de parole dans un cadre relativement strict.

Le questionnaire s'est déroulé au sein des établissements Aléos, sur plusieurs jours, à savoir les vendredis 16 janvier 2015, 30 janvier 2015 et le lundi 9 février 2015.

Ces dates ont été choisies selon la convenance de l'auditoire recherché et la disponibilité du personnel d'encadrement de ces établissements.

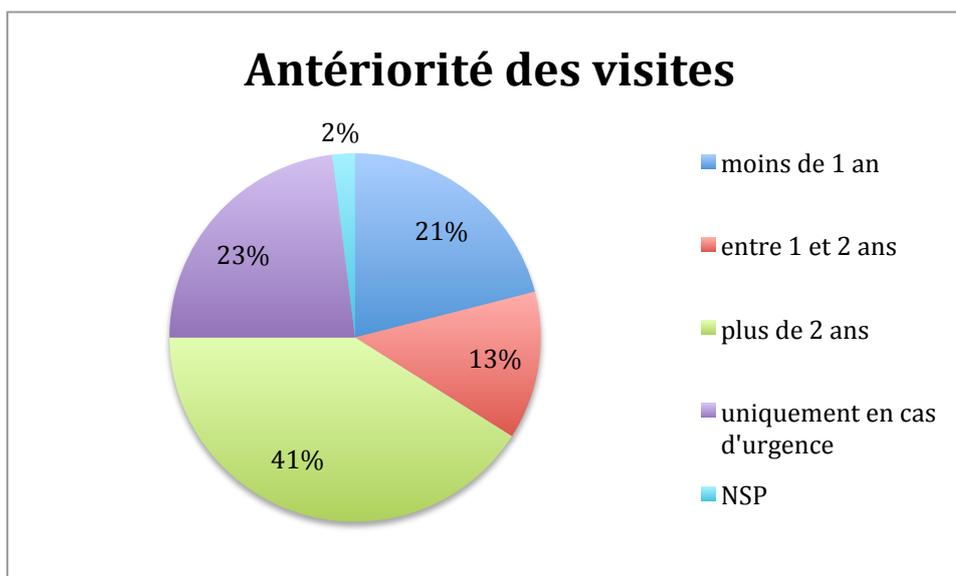
2) Résultats

La première question concerne la fréquentation ou non d'un chirurgien dentiste par cette population.



Nous constatons que 2/3 de cette population reconnaît l'absence de chirurgien dentiste attiré ; d'où le questionnement sur la pertinence d'un suivi régulier concernant leur santé bucco-dentaire.

La deuxième question concerne l'antériorité de la dernière visite chez un chirurgien-dentiste.

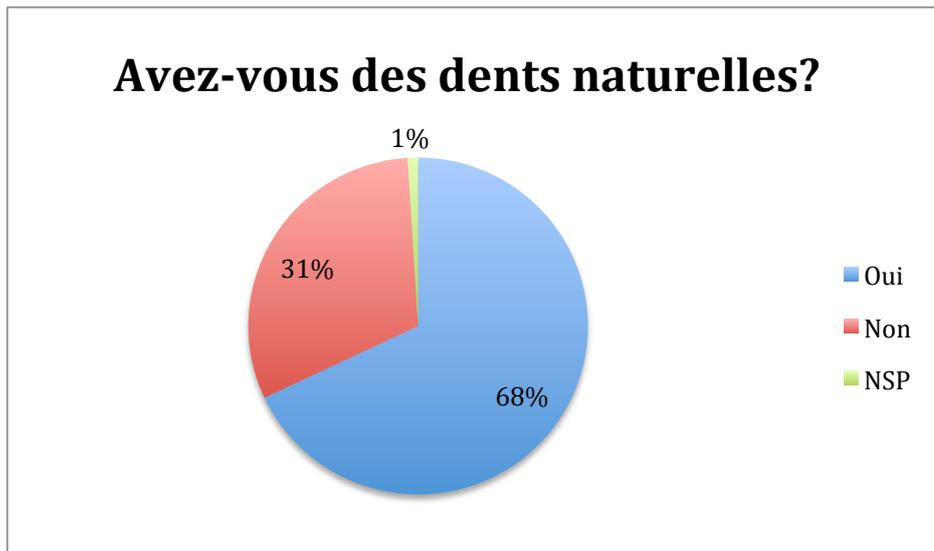


Si nous avons été agréablement surpris par le fait que 21% de la population étudiée a consulté leur chirurgien dentiste dans l'année, nous remarquons quand même que 64% ne l'a pas sollicité depuis plus de 2 ans ou uniquement en cas d'urgence.

La troisième question concerne la fréquence optimale selon eux de consultation chez un chirurgien-dentiste.

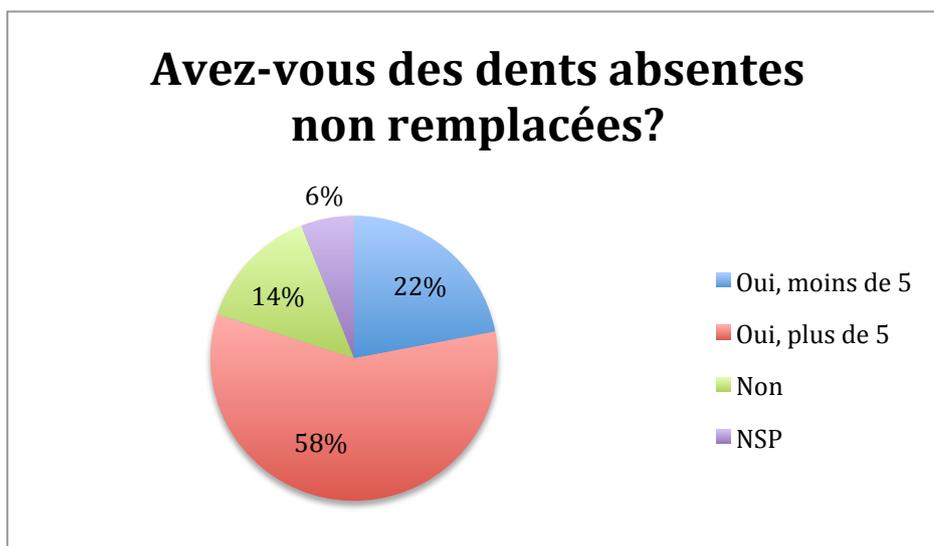
En théorie et dans l'absolu, ils reconnaissent tous que la meilleure fréquence se situe idéalement entre 3 et 6 mois.

La quatrième question concerne la possession de prothèse dentaire ou de dents naturelles.



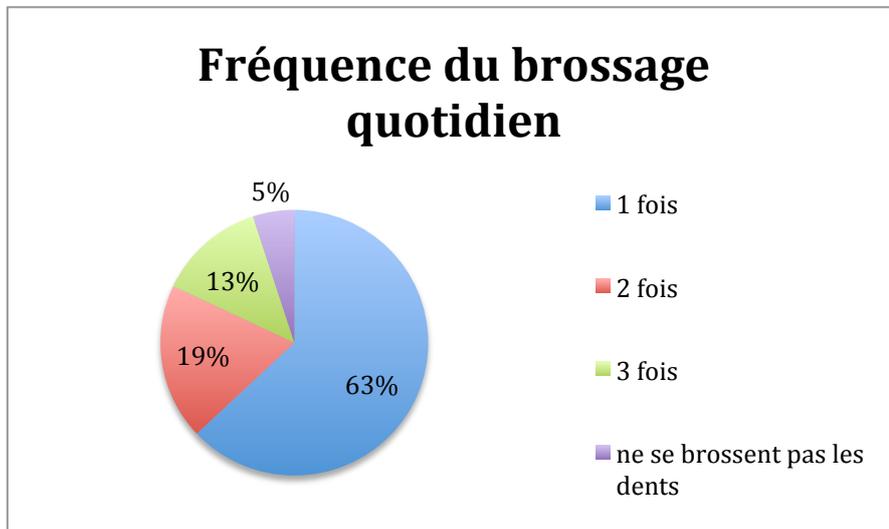
2/3 de la population a encore des dents naturelles, l'autre tiers possède des prothèses dentaires plus ou moins adaptées.

La cinquième question porte sur la présence de dents absentes non remplacées, c'est à dire sans prothèse.



Nous remarquons que 80% de la population évaluée a des dents absentes non remplacées avec une proportion conséquente de 58% qui a plus de 5 dents absentes non remplacées.

La sixième question vise la fréquence quotidienne du brossage des dents.



La majorité des personnes questionnées reconnaît ne se brosser les dents qu'une fois par jour.

La septième question concerne la présence de symptomatologie fonctionnelle dentaire (douleurs, gênes, sensibilité)



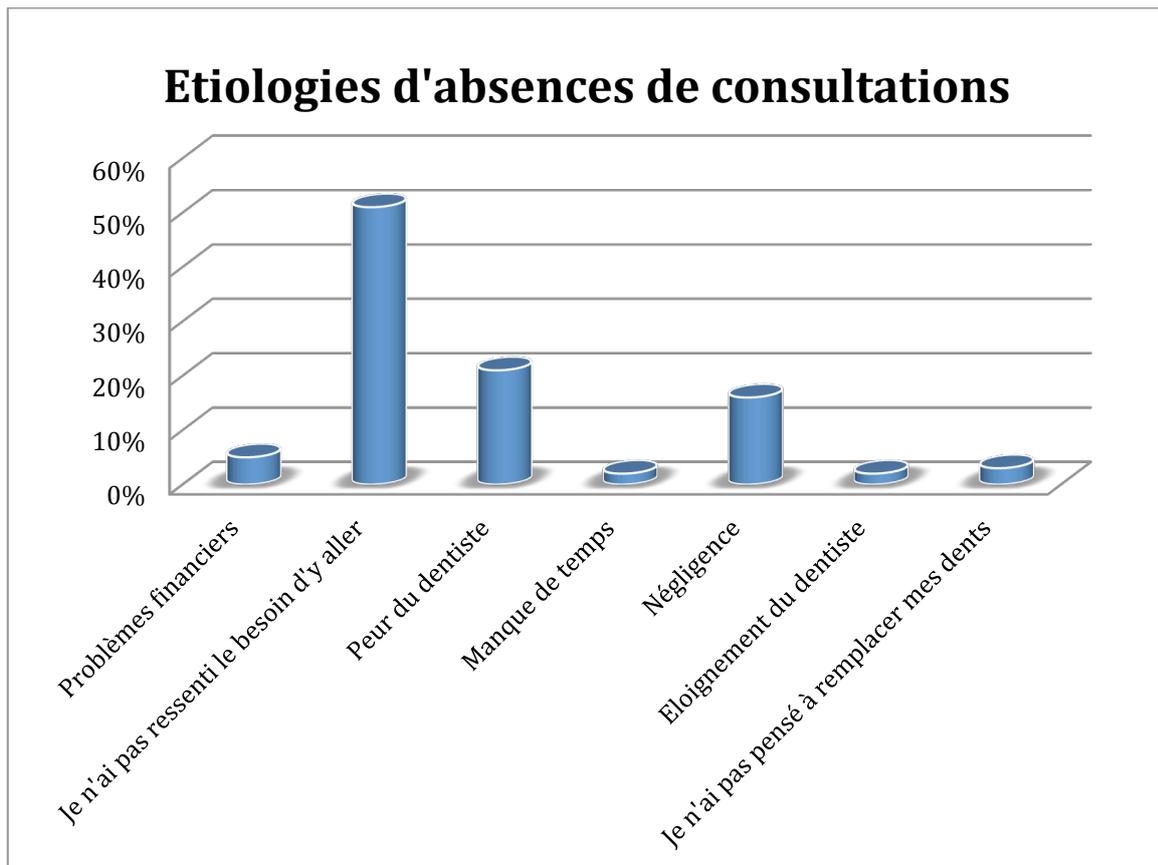
Nous constatons que la grande majorité des résidents ne ressent pas de problèmes dentaires.

La huitième question offre une possibilité de réponse aux résidents, sur les moyens pour remédier à ces problèmes dentaires.

74% de la population n'exprime aucune solution spontanée personnelle pour atténuer la symptomatologie ressentie ou pas.

Le reste envisage la possibilité de recourir plus fréquemment à un chirurgien-dentiste.

La neuvième question aborde les étiologies de non consultation.



Nous constatons, contrairement aux idées reçues que les motifs de non consultation sont moins liés à des problèmes financiers qu'à l'absence de besoin d'y recourir.

La dernière question évoque les solutions possibles pour remédier à l'absence de consultations.

- a) Ils sont relativement bien informés sur les possibilités de remboursement soit par la CPAM soit par les complémentaires.
- b) La majorité ignore les conséquences somatiques potentiellement graves d'origine dentaire
- c) Une grande proportion ignore l'étendue des possibilités d'antalgies actuelles pour éliminer la mémoire de la douleur.
- d) Le rôle et la fonction de l'infirmière référente est bien perçue pour l'accès aux soins
→ prise de rendez vous chez le chirurgien-dentiste
- e) Ils oublient d'honorer leurs rendez-vous chez le chirurgien-dentiste, bien qu'ils soient notés dans le dossier médical
- f) L'infirmière référente est très présente au sein du foyer, mais les résidents ne la sollicitent pas beaucoup pour les rendez-vous dentaires
- g) Ils n'ont pas été informés de la possibilité de remplacer les dents absentes, ils ne l'ont pas compris, ou ils n'en ont pas les moyens.

IV) Mise en place d'un programme de prévention dans les centres

La prévention bucco-dentaire est une priorité de santé publique. En effet, de nos jours, 2 français sur 10 ne vont jamais chez le chirurgien-dentiste.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on distingue quatre types de prévention [21] :

- la prévention primaire : ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme ; elle permet la réduction de l'incidence d'une pathologie
- la prévention secondaire : ensemble des mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès; elle permet la réduction de la prévalence d'une maladie.
- la prévention tertiaire : ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, les complications ou les séquelles ; elle permet la réduction des conséquences d'une maladie.
- la prévention quaternaire : désigne l'ensemble des soins palliatifs et consiste en l'accompagnement de la personne en fin de vie.

Dans ce cas précis, nous avons effectué des interventions de type "prévention primaire". Les séances se sont déroulées au sein des foyers Aléos, et étaient à destination des résidents. Notre but était d'agir sur ces personnes en situation de précarité afin de les informer et de réduire leurs risques carieux.

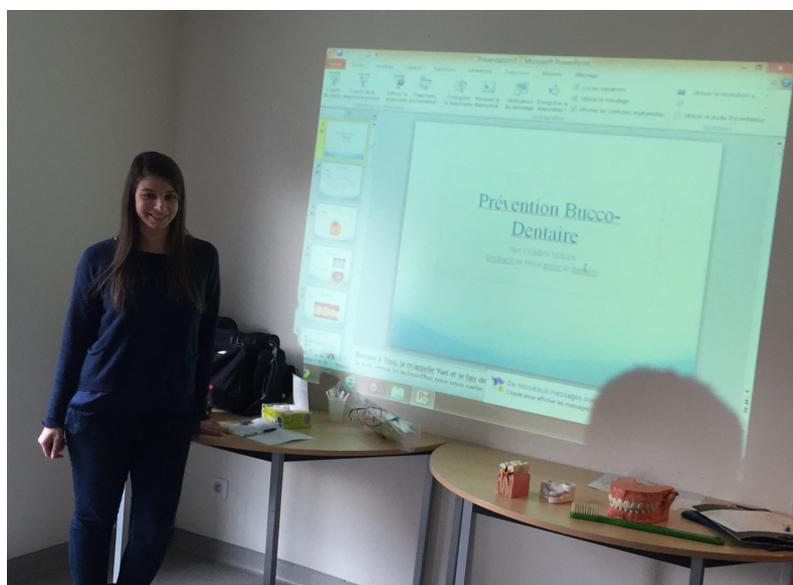
Pour avertir les résidents de ma venue, l'infirmière diplômée d'Etat, coordinatrice de santé Aléos, Mme Christelle TAVOLIERI avait accroché des affiches au sein du foyer (dans le hall d'entrée, à l'étage où se trouvent les chambres...)



1) Moyens mis en place

a) Diffusion d'une présentation powerpoint

J'ai réalisé un support powerpoint illustré par des photos afin d'expliquer aux résidents les bases de la santé bucco-dentaire.



La première partie était dédiée à la description générale des dents :

- leur anatomie
- leurs noms et le nombre
- leur rôle



Exemple d'une diapositive présentée

La seconde partie était consacrée aux pathologies dentaires :

- Qu'est ce qu'une carie ?
- Comment se forme t-elle ?
- Comment se développe une carie ?
- Quelles sont les complications de la carie dentaire ?

J'ai particulièrement insisté sur la prévention de la carie dentaire.

En effet, je leur ai expliqué qu'il était indispensable de se brosser les dents afin d'éviter leur apparition.

Nous avons également abordé le sujet de l'alimentation, et leur ai expliqué quels étaient les aliments à favoriser.

Nous avons aussi traité le sujet du fluor (son rôle et où le trouver).

Pour finir, j'ai évoqué l'importance des visites régulières chez le chirurgien-dentiste, même en l'absence de douleurs.

En effet, le chirurgien-dentiste donne des conseils adaptés à chacun, il prescrit du fluor si nécessaire, il contrôle les dents, il enlève le tartre, et il soigne les dents.

b) L'animation d'ateliers

Après la théorie expliquée, il fallait passer à la pratique des bons gestes à adopter. J'ai donc mis en place et animé différents ateliers.



Matériel utilisé pour les ateliers

❖ Atelier brossage des dents

Le but de cet atelier était d'expliquer aux résidents une méthode de brossage efficace. Pour cela, nous avons utilisé une maxi-mâchoire et une maxi-brosse.

Dans un premier temps, je leur ai demandé pourquoi il était important de se brosser les dents, à quel moment doit-on se les brosser, et quel type de brosse à dent à choisir.

Puis j'ai demandé à un résident de me faire une démonstration de brossage sur la mâchoire géante.



Démonstration d'une résidente au foyer les Romains



Démonstration d'un résident au foyer la Rochelle

Ensuite, je l'ai corrigé et ai expliqué à tous :

- le mouvement de base de la brosse à dents : de la gencive vers la dent
- qu'il faut commencer au fond sur les molaires
- qu'il faut faire le tour de l'arcade dentaire à l'extérieur puis à l'intérieur
- que le brossage des dents doit durer 3 minutes et être réalisé 3 fois par jour.

Enfin, j'ai insisté sur le brossage du soir après lequel il ne faut plus rien manger, ni boire.

La fiche de l'atelier sera disponible en annexe, page 59.

❖ Atelier rôle des acides

Le but de cet atelier était d'expliquer le rôle des acides de la plaque dentaire dans l'apparition des caries dentaires.

Pour cela, nous avons utilisé une craie, une assiette en carton, une pipette, du vinaigre blanc.

Comme pour l'atelier précédent, il y avait d'abord une première phase de questions/réponses avec les résidents :

- qu'est ce qu'un acide ?
- pensez-vous que notre salive peut être parfois acide ?
- savez-vous quel effet peut avoir une salive acide sur nos dents ?

Puis, j'ai réalisé une démonstration en posant une craie sur une assiette en carton. J'ai déposé une goutte de vinaigre sur la craie. Un bouillonnement s'est produit, et j'ai recommencé à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'un trou se forme dans la craie.

Ensuite, un échange avec les résidents a eu lieu :

- qu'avez vous constaté ?
- pouvez-vous faire une comparaison avec ce qui se passe dans votre bouche ?
- pourquoi notre salive est-elle parfois acide ?
- que va t'il se passer si de l'acide entre en contact avec vos dents ?
- comment puis-je faire pour ne pas avoir une salive acide ?

Pour conclure, je leur ai expliqué le mécanisme.

Ainsi, ne pas avoir une salive acide et donc éviter d'avoir des caries ; il faut :

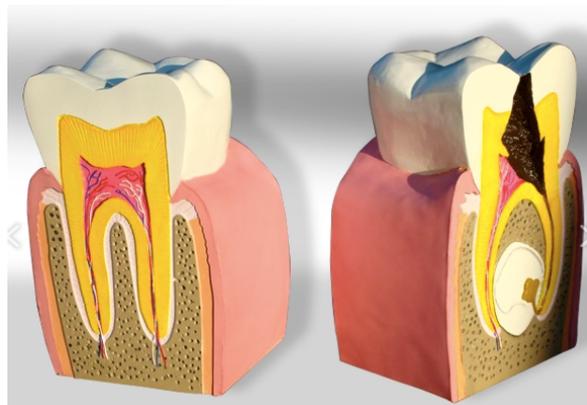
- limiter les prises alimentaires sucrées
- se brosser les dents (le dentifrice neutralise l'acidité de la salive)

La fiche de l'atelier sera disponible en annexe, page 60.

❖ Atelier histoire d'une dent

Le but de l'atelier était de faire comprendre aux résidents que la carie est une maladie évolutive et que l'évolution peut être stoppée grâce à des soins prodigués par le chirurgien-dentiste.

Le matériel utilisé était une dent géante, et des photos de dents à différents stades de carie dentaire.



Dans un premier temps, nous avons dialogué avec les résidents :

- Est ce que vous savez ce qu'est une carie dentaire ?
- De quelle couleur est une carie dentaire ?
- Comment apparaît-elle ?
- Comment évolue une petite carie ?
- Que devient une carie moyenne si elle n'est pas soignée ?

Puis, j'ai présenté différentes couronnes aux résidents (couronne saine et propre, couronne saine et recouverte de plaque dentaire, couronne ave petite carie, couronne ave carie moyenne...)

J'ai placé les couronnes en désordre sur la table et ai demandé aux résidents de les ranger par ordre chronologique.

Lorsque tout le monde était d'accord sur l'ordre, je leur ai demandé d'expliquer leur choix. En cas d'erreurs, je corrigeais.

Pour conclure je leur ai expliqué que la carie dentaire est une maladie qui évolue et qui provoque la destruction de la dent.

Une fois la carie installée sur une dent, il faut la faire soigner.

Les petites caries ne provoquent pas de douleurs aux dents alors que les grosses caries sont très douloureuses.

A chaque stade de la carie, le chirurgien-dentiste peut soigner la dent et arrêter l'évolution de celle-ci, mais si elle est vraiment trop importante, le chirurgien-dentiste sera obligé d'extraire la dent.

J'ai bien entendu insisté sur l'importance des soins dentaires précoces et des visites régulières chez le chirurgien-dentiste, d'où l'intérêt de la **prévention**.

La fiche de l'atelier sera disponible en annexe, page 61.

❖ Atelier photolange

Le but de l'atelier était de faire comprendre aux résidents l'importance de l'alimentation dans la bonne santé dentaire et du danger des boissons sucrées.

Pour cela, j'ai utilisé des photos de bouches saines, de bouches avec des dents cariées et des photos de différents aliments et boissons.

Le principe était de faire un tas avec toutes les photos d'aliments, puis de poser sur la table des photos avec des dents saines et des dents cariées.

Il fallait ensuite que les résidents regroupent les photos de dents saines sur un tas et les photos de dents cariées sur un autre.

Ensuite, chacun des résidents à son tour, tirait à son tour une carte aliment et la posait à côté de la photo des dents saines s'il pensait que l'aliment était « mauvais pour les dents. »

J'ai insisté sur l'argument fréquence de consommation. En effet, un verre de coca une fois par semaine n'est pas nocif.

La fréquence des prises est très cariogène, car à chaque prise d'aliment sucré, on observe une chute de pH de la salive, et celui ci ne remonte pas en cas de prises fréquentes.

Prendre une sucrerie en dessert est donc moins délétère qu'une prise sucrée plus tard dans la journée.

J'ai également insisté sur l'argument brossage.

En conclusion, je leur ai expliqué qu'il fallait faire attention aux boissons sucrées car celles ci provoquent des caries en cas de consommation trop fréquente.

Attention également aux gâteaux, bonbons et sucreries consommés avec excès.

Il faut varier son alimentation, et penser à se brosser les dents après chaque repas.

La fiche de l'atelier sera disponible en annexe, page 62.

c) Distribution de brosses à dents et dentifrices

Le brossage des dents étant la pierre angulaire du programme de prévention, je suis donc venue munie de brosses à dents et d'échantillons de dentifrices pour les résidents grâce à la générosité de deux laboratoires (Pierre Fabre et Gaba).

Ces personnes étant en situation de précarité avancée, n'ont pas forcément les moyens de s'acheter ces éléments de base.

Ils étaient ravis de cette distribution ; celle-ci les a motivé à vouloir mettre en pratique les conseils prodigués lors de mon intervention.



2) Attitude des résidents lors de mes différentes interventions

➤ Ma première intervention :

Elle a eu lieu le 16 janvier 2015 à la résidence "l'Ecluse" de Mulhouse (68) dans une salle de réunion avec un accueil café.

Lorsque je suis arrivée à 9h, la pièce était vide, à mon grand étonnement. Personne n'avait répondu présent et ce, malgré les affiches que l'assistante sociale de l'établissement, Mme Tavolieri, avait placardées dans la résidence pour informer les résidents de ma venue.

Je compris plus tard que l'horaire qui avait été fixé était trop matinal pour eux. En effet, ces personnes sont peu habituées à des impératifs horaires, surtout en début de journée.

Pour inciter les gens à venir, l'assistante sociale a alors passé des annonces au micro à destination des résidents, ce qui a porté ses fruits puisqu'ils sont arrivés progressivement.

Ce jour là, une quinzaine de personnes, uniquement constituées d'hommes d'une cinquantaine d'années, étaient présents. Cela représentait 15% des résidents total; un taux de participation tout à fait correct selon moi.

Au début, ils n'ont pas caché leur surprise quant à ma présence et ils ignoraient l'objet de ma venue mais je leur ai rapidement expliqué les raisons et le but de ma démarche.

J'ai alors commencé ma présentation Powerpoint mais ils ne la regardaient pas beaucoup car peu maîtrisaient le français.

Ils ne participaient pas mais étaient attentifs à ce que je leur expliquais. J'ai insisté en particulier sur le fait que les problèmes dentaires pouvaient entraîner d'autres problèmes de santé.

Ils ont petit à petit commencé à participer lors des ateliers et au fur et à mesure, une relation de confiance s'est instaurée.

A la fin des ateliers, ils étaient demandeurs d'échantillons. Je leur ai distribué à chacun une brosse à dent et un dentifrice. J'ai jugé utile de laisser également un stock à l'infirmière coordinatrice afin qu'elle puisse les distribuer aux résidents absents.

Avant mon départ, certains sont venus discuter avec moi ou me demander des conseils. C'est à ce moment précis que je me suis sentie utile et que j'ai réalisé que mon intervention avait porté ses fruits.

➤ Ma deuxième intervention :

Elle a eu lieu le 30 janvier à la résidence "la Rochelle" à Mulhouse (68).

Cette fois-ci, je m'y suis rendue à une heure plus tardive que la première fois, vers 10h. J'avais tenu compte de mon expérience précédente et de l'horaire trop matinal pour les résidents.

La Résidence "la Rochelle" a elle récemment été rénovée. La population de ce foyer est plus jeune que celle de "l'Ecluse".

Mme TAVOLIERI avait une fois encore mis en place une campagne d'affichage pour avertir de ma venue.

Cette séance était tout à fait différente de la précédente.

En effet, les résidents participaient bien plus, et ce, même pendant ma présentation Powerpoint. Ils étaient actifs, répondaient aux questions et essayaient même de deviner la suite de mes propos.

J'ai senti que le sujet les intéressait et que ma venue leur était bénéfique. Ils m'ont posé de nombreuses questions et étaient demandeurs de conseils.



Un résident m'a par exemple demandé quel type d'appareil il pouvait porter pour remplacer ses dents absentes. Je lui ai ainsi expliqué les différentes possibilités thérapeutiques qui s'offraient à lui.

Le public présent était également très actif durant les ateliers pratiques.

L'atelier "brossage des dents" a très bien fonctionné. Tous étaient volontaires pour montrer la manière dont il faut se brosser les dents.

L'atelier photolange leur a lui aussi, beaucoup plu. Conscients que les sucreries sont cariogènes, ils étaient en revanche surpris d'apprendre que les matières grasses le sont également.

A la fin de ma séance de prévention, je leur ai distribué des échantillons, qu'ils étaient ravis de recevoir.

Nous avons dialogué sur la santé bucco-dentaire et j'ai notamment insisté sur le fait qu'une bonne hygiène dentaire favorise l'aisance sociale. Il est donc important d'avoir un beau sourire et une bonne haleine !

J'ai bien entendu orienté mon discours en fonction de la population (en l'occurrence jeune) que j'avais en face de moi.

Les résidents m'ont remercié de mon intervention. Ils étaient contents d'avoir appris les bons gestes en santé dentaire et furent reconnaissants à mon égard.

➤ Ma troisième intervention :

Cette rencontre s'est déroulée le 9 février 2015 cette fois encore à la Résidence "Les Romains" à Mulhouse (68).

Le groupe de résidents présent était moins homogène (il y avait des jeunes et des moins jeunes) et nombreuses étaient les personnes présentes.

Cela s'explique par le fait que cette résidence accueille de multiples actions de santé tout au long de l'année.

Suivant les conseils de l'assistante sociale, j'ai réalisé ma présentation dans le hall d'accueil du foyer pour favoriser ainsi la venue des résidents et susciter leur curiosité.

Les résidents étaient une fois encore particulièrement attentifs à mes explications et ont participé de manière active à chacun des ateliers.

Ils m'ont montré leur intérêt en posant de nombreuses questions et m'ont sollicité pour leur prodiguer des conseils.

Bien évidemment, ils étaient là aussi, demandeurs et ravis de recevoir des échantillons.



V) Discussion

1) De l'enquête

La première question de notre étude portait sur le fait de savoir si les personnes interrogées ont un chirurgien-dentiste référent.

Il en ressort que 64% des résidents n'en ont pas car ils estiment ressentir une situation de désocialisation ancrée sur plusieurs années depuis leur installation en France.

Leur priorité est, pour la plupart d'entre eux, portée sur la satisfaction de besoins élémentaires (nourriture, habillement, transport) en raison de leurs faibles revenus.

Cette situation est renforcée par un sentiment de solitude et un cadre familial altéré.

En effet, nous avons pu constater que les résidents des établissements Aléos sont soit célibataires, divorcés ou veufs.

Selon E.Cadot, J. Gueguen et A.Spira [22], l'intégration sociale ne doit pas être négligée dans le renoncement aux soins. Leur étude traite le renoncement aux soins d'une population parisienne et démontre que le renoncement est plus fréquent chez les personnes vivant seules.

Et lorsqu'ils entreprennent enfin la démarche de prise en charge de soins dentaires, des difficultés d'approche apparaissent.

En effet, selon les dires des résidents, ils se sentent la plupart du temps déconsidérés lors des soins effectués par le chirurgien-dentiste ou le médecin. Cela est dû à leur vécu familial, tant dans l'enfance que dans l'entrée dans la vie professionnelle, ils ont ressenti des difficultés psychosociales conduisant à une atteinte de l'estime de soi.

Dans la littérature, l'estime de soi et la perte de l'estime de soi sont liées à plusieurs facteurs. Selon Le Brusq Colombo et Reinhardt[23], elle se construit dans l'enfance en fonction des influences positives ou négatives reçues par la famille et à partir des priorités que l'on donne à l'enfant ou qu'il se donne lui-même.

C'est d'abord avec la perception de l'image corporelle que les premières appréhensions entre le soi (besoins personnels) et le non soi (influence de l'environnement) vont se différencier.

Ainsi, selon Cooley (1946), l'estime de soi ne peut se construire qu'à travers un « miroir social ».

D'après Coopersmith [24], cette estime serait « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée à soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. »

Cette évaluation personnelle ne varie pas lors de l'existence. Elle est seulement perturbée lors d'évènements inattendus (deuil, licenciement) mais revient au même niveau quand la situation se stabilise.

L'atteinte de l'estime de soi liée au milieu familial et social va aboutir à plusieurs signes psychologiques : personnalité évitante et anxiété sociale.

Ainsi les conséquences physiques d'une pathologie dentaire peuvent entraîner une gêne sociale (halitose) et l'évitement de certaines situations (présentations pour des entretiens d'embauche)

L'échelle de Rosenberg [25], comporte plusieurs facteurs intéressants pour étudier cette estime de soi (voir annexe 6 page 63). Certains items sont positifs « dans l'ensemble je suis satisfait de moi », d'autres sont négatifs « il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier ».

Chez les personnes en situation de précarité, le niveau d'estime de soi est en général altéré. Ils ressentent une diminution de la préoccupation de prendre soin d'eux en général et de soigner leurs dents en particulier.

Cela peut entraîner une gêne, voire même une certaine honte, d'où l'incapacité à sourire. Et qui dit perte de sourire dit atteinte à l'estime de soi, et donc un manque de maîtrise de son corps avec une baisse de confiance en ses facultés physiques.

Lors de l'enquête, nous avons constaté chez certains résidents leur propension à réaliser des couronnes en or pour signifier un meilleur niveau matériel et social et une tenter d'augmenter leur estime de soi.

Ainsi pour en revenir à notre constatation de départ, et en comparaison avec la littérature, 54% des français n'ont pas de chirurgien-dentiste référent, ce qui corrobore nos résultats.
[26]

Un autre point important de notre étude concerne l'antériorité des visites chez un chirurgien-dentiste pour évaluer la qualité de la prise en charge et du suivi bucco-dentaire.

Une classification a été élaborée en fonction de la date à laquelle ils se sont rendus pour la dernière chez un chirurgien-dentiste.

Dans notre étude, 21% des résidents ont consulté un chirurgien-dentiste durant les 12 derniers mois, et 41% y sont allés il y a plus de 2 ans.

Cela s'explique par le fait qu'ils n'ont pas ressenti le besoin de consulter. En effet, ils ne consultent qu'en cas d'urgence et non de manière préventive.

Or dans une étude réalisée par B.Libert, P Dang Tran et C. Derouet [27], la date de la dernière consultation est inférieure à 1 an pour 54,6% des cas, mais supérieure pour 12,5%.

Cette différence constatée s'explique par le fait que la population envisagée dans notre étude concerne des résidents en majorité âgés et en situation de précarité, alors que l'enquête citée concerne des salariés suivis régulièrement par un service interentreprises interprofessionnel de la région de Pontoise.

Une autre étude, réalisée cette fois-ci au Canada [28] précise que 74 % des canadiens ont consulté un professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année; 17 % n'ont pas consulté au cours de la dernière année en raison des coûts, et 16 % ont déclaré avoir refusé de recevoir tous les traitements recommandés au cours de la dernière année en raison des coûts trop élevés.

Selon les résultats de l'enquête, les personnes issues d'une famille ayant un revenu faible ou ne disposant d'aucune assurance sont trois fois plus nombreuses que des familles au revenus élevés ou disposant d'une assurance privée à ne pas recevoir les soins nécessaires.

Enfin, une étude du CREDES² [29] se rapprochant plus de la notre, montre que seulement un tiers des consultants de centres de soins gratuits déclare avoir consulté un chirurgien-dentiste durant l'année écoulée.

² Centre de Recherche d'étude et de documentation en économie de la santé

D'autre part, nous avons questionné les résidents pour savoir s'ils avaient des dents naturelles.

68% d'entre eux possèdent des dents naturelles, tandis que 31% n'en possèdent pas. Cela signifie que l'extraction est la seule solution qu'ils réservent à des dents cariées ou atteintes.

Ils m'ont expliqué que dans leur vécu, ils ne prêtaient pas une attention primordiale à des soins de conservation ou à des consultations initiales chez le chirurgien-dentiste.

En comparaison, au Canada, 6% des adultes n'ont plus de dents naturelles [28].

Cette proportion visiblement très faible démontre que même dans des pays évolués avec un système de soins performant, il est possible de rencontrer des patients ne bénéficiant pas de soins bucco-dentaires adéquats, quel que soit leur niveau social ou leurs revenus.

La cinquième question portait sur la présence de dents absentes non remplacées, c'est à dire sans prothèse.

Dans la population étudiée au sein des établissements Aléos, une très forte majorité des résidents (80%) ont au moins une dent absente non remplacée.

En effet, la probabilité de déclarer des dents manquantes non remplacées augmentent avec l'âge, la consommation de tabac ; ceci est corroboré par le fait que les résidents Aléos sont plutôt âgées et tabagiques, d'où ce nombre élevé.

Une autre enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits [15] montre que 76% ont au moins une dent manquante non remplacée, soit deux fois plus souvent qu'en population générale.

Cela coïncide donc avec nos recherches.

La sixième question visait la fréquence quotidienne du brossage des dents.

D'après l'ensemble des personnes questionnées pour notre étude, plus de la moitié des résidents (63%) nous ont affirmé ne se brosser les dents qu'une seule fois par jour, et ce, surtout le matin, avant le petit déjeuner, pour éliminer l'halitose nocturne.

19% affirment se brosser les dents deux fois par jour 13% le font trois fois par jour.

A noter tout de même que 5% nous ont confié ne pas se les brosser.

En effet, les personnes pratiquantes réalisent un rinçage à l'eau de la bouche, un geste sacré faisant partie des ablutions préconisées avant les cinq prières quotidiennes, qui remplace selon eux le brossage des dents.

A titre comparatif, une enquête de l'IFOP réalisée en 2011 révèle que 31% des personnes interrogées ont affirmé se brosser les dents qu'une seule fois par jour, contre 53% à raison de deux fois par jour et 16%, trois fois par jour.

Ces chiffres ont diminué par rapport à 2008 où ils étaient plus nombreux à se brosser les dents deux fois par jour (58%), et 22 % à le faire une fois par jour.

La septième question concernait la présence de symptomatologie fonctionnelle dentaire (douleurs, gênes, sensibilité)

La question : « avez vous des problèmes aux dents ? » recueille 88% de réponses négatives. Cette réponse reflète leur vécu culturel. Dans leurs pays d'origine, une part très faible est accordée à la plainte et au ressenti douloureux.

En effet, la perception et l'attente de santé varient selon les croyances : chacun perçoit différemment les symptômes de la maladie. Cette résistance à la maladie a été évaluée dans l'étude de F. Bazin, I. Parizot et P. Chauvin [30]

Ces auteurs décrivent des attitudes différentes vis à vis de la santé et de la maladie en générale, selon le ressenti et l'acceptation de la maladie.

La culture intervient à chaque moment de la prise en charge et influence :

- le seuil de tolérance
- le type de plainte présentée
- la formulation de la plainte

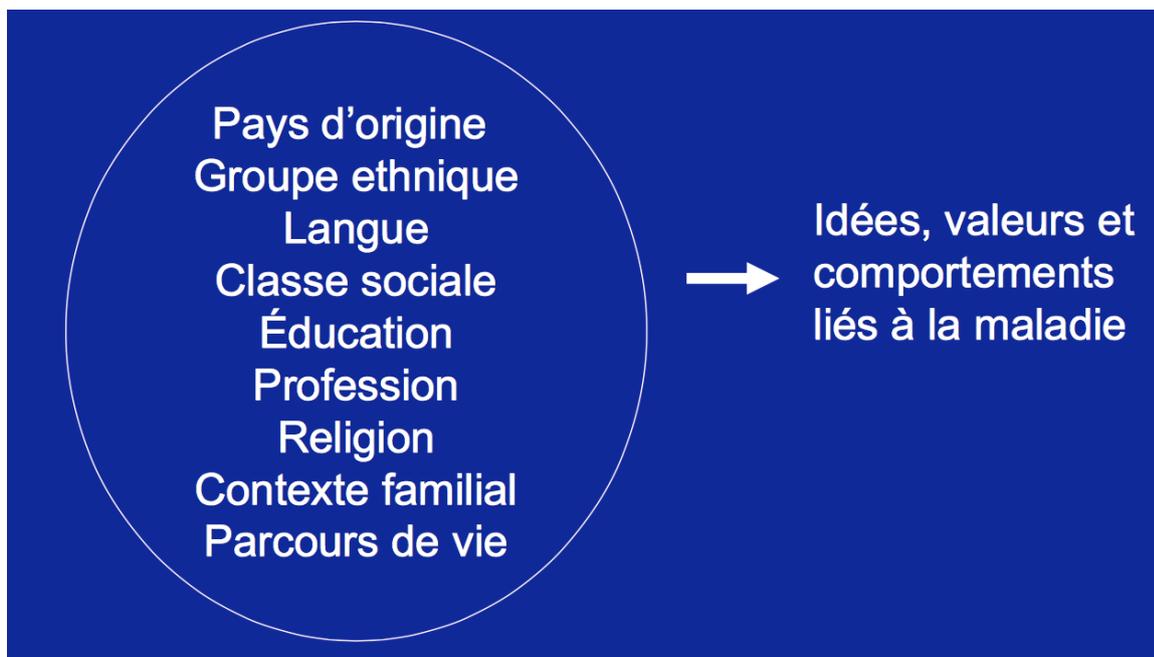


Schéma : Mélissa DOMINICE DAO [31]

Dans notre étude, 12% déclarent avoir ressenti des douleurs dentaires.

Ce résultat rejoint celui d'une étude canadienne qui constate également que 16 % des canadiens déclarent avoir souffert de douleurs à la bouche pendant la dernière année. [28]

La question 9, principale question de notre étude portait sur les motifs d'absence de consultation.

Contrairement aux idées reçues, la majorité des résidents nous ont répondu qu'ils ne consultaient pas un chirurgien-dentiste car ils n'en ont pas ressenti le besoin (51%), et non pour des problèmes financiers (5%).

L'absence de besoin de soins dentaires est une donnée personnelle qui est inhérente à chaque individu et à son parcours de vie. Les causes sont multiples et relèvent de leur culture, de leur enfance, de leur statut social ; elles représentent des points de rupture différents, interprétés selon la personnalité de chacun.

Le discours des personnes rencontrées démontre une certaine passivité par rapport à la nécessité de soins réguliers et d'un suivi bucco-dentaire constant. Aussi, et surtout la principale explication avancée est l'absence de douleur.

La douleur « est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage. » Cette définition de l'association internationale de la douleur met en avant le caractère plurifactoriel et subjectif de la douleur. Le ressenti de la douleur dépend de l'acquis et forme une donnée personnelle.

La douleur se divise en quatre parties :

- douleur physique : par excès de stimulation nociceptive
- douleur psychique
- douleur neurogène
- douleur spirituelle

Il existe différents facteurs impliqués dans la douleur[32], leur étude nous permet de mieux comprendre la perception de la douleur par les personnes en situation de précarité.

Mécanismes généraux

Douleur physique Douleur psychique Douleur neurogène Douleur spirituelle



Intégration

Système de régulation et de transmission



Douleur

- Composante comportementale : les manifestations verbales ou non de la personne qui souffre (agitation, prostration ...)
- Expérience subjective :
 - o composante affective
 - o composante cognitive
- Environnement :
 - o composante culturelle et ethnique
 - o composante religieuse
 - o composante économique

D'après ce schéma, nous notons que la mémoire, la culture, la religion influencent la perception de la douleur.

De plus, la composante affective associée à la mémoire de la douleur renvoie au passé personnel de l'individu et contribue à constituer un sentiment d'angoisse et d'anxiété face à cette sensation douloureuse.

A travers ces différents facteurs, nous remarquons que nous ne sommes pas tous égaux face à la douleur et que l'interprétation dépendra du psychisme et des conditions de vie de chacun d'entre nous.

D'autre part, Mackenback [33] montre que le besoin de soins n'est pas ressenti de la même façon selon le niveau d'éducation.

Les individus les plus éduqués déclarent davantage leurs problèmes de santé que les moins éduqués.

Une des constatations très positives de notre étude a été de remarquer la faible incidence des moyens financiers (5%) sur le renoncement aux soins.

En effet, les raisons financières auraient pu être la principale cause de renoncement pour cette population en situation de précarité, or ce n'est pas le cas ; l'un des objectifs de notre étude étant justement de combattre l'idée reçue selon laquelle les soins bucco-dentaires sont chers et uniquement réservés à une certaine catégorie de la population.

Cela s'explique par la bonne connaissance des résidents sur les possibilités de remboursement des soins dentaires par les caisses d'assurance maladie et par les complémentaires.

De plus, la présence sur place d'une assistante sociale et d'une coordinatrice de santé permet de bien expliquer aux résidents leurs droits sociaux et l'existence de plusieurs aides : CMU, AME, complémentaires

Elles apportent aide et soutien aux résidents dans leurs démarches administratives (remplir les dossiers, recueil des pièces administratives nécessaires) pour qu'ils puissent justement obtenir ces aides.

L'étude de l'ESPS (enquête sur la santé et la protection sociale) [1] confirme nos résultats en révélant pour leur part que 9,5% des personnes enquêtées ont renoncé à des soins bucco-dentaires pour des raisons financières.

Néanmoins, dans la littérature des études prouvent en revanche que l'aspect financier demeure important.

En effet, 37,3% de personnes qui nécessitaient des soins dentaires y ont renoncé pour des raisons financières. [27]

Dans cet interrogatoire, j'ai également noté un autre motif de non consultation : la peur du chirurgien dentiste, avec une prévalence de 21%.

Ce résultat est cohérent avec une étude qui note que 24,8% de la population ne consultent pas par peur du chirurgien-dentiste [27].

Cependant, un rapport européen montre que seulement pour 10% de la population, la peur du chirurgien-dentiste est un frein à la consultation. [34]

Cette appréhension m'a parue élevée chez cette population immigrée. En effet, la peur du chirurgien dentiste n'est pas spécifique des personnes en état de précarité car elle touche plusieurs patients sans distinction sociale.

Ils m'ont révélé que le souvenir douloureux de soins reçus pendant leur enfance les avait fait renoncer à un suivi régulier et donc à éviter les cabinets dentaires.



Ils restent sur l'image négative du dentiste « arracheur de dents » qui a longtemps été mise en avant à travers les récits, revues et films.

Cette appréhension est majorée par le manque d'informations sur les techniques de soins dentaires et d'anesthésie.

Beaucoup de personnes interrogées au sein des établissements Aléos ont renoncé aux soins depuis des années et n'ont pas suivi les évolutions dans ce domaine.

Il apparaît que les soins dentaires les plus générateurs de stress et d'anxiété sont surtout les avulsions, puis les dévitalisations, et enfin, les détartrages.

On retrouve au cours des discussions, l'anesthésie et le sang comme fil directeur de ces soins.

Les éléments les plus cités par les résidents comme source de stress chez le chirurgien-dentiste sont :

- la peur de la piqûre
- la peur du sang
- la peur de la douleur
- le bruit des instruments rotatifs (« la roulette »)
- les odeurs qui rappellent l'hôpital
- le fait d'être passif pendant les soins
- le fait de ne pas pouvoir parler
- le manque d'explication sur les gestes réalisés

Pour nos résidents, il y a une quête évidente de bonne relation pré et post thérapeutique. Ils souhaitent qu'une vraie relation de confiance s'instaure entre eux et le praticien, être pris en considération et pouvoir bénéficier d'explications sur l'origine de leurs maux.

Ils réclament également un plan de traitement conforme aux données actuelles de la science et en adéquation avec leurs moyens financiers.

Il faudrait arriver à un compromis équilibré entre les besoins en soin de la personne et ses ressources tant sur le plan financier qu'humain.

2) Du programme de prévention

D'une manière générale, la prévention n'est pas souvent abordée dans le domaine de la promotion de la santé, et ce, en particulier en santé bucco-dentaire.

En effet, le secteur est pour la plupart du temps orienté vers le curatif, et non le préventif. [35]

Pourtant, de nombreuses associations scientifiques ont tenté de démontrer le lien étroit entre la santé bucco-dentaire et les différentes problématiques de santé.

Cette quasi absence de prévention peut s'expliquer pour différentes raisons :

- le fait de ne pas intégrer la santé bucco-dentaire dans la santé globale [36]
- la méconnaissance de l'impact des pathologies bucco-dentaires sur l'état de santé général
- l'idée que la prévention dentaire est le domaine réservé des chirurgiens dentistes [37]
- une distinction des professionnels de santé des problèmes bucco-dentaires (car domaine réservé aux chirurgien-dentistes)

Or, la prévention constitue un vecteur capital d'informations des risques de santé bucco-dentaire. Elle constitue un moyen rapide et surtout très efficace de faire connaître les éventuelles complications qui pourraient apparaître par ignorance ou négligence. Bien qu'il incombe à chaque individu d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire, il est évident que des facteurs tels que le milieu social ou l'estime que l'on a de soi peuvent également entrer en ligne de compte et influencer sur l'état de santé général.

En France, plusieurs organismes publics, professionnels et associatifs, mais aussi les collectivités territoriales participent à la prévention bucco-dentaire [38], parmi eux :

- l'Assurance maladie a mis en place grâce au dispositif "M'T dents" un examen bucco-dentaire de prévention et de soins éventuels pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Ainsi, un courrier de l'Assurance maladie est envoyé au domicile un mois avant la date d'anniversaire de l'enfant l'informant des modalités pratiques du programme. L'examen de prévention est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale et les soins consécutifs réalisés sont remboursés à l'assuré dans leur totalité par l'Assurance maladie.

- L'État est lui aussi impliqué dans la prévention à travers les agences régionales de la santé (ARS) qui financent des actions de prévention bucco-dentaire et via des fonds de prévention FNPEIS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) des régimes d'assurance maladie.

A noter que sur le plan régional, les universités et services d'odontologie d'hôpitaux s'impliquent eux aussi en ce sens.

- Les collectivités territoriales (communes, départements, régions) participent elles sous forme de partenariats à des projets ou des programmes. Elles favorisent également l'information et la prévention sur leur territoire respectif grâce à des prescripteurs tels que les enseignants ou personnels d'écoles primaires, les animateurs scolaires et périscolaires, les professionnels de centres de santé ou de structures de la petite enfance entre autres qui côtoient les enfants au quotidien et jouent un rôle considérable dans leur l'éducation. Certaines d'entre elles ont même fait le choix de se doter d'équipes composées de professionnels en santé dentaire (chirurgiens-dentistes, assistantes dentaires, etc.) pour se rendre directement sur le terrain.

- L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) est une association de chirurgien-dentistes créé en 1966 qui comporte à ce jour 15 000 praticiens adhérents. Son but, à travers ses membres, est de proposer des programmes de prévention, et ce quel que soit le type de population (enfants, adultes, personnes âgées).

Elle a également pour mission, parmi d'autres, de promouvoir la santé bucco-dentaire.

- La société française des acteurs de la santé publique buccodentaire (ASPBD), association fondée en 2002, rassemble, comme son nom l'indique des acteurs de la santé publique dentaire. Son rôle est de favoriser l'échange de compétences et de savoir-faire au moyen de projets ou de programmes en proposant des formations, en participant à la création d'outils pédagogiques et surtout, en intervenant auprès des Pouvoirs Publics.

Elle co-organise la Journée de santé publique dentaire, qui se tient chaque année début novembre.

- Les organismes de mutuelles ont, quant à eux, toujours été très actifs en matière de prévention et de promotion de la santé aussi bien sur le plan local que national. Quels que soient les types de population ils n'ont de cesse de promouvoir des programmes d'éducation pour la santé bucco-dentaire.

Fort est de constater cependant qu'en matière de prévention, l'accent reste la plupart du temps porté sur les enfants car de nombreuses actions sont souvent menées au sein des écoles, et peu dans les médias pour cibler un plus large public.

A Strasbourg, notamment, des soins dentaires sont souvent réalisés à l'école. Les élèves sont soignés pendant les horaires scolaires, sans la présence de leurs parents, dans l'un des cinq cabinets dentaires installés dans les écoles ou dans le cabinet dentaire mobile du centre de santé. [39]

Certains programmes scolaires assurent un apport en fluor topique. Une étude [19] a montré qu'après deux ans, on constate 26% de caries en moins chez les enfants ayant reçu un apport de fluor topique comparativement au groupe contrôle. Qu'en est-il pour les adultes ?

D'autre part, la proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie est passée de 12% en 1987 à 56% en 2006. [40]

Cette amélioration s'explique par la diffusion des dentifrices fluorés, ainsi que l'augmentation de campagne de mobilisation à l'hygiène bucco-dentaire.

Au niveau des adultes, il y a malheureusement moins d'actions de prévention.

Cela est regrettable car lors de mes interventions, j'ai rencontré 70 résidents adultes accueillant à bras ouverts ma démarche préventive.

Aussi, quelques mois après mon passage, j'ai contacté l'infirmière coordinatrice référente pour savoir si mes interventions avaient eu un effet bénéfique. Il s'est avéré que 16 résidents, soit 23%, ont souhaité aller consulter un chirurgien-dentiste.

Cela démontre bien l'importance et les bienfaits de la prévention.

Il est donc nécessaire de mener des actions de façon régulière en insistant sur l'importance de la santé bucco-dentaire et les impacts qu'elle peut avoir sur la santé de manière générale et la vie de tous les jours.

Je me suis d'ailleurs personnellement engagée à suivre les résidents que j'ai rencontrés et à retourner dans ces établissements pour poursuivre mes actions dès que le personnel soignant me sollicitera.

Le seul regret que je pourrais avoir est de ne pas avoir pu les soigner sur place...

On pourrait peut-être envisager de proposer des soins dentaires en ambulatoire ?

3) Des perspectives d'avenir : une utopie ?

D'après notre étude, très peu de résidents ont un chirurgien-dentiste attitré.

Nous l'avons démontré, ils ne se soignent pas les dents s'ils ne ressentent pas de fortes douleurs.

Pour pallier à cela, nous pourrions proposer une prise de rendez-vous tous les six mois chez le chirurgien-dentiste par l'infirmière coordinatrice pour les résidents à risque carieux élevé, ce qui favoriserait la fidélisation à un même dentiste pour un meilleur suivi.

De plus, il serait judicieux de mettre en place un camion sanitaire mobile : des étudiants en 6^{ème} année de dentaire résidant à Mulhouse ou prévoyant de s'installer dans le Haut-Rhin pourraient, de façon trimestrielle, non seulement effectuer des soins d'urgence mais également des bilans dentaire et prodiguer des conseils.

Ceci permettrait ensuite de les orienter vers les chirurgiens dentistes de la ville leurs soins pouvant être couverts par la CMU (Couverture Maladie Universelle) et l'AME (Aide Médicale d'Etat).

Grâce à ce dispositif, l'accès aux soins leur serait plus simple.

En outre, nous pourrions envisager d'avoir des relations :

- avec le service dentaire de la CPAM de Mulhouse (avenue Robert Schuman), en mettant par exemple en place une convention avec Aléos.

Celle-ci permettrait d'améliorer l'accueil et la prévention via des bénévoles interprètes ou accompagnateurs pour rassurer les patients.

Des conférences de sensibilisation pourraient également être organisées par des chirurgiens-dentistes conseils pour les résidents et le personnel soignant de l'établissement.

- avec le Centre d'examens de Santé de Mulhouse (rue de Lucelle), en proposant d'établir une convention signée entre les directions des deux établissements, celle-ci permettrait une collaboration régulière objectivée par des convocations et un suivi continu.

Des examens bucco-dentaires seraient organisés et mettraient en évidence des besoins de soins ou une surveillance.

Tout cela serait récapitulé sur une fiche de liaison entre les établissements Aléos et le Centre d'examens de Santé.

Voici un exemple de fiche de liaison :

NOM :	DATE :
PRENOM :	
<ul style="list-style-type: none">- A : résultats de l'examen clinique et radiologique- B : plan de traitement réalisé par le chirurgien dentiste- C : soins réalisés (à cocher)<ul style="list-style-type: none">o détartrageo soins de carieo extractions- D : aucun soin n'a été entrepris :<ul style="list-style-type: none">o par manque d'argento par manque de couverture socialeo pour une autre raison- Conclusion de l'examen dentaire :<ul style="list-style-type: none">o date de la dernière consultationo consultation à prévoiro traitements à prévoir	

Pour finir, l'idéal serait la mise en place d'un fauteuil de soins dentaires au sein des résidences Aléos.

Pour commencer, mettre un seul fauteuil dans une résidence puis développer la mise en place de fauteuil dans chaque résidence Aléos.

Un autre constat de notre étude est la mauvaise hygiène bucco-dentaire des résidents des établissements Aléos.

La priorité de ces personnes en situation de précarité n'est pas de garder de bonnes dents car leur habitudes consistent souvent à se rincer la bouche le matin au lever et avant de se coucher, en se massant les gencives ; parfois cinq fois par jour pour les pratiquants avant les prières recommandées.

Le but de notre étude auprès de cette population est de pérenniser les bonnes habitudes présentées et démontrées lors de mes interventions sur place afin de soigner le plus rapidement les dents atteintes.

Pour ce faire, il ne suffit pas de conseiller avec conviction un brossage des dents deux fois par jour, matin et soir après chaque repas, mais il faudrait prévoir au sein de chaque établissement une procédure de distribution gratuite de brosses à dents et dentifrices.

En effet, l'infirmière coordinatrice serait chargée une fois tous les deux mois d'échanger les brosses abimées contre des brosses à dents neuves et des tubes vides de dentifrice fluoré contre de nouveaux tubes.

On pourrait envisager une fiche individuelle pour le suivi et un tirage au sort, une fois par an des personnes assidues et le gain de lots pour eux-mêmes ou leur famille avant leurs voyages dans leur pays d'origine.

La durée du brossage des dents des résidents eux-mêmes pendant notre démonstration n'a pas excédé deux à trois dizaines de secondes.

Bien sûr nous les avons corrigés en leur expliquant qu'il faut se brosser les dents trois minutes !

Nous proposons pour palier à cela que le service de santé de chaque établissement organise régulièrement des brossages de dents avec un minuteur ou un sablier.

Le principe serait de donner des sabliers à certains résidents fragiles (après des soins dentaires ou après des plaintes douloureuses ou de sensibilité) pour qu'ils quantifient la durée de brossage et l'améliorent progressivement pour atteindre la durée optimale de brossage : C'est à dire 3 minutes.

La description des repas habituels de cette population précaire aux faibles revenus fait apparaître la présence d'aliments très sucrés lors des trois repas.

A cela s'ajoute la prise régulière d'encas entre les repas, de boissons sucrées aux distributeurs automatiques placés aux endroits stratégiques de l'établissement.

Plusieurs résidents avouent même se nourrir uniquement de barres chocolatées accompagnées de boissons sucrées pour combler leur faim.

Malheureusement, leurs revenus ne permettent pas de privilégier une alimentation équilibrée avec cinq fruits et légumes par jour.

Nous proposons d'agir dans un premier temps au sein de l'établissement en mettant en place des animations comme : « la cuisine saine des célibataires » et en soulignant la nécessité :

- de limiter les aliments très sucrés aux repas
- d'éviter les grignotages entre les repas
- d'utiliser une paille pour les boissons sucrées car selon la littérature, la paille diminue le contact entre le sucre et la plaque dentaire

Puis nous suggérons de faire intervenir des aides extérieures comme la banque alimentaire, les surplus des supermarchés ou les Restos du cœur pour faire bénéficier les résidents de leurs prestations de distributions d'aliments frais, de fruits et légumes au sein des établissements sous forme de paniers-types transportés par des camionnettes conduites par des associations de bénévoles.

Ces propositions ne sont qu'une mince ouverture concernant les améliorations potentielles de la prise en charge des résidents Aléos.

En effet, plusieurs pistes sont envisageables pour entreprendre cette approche de santé, et ainsi améliorer l'accès aux soins dentaires des populations précaires sans que cela ne requière d'importants moyens financiers ou humains.

CONCLUSION

Même si notre société vise à réduire les inégalités sociales face au renoncement aux soins, ce phénomène est toujours présent, en particulier dans le secteur de la santé bucco-dentaire. Selon la littérature, 46% des renoncements aux soins concernent la santé bucco-dentaire.

Cette thèse avait pour but de soulever la question du renoncement aux soins des personnes en situation de précarité.

En interrogeant la population des résidents Aléos, nous avons pu relever que seuls 21% des résidents ont consulté un chirurgien-dentiste durant les 12 derniers mois, et que 41% y sont allés il y a plus de deux ans.

Dans la littérature, seul un tiers des personnes allant dans des centres de soins gratuits déclarent avoir consulté un chirurgien-dentiste durant l'année écoulée.

Nous nous sommes également rendu compte qu'une très forte majorité des résidents (80%) ont au moins une dent absente non remplacée.

Une enquête menée auprès des patients de centres de soins gratuits révèle que 76% d'entre eux ont au moins une dent manquante non remplacée, soit deux fois plus souvent qu'en population non précaire.

Nous les avons également questionnés sur les motifs d'absence de consultation.

51% ont répondu qu'ils n'ont pas consulté car ils n'en ont pas ressenti le besoin, 21% parce qu'ils ont peur du chirurgien-dentiste et 5% ont évoqué des raisons financières.

Dans la littérature, la peur du chirurgien-dentiste est pour 24,8% une cause de renoncement et 9% citent l'aspect financier.

Au vu de ces trois réponses, nos résultats correspondent donc fortement avec ceux de la littérature.

Cela s'explique car la population étudiée est identique à celle des enquêtes évoquées, c'est à dire en situation de précarité.

A noter que les études sur les adultes dans la littérature sont peu nombreuses, elles portent essentiellement sur les enfants, il en est de même pour les programmes de prévention.

Avec la mise en place du programme de prévention proposé aux résidents d'Aléos, et après nos interventions sur place, nous avons constaté avec satisfaction que 23% des résidents se sont rendus chez un chirurgien-dentiste.

Les actions préventives ont donc eu un réel impact positif.

Mon seul regret est de ne pas avoir pu les soigner sur place.

Mais puisque cette population ne prend pas l'initiative de consulter régulièrement un chirurgien-dentiste, pourquoi ne pas mettre, par exemple, en place un système d'unité sanitaire mobile ? En effet, des étudiants de 6ème année de dentaire résidant à Mulhouse ou prévoyant de s'installer dans le Haut-Rhin pourraient, de façon trimestrielle, non seulement réaliser des soins d'urgence mais également des bilans dentaires et prodiguer des conseils. Grâce à ce dispositif, l'accès aux soins leur serait plus simple.

Cette proposition pourrait-elle être envisageable ? L'avenir nous le dira...

ANNEXES

Annexe 1 : le Questionnaire

- 1) Avez – vous un chirurgien dentiste ?
 - Oui
 - Non
- 2) A quand remonte votre dernière visite chez un chirurgien dentiste ?
 - - de 1 an
 - entre 1 et 2 ans
 - + de 2 ans
- 3) A quelle fréquence pensez vous qu'il est nécessaire d'aller chez le chirurgien dentiste ?
- 4) Avez vous des dents ?
 - Oui
 - Non
- 5) Avez vous des dents absentes non remplacées, c'est à dire sans prothèse ?
 - Oui, moins de 5
 - Oui, plus de 5
 - Non
- 6) Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ?
 - jamais
 - 1 fois
 - 2 fois
 - 3 fois
 - autre
- 7) Avez vous des problèmes aux dents (douleurs, gêne...) ?
 - Oui
 - Non
- 8) Que voulez vous faire pour arranger cela ?
- 9) Pour quelle(s) raison(s) ne consultez vous pas un chirurgien dentiste ?
 - a) Problèmes financiers
 - b) Je n'ai pas ressenti le besoin d'y aller
 - c) Peur du dentiste
 - d) Manque de temps
 - e) Négligence
 - f) Eloignement du dentiste
 - g) Je n'ai pas pensé à remplacer mes dents absentes
- 10.a) Etes vous informés des aides existantes pour vous soigner les dents ?
- 10.b) Savez vous que les problèmes dentaires peuvent provoquer des maladies graves (cœur, maladies inflammatoires...) ?
- 10.c) Savez vous qu'il existe des méthodes de sédation efficaces (anesthésie)?
- 10.d) Savez-vous que l'infirmière référente peut vous prendre rendez vous chez le dentiste à votre convenance ?
- 10.e) Savez vous que les rendez vous sont notés dans vos dossiers médicaux ?
- 10.f) Savez-vous que l'infirmière référente peut vous accompagner à vos rendez-vous ?
- 10.g) Lorsqu'on vous a arraché une dent, personne ne vous a informé des solutions existantes pour la remplacer ?

Annexe 2 : Atelier brossage des dents

But de l'atelier : expliquer aux résidents une méthode de brossage efficace

Matériel nécessaire : une maxi-mâchoire, une maxi-brosse, une brosse à dents et un dentifrice pour chaque personne + révélateur de plaque

Lieu d'intervention : au sein du foyer, dans une salle commune

Introduction : dialoguer avec les personnes

- Pourquoi c'est important de se brosser les dents (diaporama)
- Est ce que vous vous brossez les dents à la maison ?
- Je suppose que certains se sont brossés les dents ce matin
- Pourquoi doit-on se brosser les dents, à quoi sert le brossage ?
- A quel moment doit-on se brosser les dents ?
- Quel type de brosse à dents choisir ? Quand faut-il la changer ?

Démonstration de brossage sur mâchoire géante :

En bas : « du rouge vers le blanc du bas vers le haut verticalement en faisant rouler les poils de la brosse à dents sur les dents. Commencer au fond sur les molaires et faire le tour de l'arcade dentaire à l'extérieur puis à l'intérieur » continuer avec un mouvement de l'avant vers l'arrière sur les faces occlusales de chaque côté « comme un petit train sur le rail des dents ».

En haut : « du rouge vers le blanc du haut vers le bas verticalement en faisant rouler les poils de la brosse à dents sur les dents. Commencer au fond sur les molaires et faire le tour de l'arcade dentaire à l'extérieur puis à l'intérieur » continuer avec un mouvement de l'avant vers l'arrière sur les faces occlusales de chaque côté « comme un petit train sur le rail des dents ».

Expérimentation: Brossage des dents

Distribuer à chaque résident une brosse à dents.

Vérifier si la préhension de la brosse à dents est correcte (on la tient comme un marteau, avec toute la main).

Faire brosser les dents tous ensemble, en commençant par les faces vestibulaires des molaires inférieures à gauche et en suivant l'arcade dentaire jusqu'aux molaires inférieures à droite. Poursuivre par les faces linguales et ensuite par l'arcade supérieure sur le même schéma (avec ou sans dentifrice selon les lieux de brossage).

A la fin du brossage, faire rincer la brosse à dents.

Une application de révélateur de plaque peut se faire avant le brossage pour visualiser la plaque dentaire et un contrôle après le brossage permet de vérifier si le brossage a été efficace (absence de plaque dentaire colorée) → uniquement pour les volontaires

Message de conclusion à donner:

Pour la bonne santé des dents, il est important de brosser ses dents après chaque repas, c'est-à-dire trois fois par jour pendant 3 minutes. On pense à brosser toutes ses dents et chaque face de chaque dent !

Annexe 3 : Atelier rôle des acides

But de l'atelier : expliquer le rôle des acides de la plaque dentaire dans l'apparition des caries dentaires

Matériel nécessaire : une craie, une assiette en carton, une pipette, du vinaigre blanc

Lieu d'intervention : au sein du foyer, dans une salle commune

Introduction : dialoguer avec les résidents

- Savez-vous ce qu'est un acide ?
- Pensez-vous que notre salive peut être parfois acide ?
- Qu'est ce qui rend notre salive acide ?
- Lorsqu'on a mangé un bonbon ou bu un verre de coca, combien de temps est ce que notre salive reste acide ?
- Savez-vous ce quel effet peut avoir une salive acide sur nos dents ?

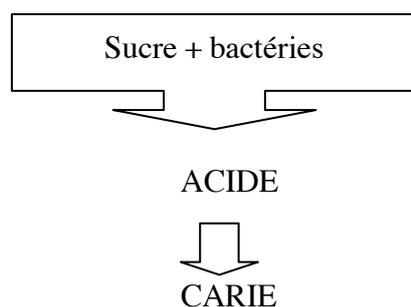
Démonstration de l'effet destructeur des acides:

On pose une craie sur l'assiette en carton et à l'aide de la pipette on dépose une goutte de vinaigre sur la craie. Un bouillonnement se produit, on recommence jusqu'à ce qu'un trou apparaisse sur la craie.

Echange avec les résidents:

- J'ai déposé des gouttes d'acide sur la craie, que s'est-il passé ?
- Qu'avez-vous constaté ?
- Pouvez-vous faire une comparaison avec ce qui se passe dans votre bouche ?
- Pourquoi notre salive est-elle parfois acide ?
- Que va t'il se passer si de l'acide entre en contact avec vos dents ?
- Comment je peux faire pour ne pas avoir une salive acide ?
- Une fois que la carie est installée dans ma dent, qu'est ce que je peux faire ?

Message de conclusion à donner:



Pour éviter d'avoir une salive acide et donc éviter d'avoir des caries dentaires :

- je limite mes prises alimentaires sucrées (bonbons, sucreries, coca, ice tea, sirop ...)
- je me brosse les dents, le dentifrice neutralise (annule) l'acidité de la salive

Annexe 4 : Atelier histoire d'une dent

But de l'atelier : faire comprendre aux résidents que la carie est une maladie évolutive et que l'évolution peut être stoppée par des soins prodigués par le chirurgien-dentiste.

Matériel nécessaire : petits modèles de dents en plâtre avec différents stades de carie dentaire et des amalgames

Lieu d'intervention : au sein du foyer, dans une salle commune

Introduction : dialoguer avec les résidents

- Est-ce que vous savez ce qu'est une carie dentaire ?
- De quelle couleur est une carie dentaire ?
- Comment apparaît une carie ? Quels sont les facteurs nécessaires pour qu'une dent développe une carie ?
- Comment évolue une petite carie ?
- Que devient une carie moyenne si elle n'est pas soignée ?
- Comment le chirurgien- dentiste soigne t'il une carie ?

Expérimentation:

- Présentation des différents couronnes aux résidents (couronne saine et propre, couronne saine et recouverte de plaque dentaire, couronne avec petite carie, couronne avec carie moyenne, couronne avec grande carie, couronne avec obturation)
- Placer les couronnes en désordre sur la table et demander aux résidents de les ranger par ordre chronologique
- Lorsque tout le monde est d'accord sur l'ordre, leur faire expliquer leur choix
- Corriger au besoin !

Message de conclusion à donner:

- La carie dentaire est une maladie qui évolue et qui provoque la destruction de la dent
- Une fois la carie installée sur une dent, il faut la faire soigner
- Les petites caries ne font pas mal aux dents, avec des caries moyennes les dents sont sensibles au froid et au chaud, les grosses caries sont très douloureuses
- A chaque stade de carie, le dentiste peut soigner la dent et arrêter l'évolution de la carie, mais si la carie est vraiment trop importante, le dentiste sera obligé d'extraire la dent
- Intérêt des soins dentaires précoces et des visites régulières chez le dentiste
- Intérêt de la prévention !

Annexe 5 : Atelier photolange

But de l'atelier : faire comprendre aux résidents l'importance de l'alimentation dans la bonne santé dentaire et du danger des boissons sucrées

Matériel nécessaire : photos de bouches saines, de bouches avec des dents cariées et des photos de différents aliments et boissons

Lieu d'intervention : au sein du foyer, dans une salle commune

Introduction:

- Tous les aliments et toutes les boissons que nous mettons en bouche entrent en contact avec les dents
- Certains aliments sont plus dangereux pour les dents, lesquels ?
- Que devient le sucre dans la bouche ?
- Que provoque l'acide dans la bouche ?

Expérimentation:

- Faire un tas avec toutes les photos d'aliments (image contre la table)
- Poser sur la table (image vers le haut) des photos avec des dents saines et avec des dents cariées
- Demander aux résidents de regrouper les photos de dents saines sur un tas et les photos de dents cariées sur un autre tas
- Ensuite, chacun des résidents à son tour, tire une carte aliment et la pose à côté de la photo des dents saines s'il pense que l'aliment est « bon pour les dents » et à côté des dents cariées s'il pense que l'aliment est « mauvais pour les dents ».
- Faire réagir les autres et demander s'ils sont d'accord.
- Argumenter les réponses : un aliment est bon pour les dents lorsqu'il ne contient pas de sucre, un aliment est mauvais pour les dents lorsqu'il contient du sucre.
- Pondérer les réponses avec l'argument fréquence de consommation (un verre de coca une fois pas semaine n'est pas nocif) La fréquence des prises est très cariogène, car à chaque prise d'aliment sucré, on observe une chute de pH de la salive, et celui ci ne remonte pas en cas de prises fréquentes. Prendre une sucrerie en dessert est donc moins délétère qu'une prise sucrée plus tard dans la journée, et avec l'argument brossage (un brossage après une prise sucrée réduit le risque de caries)

Message de conclusion à donner:

- Attention aux boissons sucrées qui peuvent provoquer des caries en cas de consommation trop fréquente
- Attention aussi aux gâteaux, bonbons, sucreries consommés en excès
- Varier son alimentation, les fruits, le pain, le fromage et les yaourts sont de bons goûters aussi
- Penser à se brosser les dents après chaque repas

Annexe 6 : Echelle de Rosenberg

(ROSENBERG, 1969: traduction: O.CHAMBON. 1992)

Date de cotation: _____

Nom du patient: _____

Prénom du patient: _____

Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé : fortement en accord, en accord, en désaccord, ou fortement en désaccord.

1= fortement en accord

2= en accord

3= en désaccord

4= fortement en désaccord

- ___ 1. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.
- ___ 2. Parfois je pense que je ne vauds rien.
- ___ 3. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.
- ___ 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.
- ___ 5. Je sens qu'il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier.
- ___ 6. Parfois, je me sens réellement inutile.
- ___ 7. Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.
- ___ 8. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.
- ___ 9. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).
- ___ 10. J'ai une opinion positive de moi-même.

Procédure de cotation. Le total des notes des items 2, 5, 6, 8, 9 doit être ajouté au total de l'inverse (1 devient 4, 2 devient 3, et réciproquement 3 devient 2 et 4 devient 1) des notes des items 1, 3, 4, 7, 10. Le résultat obtenu correspond à une note d'estime de soi.

BIBLIOGRAPHIE

[1] AZOGUY-LEVY.S, ROCHEREAU.T

Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire, exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000. Bulletin d'information en économie de la santé, n°94,2005

[2] DEPRES.C, DOURGNON.P, FANTIN.R, JUSOT.F

Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé, n°170 Novembre 2011

[3] ROTH.F

Un enjeu sous évalué : l'accès aux soins bucco-dentaires. 2000, 4P. Espace éthique

[4] ELBAUM.M, EVANS.A

État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Etudes et résultats n°294. Mars 2004

[5] DOURGNON.P, GUILLAUME.S, ROCHEREAU.T

Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Les rapports de l'IRDES n°553 (biblio n°1886) Juillet 2012

[6] DEPRES.C, DOURGNON.P, FANTIN.R, JUSOT.F

Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Questions d'économie de la santé, n°169 Octobre 2011

[7] ALBERTINI, DEL VOLGO

La santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans, URCAMIF. 2000

[8] VINCELET.C, AZOGUY-LEVY.S, GREMY.I

“Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte”, publication ORS, octobre 2008.

[9] LA ROSA.E

Santé, précarité et exclusion. Edition Le Sociologue, Presses universitaires de France, 1998.

[10] MIZRAHI.A

Comment se soigne-t-on en France ? Editions Presses universitaires de France, collection Médecine et société, Territoire et économie de la santé, Paris, 128p, 04/2003

[11] BRONNIMANN. R

La carie est-elle héréditaire ? Bulletin Prophylaxie n°118, printemps 2013

[12] HASSOUN.D

Précarité et état de santé bucco-dentaire. Questions d'économie de la santé, n°16, décembre 1998.

[13] REICH.E, LUSSI.A, NEWBRUN.E

Caries risk assessment. Int Dent Journal. N°49 (1) PP15-26.1999

[14] REISINE.S, DOUGLAS. JM

Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community dentistry and oral epidemiology. Numéro 26, supplément 1, pp32-44. 1998

[15] LECLERC.A, FASSIN.D, GRANDJEAN.H, KAMINSKI.M, LANG.T

Les inégalités sociales de santé – INSERM – Edition La découverte – 20

[16] DARGENT-PARE.C, BOURGEOIS.D

La santé bucco-dentaire p267-282. In LECLERC Annette. Les inégalités sociales de santé, Editions La Découverte INSERM, 2000.

[17] ADAM.P, HERZLICH.C

Sociologie de la maladie et de la médecine. Sociologie 128. Edition Armand Colin, 1994.

[18] CARTIER-BRESSON.V

Plus jamais peur du dentiste. Résultats d'une étude Ifop/Air Liquide Santé France.
Communiqué de Presse, mai 2012.

[19] BERGGREN. U, MEYNERT.G

Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. J Am Dent Assoc.
1984 Aug; 109(2):247-51

[20] ALEOS

www.aleos.asso.fr, consulté le 2 février 2015

[21] OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

www.who.int.fr, consulté le 18 février 2015

[22] CADOT E, GUEGUEN J, SPIRA A

Le renoncement aux soins parmi la population parisienne, le poids des déterminants sociaux
et économiques. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Hors série n°2 Vol 56 p 262.
Septembre 2008

[23] LE BRUSQ COLOMBO Caroline, J-C REINHARDT

Les conséquences physiologiques du vieillissement de la bouche : estime de soi et anxiété
sociale. Mémoire master 1 psychologie du développement, Université Victor Segalen
Bordeaux II, Année 2003/2004

[24] COOPERSMITH

Manuel d'inventaire d'estime de soi. Les éditions du centre de psychologie appliquée, 1986

[25] MARTIKAINEN G, BARTLEY M, LAHELMA E

Psychosocial determinants of helats in social epidemilogy. International journal of
epidemiology. N°31, pp1091-1093,2002.

[26] SAILLY.JC, KEBRUN.T, LENNERAT.F

Situation de la santé dentaire en France, état des lieux, orientations stratégiques, Centre
odontologique de médicométrie et d'évaluation, Paris, 2005.

[27] LIBERT.B, DANG TRAN.P et DEROUET.C

Etat dentaire et renoncement aux soins ; Influence des facteurs socio-économiques et professionnels. Documents pour le médecin du travail n°88, 4ème trimestre 2001.

[28] COONEY.P,

Summary Report on the Findings of the Oral Health Component of the Canadian Health Measures Survey 2007–2009

[29] BEYNET Alice, MENAHEM Georges.

Problèmes dentaires et précarité, CREDES, Biblio n°1368, février 2002

[30] BAZIN.F, CHAUVIN.P, PARIZOT.I

Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région Parisienne en 2001. Sciences sociales et santé, Vol 24 N°3 p 11-31, Septembre 2006.

[31] DOMINICE DAO.M

Douleur et culture : quelles spécificités et comment les explorer. 5ème rencontre francophone France et Suisse, mai 2012.

[32] BLOCK, COUPE, DELAY

Les différents facteurs impliqués dans la douleur. Groupe douleur, centre hospitalier de Valenciennes. 10P

[33] MACKENBACK JP et al (May 1996)

Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education : The effect on inequalities in prevalence Rates » American Journal of Public Health, vol 86, n°5

[34] TNS Opinion & Social

La santé dentaire. Eurobaromètre Special 330. Rapport février 2010

[35] GARROS. B

« La santé bucco-dentaire au cœur des enjeux de santé français. » La santé bucco-dentaire dans la promotion de la santé : ASPBD, 10ème journée de santé publique dentaire, 2010 : p9-12

[36] MOYSES SJ

« Inequalities in oral health and oral health promotion » in Brazil Oeal Research, 2012, p86-93

[37] LEONARD ANNELIESE

La prévention : utopie ou réalité ? Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, Bordeaux II, 2004.

[38] BAILLON-JAVON.E, COHEN.F, HEIWY.C

Principes généraux de prévention en santé bucco-dentaire. Revue La santé de l'Homme n°417, p10. Janvier- Février 2012

[39] PFLIEGER.D

« A Strasbourg, les soins dentaires se font aussi à l'école. » Revue La santé de l'homme n°417 p24. Janvier-Février 2012.

[40] JOSEPH. N, PERREAU.T, MUSSET A-M, BRISSET. L

« Evaluation de la prescription et de la consommation de fluor chez les enfants de l'Est de la France – Etat bucco-dentaire de cette population. » Pratiques et organisation des soins, 2008