

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016

N°:

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 2016

Par Nabila BENKHERIF

Née le 14 juin 1971 à CROIX – FRANCE

<p>Comportements en santé bucco-dentaire des personnes en situation de grande précarité. Exemple de protocole d'une étude menée dans les hauts de France en lien avec la Fondation Abbé Pierre</p>
--

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX
Assesseurs :	Madame le Docteur Céline CATTEAU
	Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER
	<u>Madame le Docteur Marie BISERTE</u>

Président de l'Université	: Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université	: P-M. ROBERT
Doyen	: Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	: Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	: S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	: L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT- DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Conservatrice – Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à Diriger des Recherches

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable des Relations Internationales de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la société Française d'Endodontie

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie de m'avoir si bien guidée dans ce projet qui me tient à cœur.

*Votre professionnalisme et votre pédagogie font de vous un Doyen, un Professeur et
un Praticien respecté.*

Veillez trouver ici l'assurance de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé & Recherche Clinique – Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Secrétaire générale de la Société Française de Gérontologie.

*Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury,
et c'est avec une haute bienveillance que vous avez accepté d'y siéger, je vous en suis
très reconnaissante.*

*Je vous remercie de l'attention que vous avez porté à mon travail ainsi qu'au temps
que vous lui avez consacré.*

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Assistant hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master I Recherche Biologie Santé – Mention Ethique et Droit de la Santé

C.E.S. d'Odontologie Pédiatrique et Prévention – Paris V

Attestation de Soins dentaires sous sédation consciente (MEOPA) – Lille 2

Formation Certifiante « Concevoir et Evaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient ».

*Vous m'avez fait l'honneur de faire partie de ce jury,
et c'est avec beaucoup de spontanéité et de sympathie que vous avez accepté
de juger ce travail et je vous en remercie très chaleureusement.
Qu'il me soit permis dans ce travail de vous témoigner ma grande reconnaissance
et toute mon estime.*

Madame le Docteur Marie BISERTE

Maître de Conférences des universités (Associée)

Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie

Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Vous m'avez fait l'honneur et le plaisir de diriger cette thèse.
Je vous remercie chaleureusement pour votre bienveillance, votre grande
disponibilité, le temps que vous m'avez consacré
et les précieux conseils que vous m'avez prodigué tout au long de ce travail.
Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de ma très haute considération.*

Je dédie cette thèse à ...

« La première règle avant d'agir consiste à se mettre à la place de l'autre.

Nulle vraie recherche du bien commun ne sera possible hors de là. »

« Un sourire coûte moins cher que l'électricité,

mais donne autant de lumière. »

Abbé Pierre

Sommaire

Introduction	16
1 – Grande précarité et accès aux soins	17
1.1 – Grande précarité	17
1.1.1 – Définitions de la précarité	17
1.1.1.1 – Définition du dictionnaire	17
1.1.1.2 – Définition de référence	17
1.1.1.3 – Indicateur de référence	18
1.1.1.4 – Sans abri et sans domicile fixe	19
1.1.2 – Typologie de la grande précarité	20
1.1.3 – Situation de la pauvreté en France	21
1.1.4 – Situation en région des hauts de France	23
1.2 – Le système de santé favorisant l'accès aux soins	25
1.2.1 – Le système de santé français. Grands principes	25
1.2.2 – Les dispositifs de santé à destination des personnes en précarité	27
1.2.2.1 – La couverture maladie universelle (CMU)	27
1.2.2.2 – La couverture maladie universelle complémentaire(CMU-C).....	28
1.2.2.3 – L'aide médicale d'état (AME)	32
1.2.2.4 – L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	35
2 – Perceptions, représentations de la santé et grande précarité	37
2.1 – Santé et grande précarité	37
2.1.1 – Définition de la santé	37
2.1.1.1 – Définition du dictionnaire	37
2.1.1.2 – Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	37
2.1.2 – Perceptions, représentations et réalité de la santé des personnes en situation de grande précarité	37
2.1.2.1 – Leurs perceptions	37
2.1.2.2 – Leurs représentations	39
2.1.2.3 – Etat de santé constaté	41

2.2 – La santé bucco-dentaire	42
2.2.1 – Les enjeux de la santé bucco-dentaire	42
2.2.1.1 – Les infections à distance	42
2.2.1.2 – Les troubles digestifs et nutritionnels	42
2.2.1.3 – Les troubles musculo-squelettiques	43
2.2.1.4 – Les troubles psychologiques et sociaux	43
2.2.2 – L'état de santé bucco-dentaire des plus précaires	43
3 – Recours et renoncements aux soins bucco-dentaires des personnes en grande précarité	49
3.1 – Le recours aux soins	49
3.1.1 – L'offre de soins : les structures de référence et les soignants	49
3.1.1.1 – Les structures publiques	49
3.1.1.2 – Les structures associatives	53
3.1.2 – L'accès à la prévention	55
3.1.2.1 – La prévention primaire	56
3.1.2.2 – La prévention secondaire	57
3.1.2.3 – La prévention tertiaire	58
3.1.2.4 – La classification de Gordon	58
3.2 – Le renoncement aux soins	59
3.2.1 – Le renoncement barrière	60
3.2.2 – Le renoncement refus	62
3.3 – Les facteurs de non-recours aux soins	63
3.3.1 – La méconnaissance des droits administratifs	63
3.3.2 – L'éloignement géographique	65
3.3.3 – L'observance thérapeutique	67

4 – Présentation du protocole d’une étude menée en divers points d’accueil de grands précaires dans les hauts de France en lien avec la Fondation Abbé Pierre	70
4.1 – Description de l’étude	70
4.1.1 – Les objectifs de l’étude	70
4.1.2 - Les participants et les sites	70
4.1.2.1 – La fondation Abbé Pierre	71
4.1.2.2 – Le Réseau Diabète Obésité Métropole Lilloise (RDOML)	71
4.1.2.3 – Les points d’accueil : les boutiques solidarité	72
4.1.3 – Organisation et phasage de l’étude	72
4.1.3.1 – Journées d’immersion et observation	73
4.1.3.2 – Journées de rencontres « Parlons santé ensemble »	73
4.1.3.3 – Partage des résultats	73
4.1.3.4 – Mise en place du plan d’action	74
4.2 – Description de la méthodologie	74
4.2.1 – Le groupe focalisé	74
4.2.1.1 – Définition et objectif du groupe focalisé	74
4.2.1.2 – Les étapes de la réalisation	74
4.2.2 – L’entretien semi-directif	77
4.2.2.1 – Définition	77
4.2.2.2 – L’élaboration du guide d’entretien	77
4.2.2.3 – Les avantages de la méthode	77
4.2.2.4 – Exploitation des résultats	78
4.3 – Le matériel d’étude	78
4.3.1 – Le dossier photo langage	78
4.3.1.1 – Description	78
4.3.1.2 – Mise en œuvre	79
4.3.2 – Les questionnaires	82
Conclusion	83
Liste des abréviations	84
Table des illustrations.....	87
Bibliographie	88
Annexes.....	91

Introduction

La grande précarité est un processus complexe cumulant de lourds handicaps économiques, sociaux et des conditions de vie qui entraînent des situations de grande détresse, de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible. Le spectre de la grande précarité est large et à son extrémité se trouvent les personnes sans domicile fixe sur lesquelles se focalisera ce travail.

En France, malgré un système de protection sociale à vocation universelle, il existe des inégalités dans l'accès et l'utilisation des services de santé. Afin de réduire ces inégalités pour les grands précaires, des dispositifs de santé spécifiques ont vu le jour au tournant des années 2000.

Les conditions de vie extrêmement rudes, en intensité et dans la durée, des personnes en situation de grande précarité transforment leurs repères, leurs priorités changent et la satisfaction des besoins primaires ou immédiats occultent les autres problèmes, notamment de santé.

Ainsi, plus la précarisation est grande, plus l'état de santé général et bucco-dentaire est dégradé. Or, fortement corrélé à la situation socio-économique des individus, le domaine bucco-dentaire est l'un de ceux où les inégalités de santé sont les plus marquées. Ce contexte conduit à des situations de renoncements aux soins, aggravées par des comportements de non recours liés à la précarisation des individus.

Soucieux de permettre aux plus démunis de recourir à des soins bucco-dentaires, des structures spécifiques publiques et associatives ont été créées.

La Fondation Abbé Pierre est le promoteur d'une étude menée au sein de ses centres d'accueil de jour « les boutiques Solidarité » dans la région des Hauts de France. Son objectif est de mieux connaître l'état de santé des personnes sans domicile fixe, leurs perceptions et leurs attentes en matière de soins notamment bucco-dentaires et, entre autres actions, de les accompagner dans leur parcours de soins.

1 – Grande précarité et accès aux soins

1.1 – Grande précarité

Afin d'aborder la notion de grande précarité, il nous faut en premier lieu définir ce qu'est la précarité. Cette notion est apparue au lendemain de la crise économique liée au premier choc pétrolier de 1973. Il est à noter que les notions de précarité et de pauvreté sont intimement liées. Elles sont toutes deux complexes car elles sont à la fois subjective et relative à une société donnée.

Une approche par le biais d'indicateurs permet de les objectiver et ainsi de mieux les appréhender. C'est à partir de ces derniers que se profilent les concepts de grande précarité et de grande pauvreté.

1.1.1 – Définition de la précarité

1.1.1.1 – Définition du dictionnaire (33)

Le dictionnaire Larousse définit la précarité comme l'état, le caractère de ce qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause.

Ce même dictionnaire définit la pauvreté comme l'état de quelqu'un qui a peu de ressources financières, peu de biens.

Ces deux définitions sont les plus communes et accessibles. Elles demandent donc à être affinées.

1.1.1.2 – Définition de référence

La définition qui fait aujourd'hui autorité en la matière a été formulée par le père Joseph Wresinski (1917-1988) dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » paru au Journal Officiel en 1987. Le père Wresinski était prêtre dans un bidonville de la région parisienne. Il est le fondateur en 1957 du mouvement ATD Quart Monde (Agir Tous pour la Dignité). Ce mouvement apolitique et aconfessionnel est reconnu d'utilité publique.

Selon lui, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (59).

Il s'agit donc d'une définition plus complexe car pluridimensionnelle. Les sécurités auxquelles il est fait référence sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial et le lien social.

Suite aux préconisations du rapport du père Wresinski sur « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », la loi de lutte contre les exclusions en France voit le jour le 29 juillet 1998. Elle proclame dans son article 1 que « la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».

« La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance » (40).

Il est à noter que les Nations Unies ont repris la définition du père Wresinski dans les rapports du Conseil des droits de l'homme sur l'extrême pauvreté.

Il est important de noter que la notion de précarité présente un aspect de réversibilité.

1.1.1.3 – Indicateurs de référence (45)

C'est l'utilisation d'indicateurs qui permet d'appréhender les notions de grande précarité et de grande pauvreté.

Il existe plusieurs manières de caractériser objectivement la pauvreté et par la même la précarité. Par rapport à sa précision et sa facilité de mesure, la plus utilisée en France ainsi que dans les autres pays développés, est basée sur des notions de seuils fondés sur une fraction du revenu médian à l'échelle d'un pays.

Le revenu médian est celui qui partage une population donnée en deux moitiés : une moitié touche moins et l'autre touche plus. C'est donc un indicateur monétaire sur lequel se base les mesures officielles.

En 2008, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) fixe le seuil officiel de pauvreté qui correspond à un revenu se situant à 60% du revenu médian. Le choix du seuil à 60 % résulte d'un consensus au sein de l'Union Européenne. Cette approche commune dans tous les pays rend les comparaisons possibles. Le seuil de grande pauvreté est lui fixé à un revenu à 50% du revenu médian. Il existe un troisième seuil fixé à moins de 40% du revenu médian qui correspond à l'extrême pauvreté.

1.1.1.4 – Sans abri et sans domicile fixe

Parmi le large spectre des situations de grande précarité se trouvent à l'extrémité les personnes dites « Sans Domicile Fixe » (SDF).

La grande précarité et la grande pauvreté à la fois sont induites et conduisent à de nombreuses privations d'ordre monétaire, d'ordre matériel, sur le plan du travail et de la domiciliation. La dimension d'instabilité relevée dans l'état de grande précarité caractérise le parcours des personnes dites « exclues » dans notre société.

La privation de domiciliation compte parmi le plus criant et douloureux des aspects de la grande précarité. Les expressions de sans-abri et de sans domicile fixe ont vu le jour. Bien que proche, ces deux termes revêtent des réalités différentes (10).

Le terme de sans-abri désigne au sens strict, les personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries. Plus communément, il décrit les individus dormant à l'extérieur (rue, pont, jardin public, autres) ou occupant un abri de fortune, dans des lieux non prévus pour l'habitation (tente, voiture, parking, métro, gare, hall d'immeuble, etc.).

Il faut noter qu'une personne qui effectue des allers et retours entre la rue et des centres d'hébergement ou d'urgence (fermé en journée) est considérée comme sans-abri.

Le sigle SDF est apparu à la fin du XIXe siècle et s'est imposé au début des années 90. Il est devenu un symbole de la grande précarité. Il représente une population plus large. Une personne est dite SDF si elle est privée d'un logement fixe. Cette notion repose donc sur la précarité du lieu d'occupation.

Elle inclut les individus qui vont d'un hébergement à un autre. Elle recouvre également les personnes prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation.

Les structures d'accueil de la grande précarité sont nombreuses (1). Elles offrent principalement des places dans des structures collectives. On compte parmi elles : les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU), les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les hébergements de stabilisation, les résidences sociales (foyers, centres d'accueil, autres) et les logements et chambres conventionnés à l'Aide au Logement Temporaire (ALT). Ces hébergements sont proposés pour des durées variables d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou mois.

En plus des dispositifs d'hébergement, diverses structures se sont développées ces quarante dernières années pour venir en aide aux populations les plus démunies. Elles sont pour la plupart une émanation des associations et fondations caritatives.

Les plus actives et connues sont la Croix Rouge, le mouvement ATD Quart Monde, la Fondation Abbé Pierre et les Restos du Cœur.

Toutes les associations et fondations caritatives venant en aide aux populations en grande précarité, partagent des objectifs communs visant à favoriser :

- La reprise des liens interpersonnels, indispensable à une réinsertion sociale
- La reconstruction d'un projet de vie
- L'incitation à une démarche thérapeutique (si nécessaire) et une aide aux parcours de soins

Symboles de la grande pauvreté, les sans-abris et les SDF sont ciblés dans de nombreux travaux et études en lien avec la grande précarité. Les Boutiques Solidarité, liées à la fondation Abbé Pierre, seront le siège de l'étude dont le protocole est présenté dans la quatrième partie du travail. Ceux sont des structures d'accueil de jour de personnes en situation de grande précarité.

1.1.2 – Typologie de la grande précarité (61)

Les personnes sans domicile fixe sont particulièrement difficiles à recenser et à identifier et ce en lien avec l'instabilité de leur mode de vie et d'hébergement.

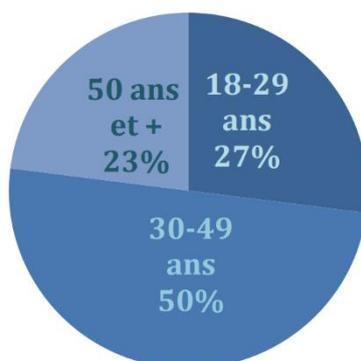
Afin de mieux les connaître, l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et l'INSEE ont mené, en 2001 puis en 2012, les enquêtes dites « sans-domicile » notamment auprès des usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas. Elles montrent une forte augmentation de leur nombre entre ces deux enquêtes.

D'après l'INSEE, début 2012, au moins 141 500 personnes, utilisant les services d'aide, étaient sans domicile en France métropolitaine soit une progression de près de 50 % par rapport à 2001 où leur nombre était d'environ 93 000. Leur localisation se fait essentiellement dans les villes d'au moins 20 000 habitants, cela représente 81 000 adultes et 31 000 enfants.

Les femmes représentent 38 % de cette population. L'agglomération parisienne abrite à elle seule 44 % des SDF alors que les conditions d'hébergement y sont plus précaires qu'en région. 62% des personnes sans domicile fixe vivent seuls et sans enfants. 55% des SDF sont nés à l'étranger et sont plus souvent accompagnés d'enfants. Ainsi 23 700 enfants parmi les 30 700 sont issus de parents étrangers.

Il est à noter qu'un SDF sur 3 vit avec moins de 300 euros par mois et que 45 % d'entre eux nés à l'étranger sont dans ce cas.

Le graphe ci-dessous permet de visualiser la part importante des jeunes adultes avec 27% de la population des sans domicile fixe et que la moitié d'entre eux se concentre dans la tranche d'âge des 30 à 50 ans.



Source : Enquête sans-domicile 2012 (Insee/Ined) D'après France, Portrait social, Edition 2014 Insee

Figure 1 : Répartition en pourcentage des SDF par classe d'âge (61)

1.1.3 – Situation de la grande précarité en France (45)

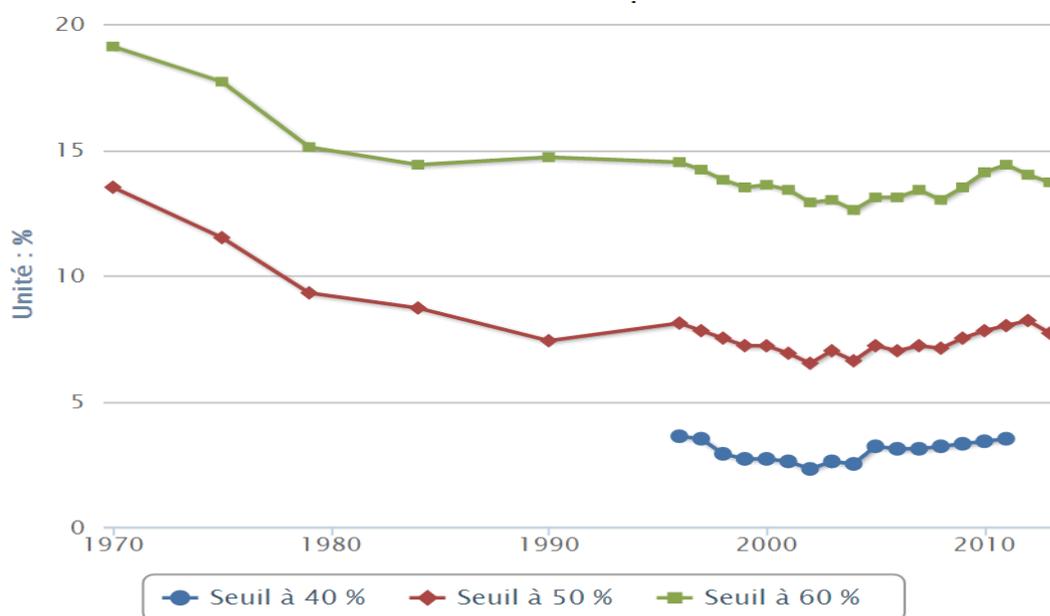
Comme signifié auparavant, l'état de la grande précarité en France ne peut être appréhender que par l'utilisation d'indicateur. Le plus présent dans les données accessibles est l'indicateur monétaire basé sur les seuils de pauvreté.

Selon les données de l'INSEE, la France compte environ 62 millions d'habitants dont :

- 8,5 millions de personnes au seuil à 60% soit 13,7% (2013)
- 4,9 millions de personnes au seuil à 50% soit 7,7% (2013)
- 1,8 millions de personnes au seuil de 40% soit 3,5%. (2011)

En considérant le seuil à 60%, cela traduit pour une personne seule un revenu mensuel de 993€ en 2012. Pour le seuil à 50%, c'est un montant de 828€ en 2012 et au seuil de 40%, cela représente un revenu de 651€ en 2011.

Le graphe suivant permet de visualiser la répartition en pourcentage des personnes en fonction de leur seuil de pauvreté.



Source : Insee – Observatoire des inégalités

Figure 2 : Répartition en pourcentage des personnes en fonction de leur seuil de pauvreté (45)

Entre 2004 et 2013, le nombre de pauvres a augmenté d'un million au seuil à 60%. Il en est de même au seuil à 50%. Les taux de pauvreté sont passés de 12,6% à 13,7% et de 6,6% à 7,7%.

La pauvreté et la grande pauvreté progressent en France de façon importante depuis 2008. Cette hausse est la conséquence de la forte dégradation économique due à la crise financière enregistrée à cette période.

Ainsi, le nombre de personnes en situation de pauvreté au seuil à 60% a augmenté de 800 000 de 2008 à 2012. Il est constaté la même augmentation au seuil à 50%.

Pourtant, la pauvreté a fortement régressé des années 1970 jusqu'à 1990. Mais à partir de cette période la tendance globale s'inverse.

La situation actuelle et ces mouvements de hausse de la pauvreté constitue un tournant historique dans l'histoire sociale de la France depuis les années 1960.

Le tableau ci-après permet de visualiser cette tendance par dates et selon les trois seuils.

Tableau 1 : Pourcentage des personnes dites « pauvres » par année et par seuil (45)

	Seuil à 40 %	Seuil à 50 %	Seuil à 60 %
1970	-	13,5	19,1
1975	-	11,5	17,7
1979	-	9,3	15,1
1984	-	8,7	14,4
1990	-	7,4	14,7
1996	3,6	8,1	14,5
1997	3,5	7,8	14,2
1998	2,9	7,5	13,8
1999	2,7	7,2	13,5
2000	2,7	7,2	13,6
2001	2,6	6,9	13,4
2002	2,3	6,5	12,9
2003	2,6	7,0	13,0
2004	2,5	6,6	12,6
2005	3,2	7,2	13,1
2006	3,1	7,0	13,1
2007	3,1	7,2	13,4
2008	3,2	7,1	13,0
2009	3,3	7,5	13,5
2010	3,4	7,8	14,1
2011	3,5	8,0	14,4
2012	-	8,2	14,0
2013		7,7	13,7

Source : Insee – Observatoire des inégalités

Sur le plan du logement, en 2011 l'INSEE a recensé 141 500 personnes sans domicile fixe, soit 11 500 de plus par rapport à l'année 2010. Depuis 2001, le nombre de SDF a augmenté de 50%.

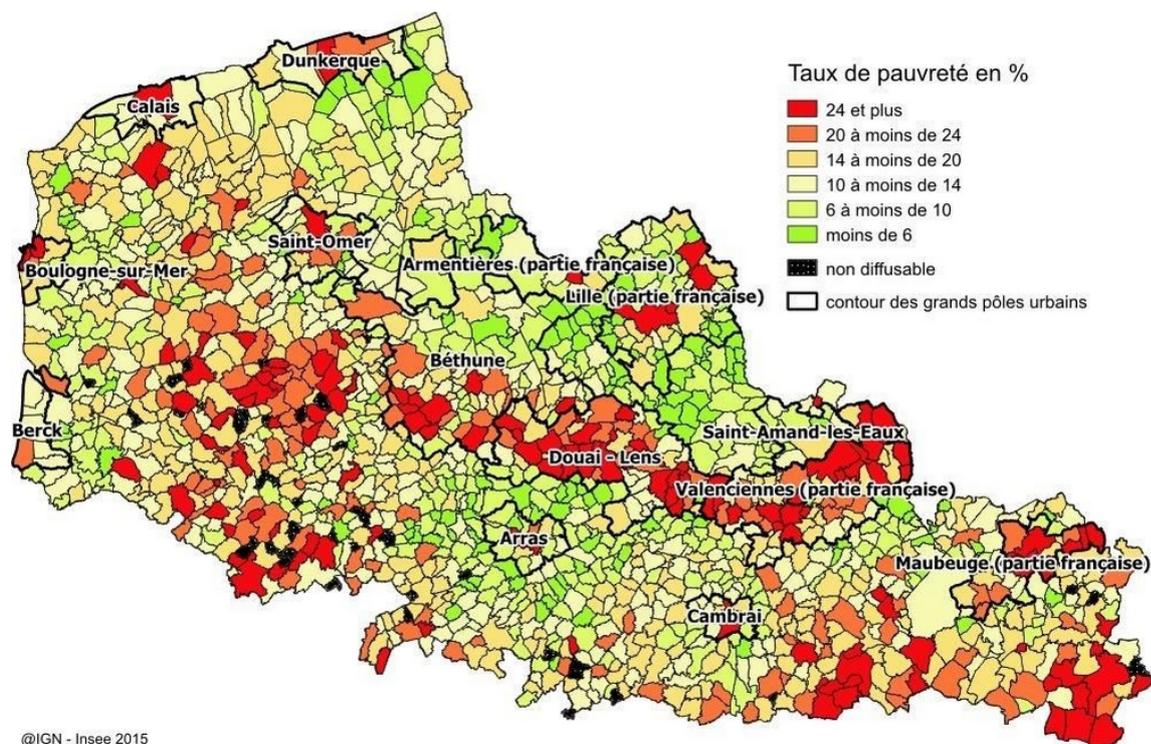
1.1.4 – Situation en région des Hauts de France (37)

Selon l'INSEE en 2012, les habitants de la nouvelle région Nord, Pas-de-Calais, Picardie ont le niveau de vie le plus faible en France métropolitaine. La moitié d'entre eux vit avec moins de 18 100 € par an.

Plus d'un million de personnes, soit 18,1% de la population régionale, vivent sous le seuil de pauvreté. Cela représente près d'un habitant sur cinq contre un sur sept en France métropolitaine. Le Nord-Pas-de-Calais-Picardie est ainsi la troisième région la plus pauvre de France Métropolitaine, derrière le Languedoc-Roussillon (19,8 %) et la Corse (20,4 %).

Au sein de la nouvelle région, pour les 10 % des ménages aux revenus les plus faibles, 46 % du revenu disponible provient des prestations sociales. Le système redistributif joue donc un rôle essentiel. (38)

Ce phénomène touche plus particulièrement les familles monoparentales, les jeunes et les ménages vivant en milieu urbain. Si globalement la pauvreté est présente dans toutes les villes-centres des grandes aires urbaines de la région, certaines d'entre elles dans l'ancien bassin minier ou dans l'Avesnois connaissent une pauvreté également dans les plus petites aires urbaines qui apparaissent très clairement sur la carte ci-dessous.



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier Localisé Social et Fiscal

Figure 3 : Taux de pauvreté en fonction de la situation géographique du canton (37)

1.2 – Le système de santé favorisant l'accès aux soins

1.2.1 - Le système de santé Français : origine et grands principes (47)

Le système de santé français, piloté par l'Etat au niveau national comme au niveau régional est un système public financé par les cotisations sociales des travailleurs et par des impôts permettant d'assurer l'accès à la santé pour l'ensemble des citoyens. Deux grands enjeux se posent : la maîtrise des dépenses de santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Il est à noter que, dans la gestion du système de santé publique, l'Etat est peu intervenu. Ainsi, seules deux lois, à un siècle d'intervalle, ont été officiellement libellées « loi de santé publique ».

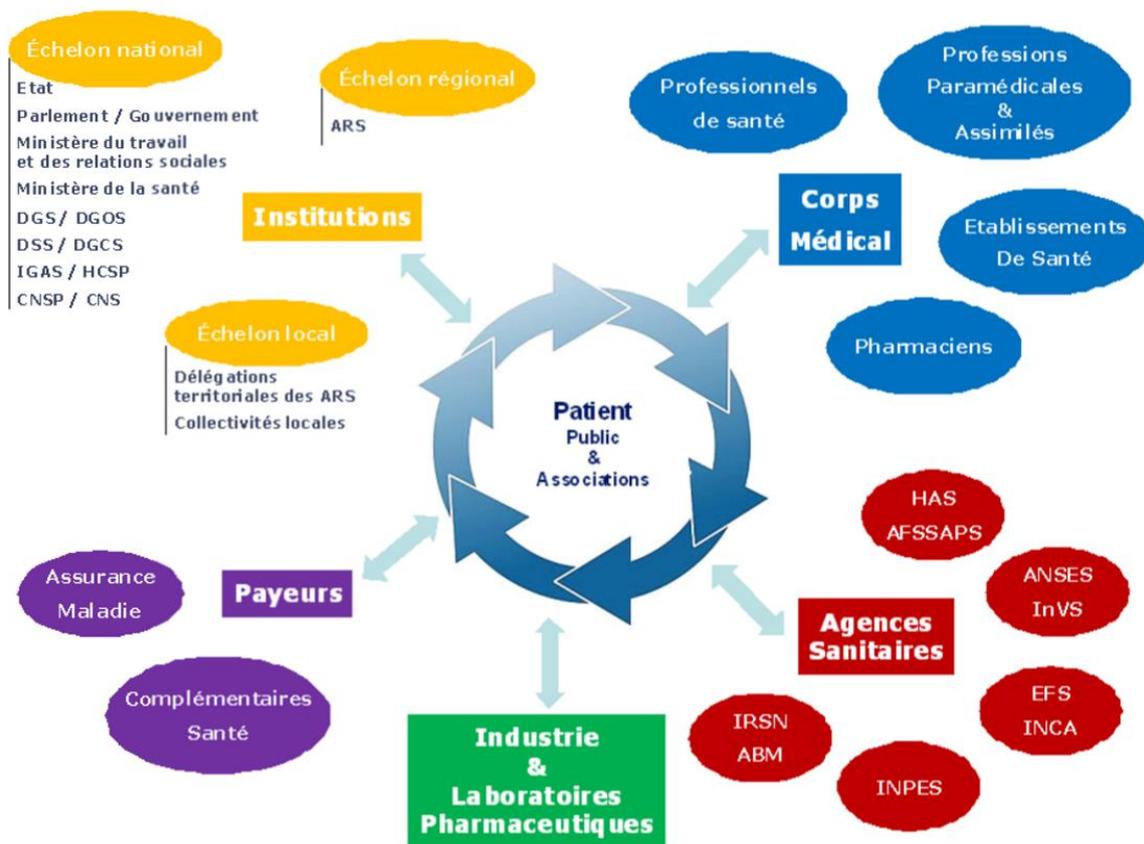
La loi de 1902 qui définissait une liste de maladies à déclarer ainsi que des vaccinations obligatoires, des mesures en matière de désinfection ainsi qu'une surveillance des décès au niveau des villes.

La loi de 2004 qui ambitionnait de redonner un cadre à l'ensemble des acteurs de la santé publique en créant de nouvelles structures nationales et régionales d'expertise, de concertation et de coordination des acteurs ainsi qu'en définissant des objectifs de santé quantifiés et évalués tous les 5 ans.

Le début du XXI^e siècle marque des changements organisationnels se traduisant par des transferts de compétences en matière de santé pour les départements (lois de décentralisation des années 1980) ainsi que par l'affirmation du cadre régional comme support de l'intervention de l'Etat.

Le schéma qui suit, permet de mieux appréhender l'organisation du système de santé français en 2011 avec ses acteurs, répartis autour du public, en quatre grandes entités que sont : l'état ; les organismes payeurs ; les agences sanitaires et bien sûr le corps médical.

Il est à préciser qu'en 2012, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a été remplacé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). (28)



Source : Le système de santé en France. (47) (28)

Figure 4 : Classification du système de santé Français par acteurs.

(A la fin de la thèse, un document détaille l'ensemble des abréviations)

Le système de santé Français se distingue par trois types de protection :

- **La protection de base.** Elle est assurée par les organismes de sécurité sociale et les organismes d'assurance chômage. Les régimes principaux sont le régime général (géré par Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), le régime agricole (géré par la Mutualité Sociale Agricole, MSA), le régime des travailleurs indépendants (géré par le Régime Social des Indépendants, RSI). Ces organismes versent plus de 80 % des prestations sociales.
- **La protection complémentaire.** Elle est assurée par les organismes tels que : mutuelles, compagnies d'assurance privées, institutions de prévoyance ... Elles versent environ 5 % des prestations sociales, en complément de la protection de base.

- **Les prestations de solidarité.** Elles sont servies par les pouvoirs publics (Etat et collectivités territoriales) et correspondent à environ 11% des prestations sociales versées. Elles seront détaillées ci-dessous dans le point 1.2.2.

Il est à remarquer ces dernières années, une augmentation de la participation des organismes privés en lieu et place des organismes publiques, dans la cadre du financement de la santé en France. Le mouvement de privatisation s'accroissant peut laisser augurer à terme une disparité dans le financement de la santé de chacun sur une base strictement financière avec pour conséquence potentielle l'instauration d'une médecine "à deux vitesses", la notion de « surcomplémentaire » en est l'exemple type.

Pour contrer la précarité, l'Etat a développé des politiques d'assistance et de lutte contre la pauvreté et ses conséquences. C'est dans ce cadre que différents dispositifs ont été créés sur le plan de la santé. C'est le volet des prestations de solidarité.

1.2.2 – Les dispositifs de santé à destination des personnes en précarité (14)

1.2.2.1 – La Couverture Maladie Universelle (CMU)

La Couverture Maladie Universelle (CMU) permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couverte par un régime de sécurité sociale.

Issue du plan « Juppé » de 1999, il s'agit d'un régime de couverture médicale par une assurance maladie universelle dont l'affiliation ne repose pas sur une condition de travail mais sur une condition de résidence.

Elle est issue de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 et rendue effective au 1er janvier 2000 (16)

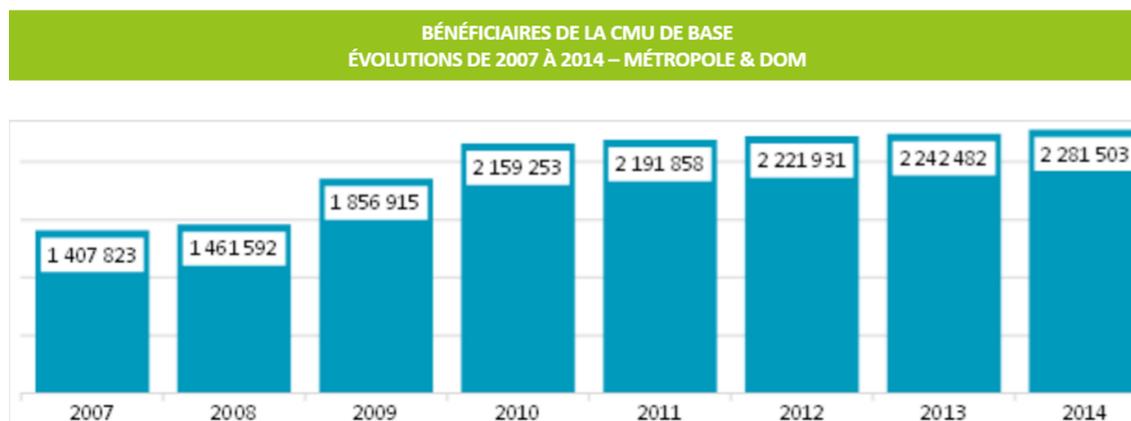
Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu annuel inférieur à un plafond déterminé, les autres devant s'acquitter d'une cotisation de 8% de la part de leurs revenus fiscaux supérieure à ce plafond. Il est de : 9164€ au 30 septembre 2013, 9534€ au 30 septembre 2014 et 9601€ jusqu'au 31 décembre 2015.

Elle permet d'être remboursé des frais de santé (y compris à l'hôpital) dans les mêmes conditions que les autres assurés.

Les conditions d'accès sont multiples, il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour l'obtenir. Il faut également vivre de manière stable en France métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer (DOM) de manière ininterrompue depuis au moins trois mois. Pour les travailleurs frontaliers,

certaines personnes de nationalité étrangère peuvent être couvertes grâce à des accords conclus avec leur pays d'origine.

Le graphique ci-dessous permet de constater l'augmentation régulière du nombre des bénéficiaires avec notamment un pic à partir de 2008 correspondant au déclenchement de la crise financière mondiale survenue à partir de ce moment.



Source : cmu.fr

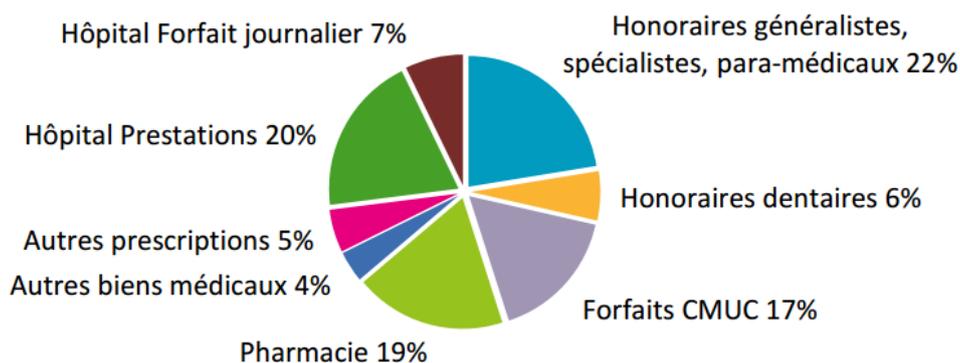
Figure 5 : Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU de base (14)

La CMU devient la Protection Universelle Maladie (PUMA) :

Le 1er janvier 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) entre en application, la CMU de base est supprimée. La protection universelle maladie assure aux personnes qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité. Le plafond est porté à 9611€ de revenus annuels.

1.2.2.2 – La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

La CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale. La répartition par poste de dépense en trésorerie est figurée dans le graphe suivant avec notamment 17% de l'enveloppe qui est consacrée aux forfaits CMU-C destinés à prendre en charge les montants au-delà du tarif de responsabilité pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique médicale et les prothèses auditives.



Source : cmu.fr

Figure 6 : Répartition par poste des dépenses de santé de la CMU-C (14)

Pour faciliter l'accès aux soins, les bénéficiaires n'ont pas à payer directement leurs dépenses de santé (il s'agit de la dispense d'avance de frais) et ont la possibilité de consulter tout professionnel de santé. Aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé sauf en cas d'exigence particulière de la part du patient.



Source : cmu.fr

Figure 7 : Décomposition de la consultation chez un professionnel de santé pour la CMU-C (14)

En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. La CMU-C prend également en charge les prescriptions : médicaments, analyses médicales ...

Les conditions d'accès sont identiques à la PUMA, telles qu'avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour l'obtenir et vivre de manière stable en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois avec un plafond de ressources variant selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

Un site dédié (www.cmu.fr) permet de calculer le plafond annuel de référence pour chaque situation.

Par exemple, il est en 2016 de 8653 € pour une personne seule vivant en métropole. La CMU-C est accordée pour un an donc son renouvellement doit être demandé chaque année.

En 2014, le nombre total de bénéficiaires de la CMU-C pour la France et les DOM était d'un peu plus de cinq millions (5 090 189).

Les Hauts de France (Nord, Pas-de-Calais, Picardie) arrivent en deuxième position des régions comprenant le plus grand ratio de bénéficiaires de la CMU-C par rapport au nombre d'habitants avec 10.8% derrière les départements d'outre-mer (32.4%).

La cartographie suivante permet de mieux se figurer la proportion des bénéficiaires de la CMU-C par département par rapport à la population totale en septembre 2015. (15)



Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs
(Darkest Blue)	>= 7,9%	<= 14,5%	20	1 761 764	37,7%
(Dark Blue)	>= 6,8%	< 7,9%	19	910 893	19,5%
(Medium-Dark Blue)	>= 6,1%	< 6,8%	19	855 474	18,3%
(Medium-Light Blue)	>= 5,0%	< 6,1%	19	690 412	14,8%
(Lightest Blue)	>= 2,7%	< 5,0%	19	448 404	9,6%
			96	4 666 946	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE – Outil carte : Philcarto

Figure 8 : Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par département par rapport à la population totale (15)

1.2.2.3 – L'Aide Médicale d'Etat (AME) (14)

L'Aide Médicale d'Etat (AME), s'inscrivant dans le cadre de la lutte contre les exclusions, s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Elle est destinée à prendre en charge leurs dépenses médicales et permettre l'accès aux soins. Elle est attribuée sous condition de résidence (depuis plus de trois mois en situation irrégulière) et de ressources (les mêmes plafonds que pour la CMU-C). Dans le cadre de l'examen en première lecture du projet de loi relatif au droit des étrangers en France, le Sénat a adopté un amendement qui prévoit d'ouvrir ce dispositif à tout étranger en situation irrégulière, sans condition de durée de résidence minimale, contrairement à la condition de résidence de trois mois actuellement en vigueur.

En un siècle, de 1893 à 1999, l'AME sera initialement passée de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) à l'Aide Médicale Départementale (AMD). D'abord à destination des plus pauvres pour devenir une aide médicale exclusivement à destination des sans-papiers, souvent les plus démunies, leur permettant d'accéder aux soins élémentaires.

Le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 a été réellement fondateur car il a permis de mettre en place un mécanisme, un système homogène d'assistance du point de vue national alors que le modèle d'assistance précédent était devenu confus et disparate entre les départements qui en avait la charge.

Aujourd'hui, un étranger qui ne dispose pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant qu'il a entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour, peut sous certaines conditions bénéficier de l'AME.

Fin 2013, le nombre de bénéficiaires s'élève à 282 425, dont 19 779 en outre-mer (7 %), contre 215 763 en 2009, soit une hausse de 30 % en quatre ans. Il est constaté une très forte accélération de l'augmentation en 2012, avec une hausse de 30 % du nombre de bénéficiaires entre mars 2012 et juin 2013 représentant 63 000 ouvertures de droit.

Le profil des bénéficiaires de l'AME de droit commun demeure relativement stable : il s'agit pour plus de 80 % de personnes seules, majoritairement des hommes, généralement jeunes : en 2013, 19 % d'entre eux étaient mineurs et 40 % avaient entre 18 et 30 ans.

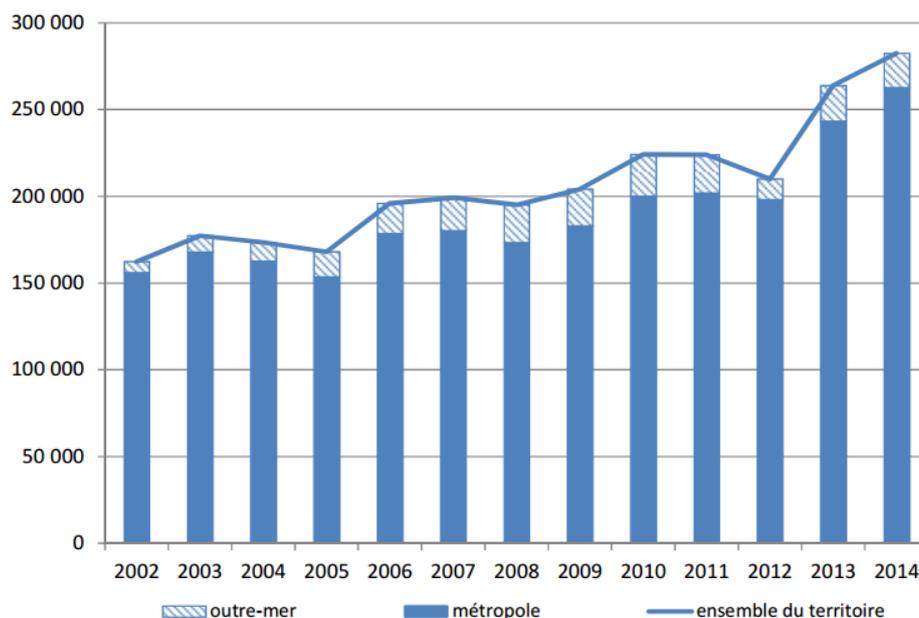
Lors de l'audition des représentants de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), il a été confirmé que la hausse des dépenses est corrélée exclusivement à la hausse non maîtrisable et mal anticipée des bénéficiaires, le coût moyen par patient étant quant à lui relativement stable sur la période.

Face à la hausse constante des dépenses d'AME et à la progression du nombre de bénéficiaires, le précédent Gouvernement avait mis en place plusieurs mesures de contrôle dans le cadre de la loi de finances rectificative du 29 décembre 2010.

La deuxième loi de finances rectificative pour 2012 a supprimé les mesures relatives au droit de timbre (participation forfaitaire de 30€) et à l'agrément préalable pour soins coûteux, après deux ans de mise en œuvre.

Le Rapporteur spécial de l'Assemblée Nationale avait condamné la suppression de ces dispositifs en l'absence d'alternative, car ils constituaient une première étape vers une réforme approfondie en faveur de la responsabilisation des acteurs. (50)

Le graphique suivant permet de visualiser incontestablement que la réforme avait produit des effets notables sur la maîtrise de la dépense au vu des résultats 2011 et 2012, comparés aux années antérieures et postérieures :



Source : Assemblée Nationale

Figure 9 : Evolution du nombre de bénéficiaire de l'AME (50)

Pour y accéder, les demandeurs doivent résider en France de manière irrégulière, c'est-à-dire sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours. Il faut également vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis une durée ininterrompue de trois mois au moins.

Comme pour les autres aides, les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer, il est identique à celui de la CMU-C.

Souvent désignée au singulier, l'aide médicale d'Etat recouvre en réalité les trois dispositifs suivants :

- **l'AME de droit commun**, destinées aux étrangers regroupant les conditions d'accès nécessaires.

- **l'AME pour soins urgents** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des soins urgents.

- **l'AME dite « humanitaire »**, accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises) par décision individuelle du ministre compétent. Ce dispositif de prise en charge, qui n'a pas le caractère d'un droit pour les personnes soignées, représente chaque année moins d'une centaine d'admissions pour soins hospitaliers.

Comme explicité dans le tableau ci-dessous, L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie mais les dépassements d'honoraires restent à la charge du patient. De plus, contrairement à la CMU-C, il n'existe pas pour l'AME de forfaits supplémentaires pour la prise en charge des soins dentaires, lunettes, ou prothèses auditives.



Source : cmu.fr

Figure 10 : Décomposition de la consultation chez un professionnel de santé pour l'AME (14)

1.2.2.4 – L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Autrement dit, c'est une aide financière attribuée par le régime de santé de base lorsque le bénéficiaire dispose de revenus faibles mais malgré tout supérieurs au plafond pour obtenir la CMU-C. Elle peut être octroyée dans la limite de 26% du dépassement de ce plafond.

Issue de la loi du 13 août 2004, elle a permis de créer une aide financière pour les personnes en difficulté qui souhaiteraient souscrire ou continuer à bénéficier d'une complémentaire santé.

Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer le contrat de complémentaire santé facilitant l'accès aux soins en permettant la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé. Concrètement, elle permet de réduire, et dans certains cas de prendre en charge totalement, le montant de la cotisation annuelle. Lors des visites chez le médecin, l'ACS permet également de bénéficier d'une dispense totale d'avance de frais.

Le tableau suivant permet de constater le quasi doublement en cinq ans du nombre de bénéficiaires d'attestations, tout régime confondu, en passant de 631.000 à 1.202.000 personnes. (15)

Tableau 2 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'attestations (15)

Mois Années	Mois CNAMTS		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS, RSI, CCMSA – ACM	Pourcentage de bénéficiaires utilisateurs d'attestation	Coût annuel pour le Fonds CMU	Coût annuel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
2010	344 717	582 886	631 493	84,2%	134 926 821 €	259 €
2011	407 563	708 074	763 079	84,6%	157 316 107 €	273 €
2012	528 112	935 067	1 005 161	83,1%	195 497 316 €	276 €
2013	621 074	1 083 528	1 157 178	79,8%	234 900 932 €	278 €
2014	646 124	1 120 126	1 202 290	79,3%	273 197 073 €	296 €

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

Le montant accordé varie selon l'âge du bénéficiaire et viendra en déduction du coût annuel de la complémentaire santé :

- moins de 16 ans 100€
- de 16 à 49 ans 200€
- de 50 à 59 ans 350€
- 60 ans et plus 550€

Afin de réduire le montant restant à la charge du bénéficiaire sur le prix du contrat, des aides supplémentaires peuvent être accordées par les caisses d'assurance maladie.

Cette aide est utilisable sur l'un des contrats de complémentaire santé spécialement sélectionnée pour leur rapport qualité-prix. Grâce à l'ACS, il est également possible d'obtenir des réductions sur des factures de gaz et d'électricité.

Les conditions d'accès sont identiques à celles de la CMU-C hormis la partie ressources. Le plafond est fixé en référence au montant d'attribution de la CMU-C. Ainsi, pour bénéficier de l'ACS, les ressources du foyer doivent être comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35%.

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois, le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

2 – Perception de la santé et grande précarité

2.1 – Santé et précarité

2.1.1 – Définition de la santé

2.1.1.1 – Définition du dictionnaire

Le dictionnaire définit la santé comme l'état de bon fonctionnement de l'organisme (34).

2.1.1.2 – Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (46).

Cette définition date de juin 1946 et figure dans le préambule à la constitution de l'OMS. Notons que cette définition n'a pas été modifiée depuis.

2.1.2 – Perceptions, représentations et réalité de la santé des personnes en situation de grande précarité

2.1.2.1 – Leurs perceptions (18) (12)

Les personnes sans domicile fixe, bien qu'elles soient en moyenne plus jeunes, se déclarent moins fréquemment en bonne santé que l'ensemble de la population.

Leur état de santé perçue est le reflet d'une santé physique et psychique dégradée car aggravée par d'autres problèmes que ceux directement liés à la santé. Cette perception est sensible à de nombreux facteurs psychosociaux : faible estime de soi, ruptures sociales, discrimination.

Il est possible de mesurer cette santé perçue au travers de différents types d'enquêtes auprès de populations cibles. L'OMS n'impose pas un ensemble précis de réponses, mais recommande « de se servir de cinq catégories précisées verbalement et incorporant des termes communs tels que "bon" ou "mauvais" ».

Il convient bien sûr de ne pas biaiser les résultats vers les réponses positives par un questionnement asymétrique tel que ci-dessous avec l'échelle de réponse utilisée en Amérique du Nord, Australie et Nouvelle Zélande :

Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise
-------------------	-------------------	--------------	----------------	-----------------

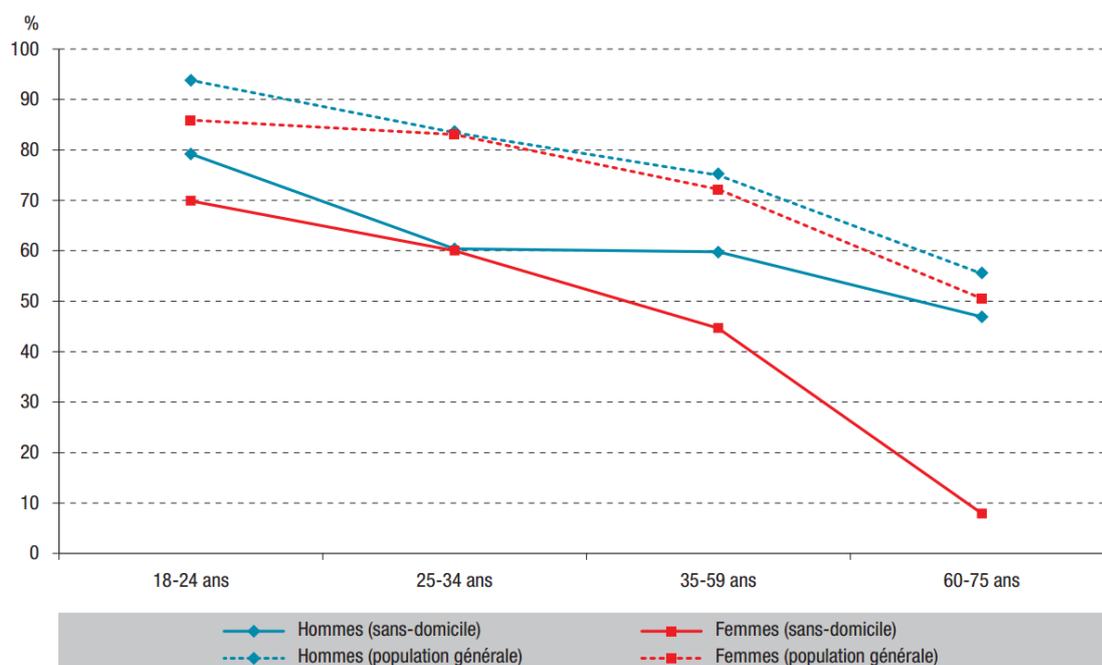
Alors que dans la plupart des autres pays de l'Organisation de Coopération de Développement Economique (OCDE), l'échelle des réponses est symétrique et comporte les catégories :

Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	Très mauvaise
-------------------	--------------	----------------	-----------------	----------------------

Bien que la population des sans-domicile présente une structure par âge plutôt jeune avec 40 ans de moyenne, les personnes interrogées sont moins nombreuses en proportion à se considérer comme en bonne ou en très bonne santé (55%) par rapport à la population générale (69%).

Dans le graphique ci-après, il est constaté que, quel que soit l'âge, les femmes sans domicile se déclarent en moins bonne santé que les hommes, seulement 70% des femmes âgées de 18 à 24 ans se déclarent en "bonne" ou "très bonne" santé (contre 80% pour les hommes).

Même si l'écart reste minime jusqu'aux âges intermédiaires, celui-ci s'accroît particulièrement à partir de 60 ans, puisque moins d'une femme sans domicile sur dix se déclare en bonne santé contre un homme sur deux pour qui la courbe reste proche de la population générale.



Sources : INED, INSEE, enquête auprès des personnes fréquentant les services d’hébergement ou de distribution de repas 2012. IRDES, Enquête santé et protection sociale, 2012

Figure 11 : Evolution de la santé perçue des SDF par rapport à la population générale (61) (12)

2.1.2.2 – Leurs représentations

Des études sociologiques révèlent que les personnes en situation de grande précarité ont une conception et une vision plus restreintes de la santé. Ainsi, pour nombre d’entre eux, le fait de ne pas être malade, représente un état relatif de "bonne santé".

Selon l’étude menée par Anne-Françoise Dequiré, « Le Corps des sans domicile fixe » (20), la vie que mène les grands précaires transforme durablement leurs repères, les priorités changent, évoluent : la satisfaction des besoins primaires ou immédiats est une préoccupation perpétuelle qui occulte les autres problèmes. Ils vont prioriser l’estime de soi (et tenter de conserver ce qu’il en reste), ensuite vient le refus du froid, de la faim puis vient la sécurité et enfin ils envisagent leur santé physique.

Paradoxalement, conserver un état de bonne santé permettrait à leur corps d’avoir un fonctionnement correct et de remplir les fonctions nécessaires pour faire face aux rudes conditions de vie auxquelles ils sont confrontés. En effet, ils ne peuvent se permettre de tomber malade étant donné la lutte qu’ils mènent quotidiennement pour survivre.

Ils sont souvent atteints de pathologies, dues essentiellement au manque d’hygiène lié aux mauvaises conditions sanitaires rencontrées, et beaucoup ne souhaitent pas consulter un médecin car ils ont conscience qu’ils dérangent et refusent toute nouvelle humiliation. Or pour être soigné, il faut en faire la demande, et cette démarche s’avère complexe pour nombre d’entre eux.

Dans nos sociétés modernes, le corps est la figuration concrète de l'identité, Gilles Lipovetsky (41) parle de « corps psychologique » et met en avant la dépendance qui existe entre la société, l'individu et son corps. Cette relation demeure unidirectionnelle, c'est à dire que l'individu subit les effets liés aux modifications de la société car c'est elle qui impose les normes sous peine pour l'individu, qui ne respecterait pas les règles, d'être marginalisé et de subir le regard critique des autres.

Ainsi, dans les entretiens menés par Anne Françoise Dequiré, les interviewés cherchent pour la plupart à maintenir une hygiène de base pour rester dans la norme, se fondre dans la masse, afin de ne pas montrer leur nouveau statut car tous rappellent combien le regard de la société est implacable.

David Le Breton (35) précise que :

« Le corps doit passer inaperçu dans l'échange entre les acteurs, même si la situation implique pourtant sa mise en évidence. Il doit se résorber dans les codes en vigueur et chacun doit pouvoir retrouver chez ses interlocuteurs, comme dans un miroir, ses propres attitudes corporelles et une image qui ne le surprenne pas »

Même si les grands précaires souhaiteraient consacrer de l'importance à leur hygiène, leurs rapports au corps et à la santé est révélateur de la dureté de leurs conditions de vie. Le délaissement de leur corps n'est souvent que la marque de leur état de souffrance psychique.

Les entretiens confirment que la représentation de la santé est réduite uniquement à l'absence de maladie en occultant la dimension mentale et sociale de la santé au sens de la définition de l'OMS.

Plus la désocialisation perdure et plus la demande de soins diminue, le grand précaire tend à diagnostiquer lui-même son mal, l'attention à son propre corps et le ressenti du message douloureux s'altèrent. Ainsi, très fréquemment, des lésions souvent graves ne donnent pas lieu à des plaintes ou à des demandes.

Ils repoussent sans cesse la perception de la douleur physique au-delà des limites dites ordinaires : « Nombreux sont ceux qui, travaillant auprès de personnes sans domicile fixe ou toxicomanes, notent chez elles un seuil parfois très élevé de tolérance à la douleur et au désordre physique. » (48)

Les personnes évitent une consultation tant qu'elles estiment que leur état de santé ne nécessite pas d'intervention chirurgicale et ne reconnaissent souvent la réalité de la maladie qu'à partir du moment où celle-ci devient un handicap, c'est-à-dire lorsqu'elle les empêche de faire ce qu'ils jugent indispensable.

2.1.2.3 – Etat de santé constaté

En novembre 1996, ouvrant une conférence organisée par l'Institut de l'Humanitaire sur les relations entre "précarité et santé", Bernard Kouchner évoquait "le syndrome de la précarité" en ces termes : « Le chômage et l'incertitude, le mal-être et la souffrance psychologique entraînent des affections graves. On appelle ces situations nouvelles des sociopathies ». (36)

Les personnes en situation de grande précarité présentent un état de santé général plus dégradé que le reste de la population. Il est constaté une hiérarchie des affections dont elles souffrent. Avec les pathologies d'ordre psychiatriques et psychologiques, les affections pulmonaires, les maladies digestives et les maladies cutanées.

Les intervenants sociaux et de la psychiatrie témoignent de leurs difficultés respectives à accompagner les personnes en précarité souffrant de troubles psychiatriques. Les acteurs du social sont confrontés à la difficulté de caractériser les troubles rencontrés, d'évaluer la nécessité de soins psychiatriques, et de gérer les troubles qui viennent entraver les projets d'insertion.

De leur côté les acteurs de la psychiatrie sont confrontés à la grande précarité des personnes qu'ils prennent en charge, accroissant les difficultés à élaborer et mettre en œuvre des soins qui puissent avoir une chance de déboucher sur une réinsertion durable en milieu ordinaire

Ces pathologies sont souvent liées à l'état d'exclusion ou de précarité, amplifiées par l'abus de substances psychoactives et des conduites addictives. Le rapport Samenta (31) estime ainsi qu'un tiers de la population des grands précaires souffre de troubles psychiatriques sévères tels que les troubles psychotiques, troubles de l'humeur, et troubles anxieux.

Néanmoins, le rapport Lazarus (32), consacré à la psychiatrie et à la grande exclusion, insiste sur l'importance de la souffrance psychologique, généralement sous-évaluée par rapport à la pathologie psychiatrique qui paraît quant à elle surévaluée.

Le trouble physique le plus souvent évoqué est la migraine et comme dans l'ensemble de la population, celle-ci touche deux fois plus souvent les femmes que les hommes, 30 % des femmes sans-domicile sont concernées.

Hormis les troubles psychiatriques et la migraine, les maladies déclarées les plus fréquentes sont les maladies respiratoires (bronchite chronique, asthme, voire tuberculose) dont souffrent 14 % d'entre eux soit le double de la population générale.

En outre, 10 % des sans-domicile se plaignent de maladies du système digestif, 6 % de maladies du foie et 9 % de désordres alimentaires importants tels la boulimie ou l'anorexie soit un rapport de trois à cinq fois supérieur à celui rencontré dans le reste de la population. Enfin, 7 % des sans-domicile souffrent de maladies de la peau (eczéma, mycoses, psoriasis, gale, etc.). (19)

2.2 – La santé bucco-dentaire

2.2.1 – Les enjeux de la santé bucco-dentaire (23) (30)

La cavité buccale participe à de nombreuses fonctions essentielles dont les principales sont la mastication, la digestion, la phonation, la respiration et l'expression faciale. Les enjeux liés à la santé bucco-dentaire sont donc nombreux.

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut engendrer de graves répercussions sur l'état de santé général d'un individu. Les conséquences peuvent être physiques mais aussi psychologiques et sociales, confirmant que prendre soin de ses dents, c'est prendre soin de son corps.

Les principaux troubles induits par un mauvais état de santé bucco-dentaire seront dépeints de façon concise et non exhaustive.

2.2.1.1 – Les infections à distance

Des pathologies bucco-dentaires peuvent favoriser l'apparition de maladies infectieuses ou contribuer à l'aggravation de pathologies préexistantes. En effet, un foyer infectieux au niveau dentaire ou parodontale peut être à l'origine d'une diffusion bactérienne dans le corps par le truchement de la vascularisation.

Cette septicémie peut avoir pour cible l'organe cardiaque et être à l'origine de pathologies telle que l'endocardite d'Osler.

Des pneumopathies peuvent être aggravées par une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou une maladie parodontale qui favoriseraient la colonisation de la région oro-pharyngée par des pathogènes respiratoires.

2.2.1.2 – Les troubles digestifs et nutritionnels

La première étape de la digestion se fait dans la cavité buccale par la mastication et l'action de l'amylase salivaire, préparant le bol alimentaire pour le transit œsophagien.

Des édentements non compensés par un appareillage prothétique efficient diminuent fortement la capacité masticatoire, avec pour conséquences possible des irritations œsophagiennes et des troubles gastro-intestinaux.

Sur le plan nutritionnel, des gênes et douleurs bucco-dentaires et une fonction masticatoire altérée peuvent conduire l'individu qui en souffre à modifier son comportement alimentaire et le mener à consommer une alimentation de texture plus molle, moins variée et plus pauvre en nutriments, avec le risque d'aboutir à un déséquilibre nutritionnel.

2.2.1.3 – Les troubles musculo-squelettiques

Des édentements et l'absence de soins prothétiques de substitution sont à l'origine de perturbations occlusales statiques et dynamiques qui peuvent avoir des conséquences sur l'Articulation Temporo-Mandibulaire (ATM).

Ces troubles de l'ATM peuvent se communiquer, de proche en proche par les déséquilibres musculaires induits, à la région cervicale voire plus loin.

2.2.1.4 – Les troubles psychologiques et sociaux

Toute société promeut des critères normatifs de représentation sociale. Dans les sociétés occidentales, sur le plan bucco-dentaire, l'image esthétique et de bonne santé passe par un sourire avec des dents blanches présentant un bon alignement.

Dès lors il peut être constaté, chez l'individu souffrant d'altération de son état bucco-dentaire (surtout antérieur), une baisse de l'estime de soi entraînant une baisse de confiance en soi liée à une image corporelle dégradée.

Cette souffrance psychologique peut amener l'individu à se renfermer sur lui-même, limitant ainsi ses liens aux autres et accentuant cette souffrance.

De même dans le monde du travail, un certain nombre de métiers en lien avec les relations au public, sont totalement fermés à une personne présentant un état bucco-dentaire dégradé. Et dans nombre d'autres domaines professionnels, se présenter à un entretien d'embauche avec des dents altérées peut entraîner un préjugé négatif de la part de l'employeur. A la souffrance psychologique, s'ajoute alors une souffrance sociale.

2.2.2 – L'état de santé bucco-dentaire des plus précaires

Longtemps résumée à l'absence de douleur, la santé bucco-dentaire est devenue synonyme d'esthétique et symbole d'intégration. Cependant, la population des grands précaires, vivant majoritairement dans des conditions particulièrement difficiles ou dans un grand isolement, reste à la marge de cette tendance.

En France, de nombreux travaux ont clairement mis en avant la relation entre la précarité des situations et les problèmes dentaires. Plusieurs rapports destinés aux pouvoirs publics alertent sur la situation dentaire des populations les plus démunies.

Le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES devenu l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé IRDES) (29), en particulier, a consacré plusieurs études qui ont permis d'analyser plus en profondeur le lien entre la dégradation de l'état de santé et les conditions de vie. Ces enquêtes se sont déroulées dans des centres de soins gratuits et dans des associations telles que Médecins Sans Frontières (entre 1988 et 1990). Ces études, centrées sur la spécificité des soins fournis, ont mis en évidence l'importance des pathologies dentaires des patients en situation de grande précarité.

Il est constaté que ces problèmes ne sont pas bien perçus par les grands précaires car bien qu'ayant une santé bucco-dentaire plus dégradée que la population générale et bien que leurs problèmes dentaires soient très importants, ils ne sollicitent que rarement un recours aux soins pour ce motif.

L'enquête "Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité", dite Précalog (8), a été réalisée dans le cadre de l'appel d'offre "Précarité, précarisation et santé" de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Elle a pour objectif d'étudier la santé et les modes de recours aux soins des personnes en situation de précarité. Une des spécificités de cette enquête était de proposer un examen clinique de dépistage des problèmes dentaires, avec l'accord du patient, lorsque l'orientation vers des soins gratuits était possible.

Dans ce cadre, une enquête quantitative (permettant de compiler les évaluations des différents facteurs de précarité, pour en différencier les rôles) a été associée à une enquête qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs (permettant d'interpréter les relations entre facteur de précarité et logique de soins).

L'étude finalisée comprend un volet sur l'analyse de l'état de santé bucco-dentaire des plus précaires. Il en ressort un certain nombre d'enseignement.

L'examen dentaire révèle l'insuffisance des soins et un état de santé très dégradé. Dans 25% des consultations en centre de soins gratuits, le médecin consultant va diagnostiquer un problème bucco-dentaire sur la base des symptômes décrits par le patient alors que moins de 6% d'entre eux déclarent être venus en centre pour un problème dentaire. Il est à remarquer que les personnes ayant souffert de douleurs difficiles à supporter dans les 12 derniers mois ne cite le mal de dents qu'une fois sur dix.

La récente prise de conscience en France de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire est symbolisée par la diminution de l'indice carieux CAO à 12 ans. Il est passé en moyenne de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006.

Cette amélioration est attribuée en grande partie à la généralisation de la consommation des fluorures et à une amélioration des mesures d'hygiène alimentaire (sensibilisation à une alimentation moins cariogène) et buccodentaire qui passent par des pratiques préventives individuelles simples reposant avant tout sur un brossage dentaire biquotidien.

Autre pratique préventive, la visite de contrôle annuelle chez son chirurgien-dentiste qui permet de détecter et traiter précocement les lésions bucco-dentaires limitant ainsi leur aggravation et/ou propagation. Dans les faits, les grands précaires percevant mal les risques bucco-dentaires, ces recommandations apparaissent comme particulièrement compliquées à mettre en œuvre au quotidien.

La carie dentaire est un problème de santé publique dès la petite enfance. L'état de santé dentaire a été fréquemment exploré chez les enfants ou les adolescents, mais peu d'études ont porté sur des tranches d'âges adultes. Les travaux associant une analyse socio-économique étant très rares, la précarité, comme facteur de risque majorant la morbidité dentaire, reste encore insuffisamment précisée dans les publications scientifiques.

Néanmoins, dans les rares études associant la prévalence de la carie à des variables socio-économiques, les résultats montrent systématiquement des scores d'indice carieux plus élevés lorsque la situation socio-économique est défavorisée.

D'ailleurs, des problèmes sont constatés plus fréquemment parmi les personnes défavorisées du fait, à la fois d'une plus grande exposition aux risques (mauvaise alimentation, difficultés sanitaires, violence et traumatismes) et d'une moins bonne gestion de ces problèmes après leur survenue (moins de dépenses engagées pour des soins ou des prothèses).

Concernant les maladies parodontales, la fréquence et le niveau des atteintes dans la population sont mal connus et ne font pas l'objet d'enquêtes régulières. Cependant les stades initiaux de parodontopathies, correspondant à des atteintes légères et généralement réversibles telles que les gingivites, sont très fréquents et peuvent toucher la majorité de la population.

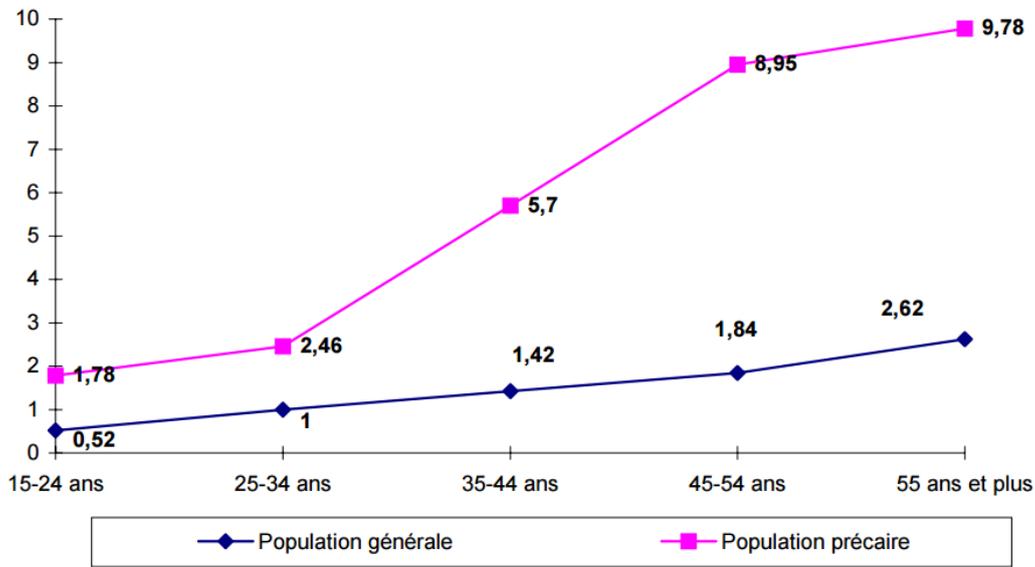
Le CREDES met en évidence une nette différence entre jeunes précaires et étudiants, alors que ces deux populations sont dans une même classe d'âge, qu'il s'agisse de gingivite pour 29,7 % des jeunes précaires contre 15,4% des étudiants, de gingivite peu étendue 21,6 % contre 12,7 % ou de gingivite très étendue 8,2 % contre 2,7 %.

Les formes sévères de parodontopathies, allant jusqu'à la mobilité et la perte de plusieurs dents, atteignent 10 à 20% de la population, majoritairement des grands fumeurs. Les principaux facteurs de risques sont constitués par le tabagisme, le diabète, et toutes les pathologies ou traitements entraînant une altération des défenses immunitaires.

Concernant les édentements, 75% des personnes examinées présentent au moins une dent manquante.

Cette proportion est nettement plus faible dans la population générale avec 38 %.

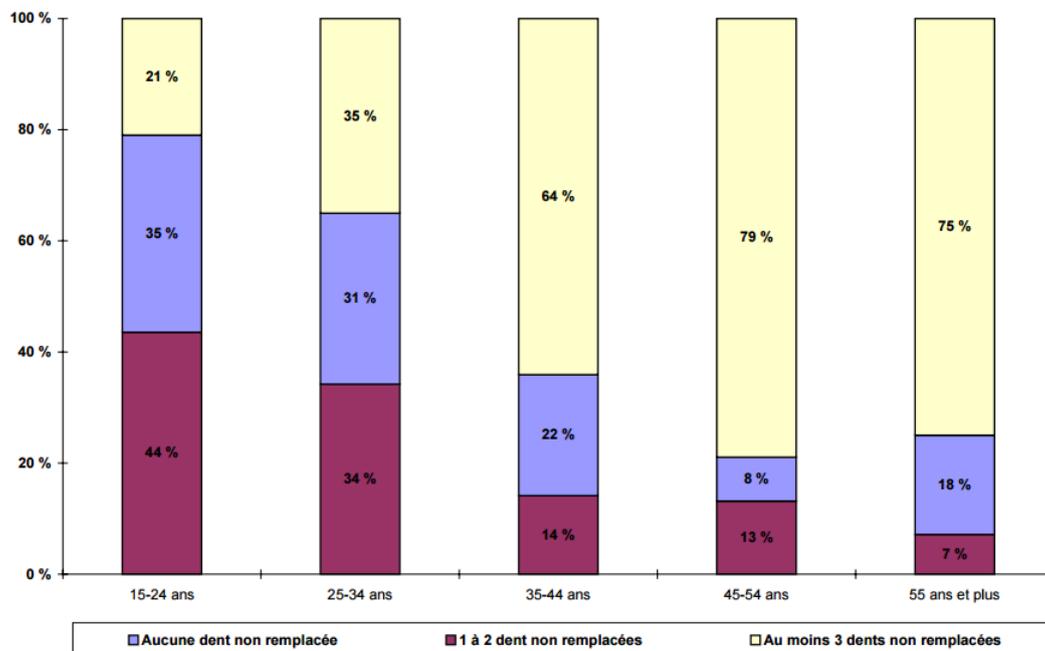
La moyenne par SDF est de 5 dents non remplacées mais cette moyenne est fortement impactée par l'âge avec 1,9 dents manquantes chez les moins de 25 ans (0,5 dans la population générale) et jusqu'à 9,8 dents chez les 55 ans et plus contre 2,6 dents dans la population générale.



Sources : INSEE-CREDES ESSM 1991-1992 et CREDES Précalog 1999-2000

Figure 12 : Nombre de dents manquantes en fonction de l'âge et de la situation sociale (23)

Le graphique ci-dessous permet de mieux se figurer le nombre de dents manquantes par classes d'âge. Ainsi, 65% des moins de 25 ans ont des dents non remplacées et jusqu'à 77% des 45 ans et plus ont au moins 3 dents manquantes non remplacées (79% pour les 45-54 ans et 75% pour les 55 ans et plus)

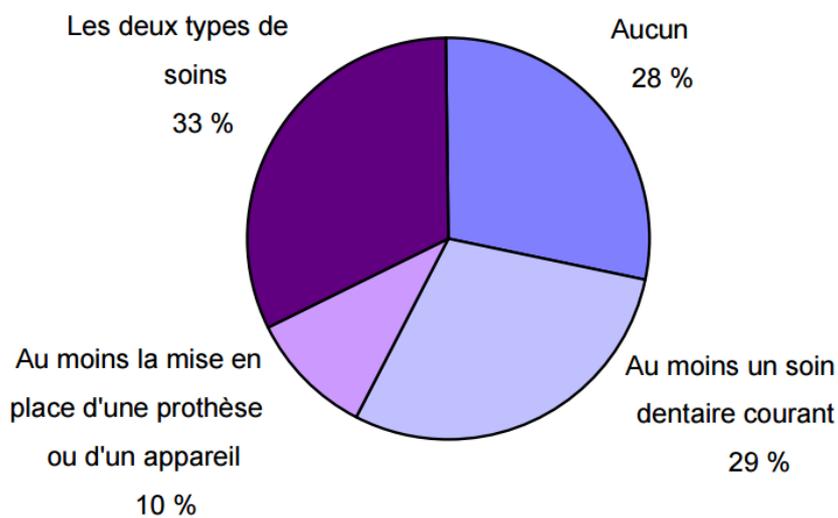


Source : CREDES-Précalog 1999-2000

Figure 13 : Nombre de dents manquantes par classes d'âge chez les SDF (23)

Un grand nombre de précaires n'a jamais fait soigner ses dents malgré de graves problèmes, aucune prothèse dentaire n'a été réalisée chez plus de deux tiers des patients lors de l'examen et seulement un quart d'entre eux, ayant au moins quatre dents non remplacées, présente au moins une prothèse.

Comme détaillé dans le graphique ci-après, pour 30% des cas est jugé nécessaire un traitement contre les caries ou un autre soin courant, pour 10% des grands précaires de l'étude est préconisé la mise en place de prothèse ou d'un appareil dentaire et pour 33% d'entre eux, les deux types de traitements sont requis. Il est à noter que 28% des patients ne nécessitent aucun soin.



Source : CREDES-Précalog 1999-2000

Figure 14 : Pourcentage détecté en centre du nombre de soins nécessaires pour un SDF (14)

Cet état dentaire très dégradé peut entraîner alors des troubles de la mastication (donc une impossibilité de se nourrir correctement), de la phonation, de la déglutition (et par conséquent de la digestion) et un mauvais fonctionnement de l'Articulation Temporo-Mandibulaire.

Cette dernière est d'autant plus altérée que ces personnes, de par leur situation de 'précarité', subissent davantage de stress, qui peut conduire au bruxisme et donc à une usure prématurée des dents constatée au moyen d'indices avec sensiblement plus de troubles de l'A.T.M., notamment avec douleurs, chez les grands précaires.

La prévention des maladies parodontales et des cancers buccaux repose essentiellement sur une hygiène bucco-dentaire efficace, le sevrage tabagique et l'arrêt ou la modération de la consommation d'alcool qui constituent également une préoccupation de santé publique importante. Les personnes en grande précarité sont directement exposées à ces facteurs de risque.

Il faut préciser que les cancers buccaux sont de mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans de 50% et touchent principalement les hommes, avec plus de 80% des cas, et surtout dans la tranche d'âge 65 - 69 ans.

Le prix Nobel d'économie Joseph E. Stiglitz considère que « l'inégalité a un prix et qu'elle alimente, dans notre système économique, une instabilité et une inefficacité qui l'aggravent à leur tour. C'est un cercle vicieux qui nous plonge dans l'abîme ». (56)

En effet, la plupart des pays considèrent l'accès aux soins comme un droit fondamental mais force est de constater la difficulté à assurer l'accès aux soins des grands précaires, ce qui aggrave l'inefficacité du système de santé Français. La conséquence est qu'en général et avec beaucoup de retard, il est procédé à une prise en charge des soins des plus démunis, et cela coûte beaucoup plus cher parce que le traitement est tardif.

Enrique Casalino, chef du service des urgences de l'hôpital Bichat à Paris, confirme que permettre l'accès à une couverture sociale efficace pour les plus démunis coûte effectivement de l'argent, mais dans un second temps, cela permettrait d'en économiser car plus les soins sont tardifs, plus les pathologies s'aggravent et plus le coût des traitements augmente. (11)

La gravité des pathologies, notamment bucco-dentaires, implique une prise en charge lourde et des contraintes associées et, comme il sera développé dans le chapitre traitant des facteurs de non-recours aux soins, le risque de non observance, voir de « démission » du grand précaire est fortement corrélé à la lourdeur et la durée du traitement.

3 – Le recours aux soins bucco-dentaires des personnes en grande précarité

3.1 – Le recours aux soins

3.1.1 – L'offre de soins : les structures de référence et les soignants

3.1.1.1 – Les structures publiques

La question sociale à l'hôpital n'est pas nouvelle. L'alternance du rapprochement et de l'éloignement du sanitaire et du social est sans cesse à l'œuvre. La loi d'orientation du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées, consacrait la séparation du sanitaire et du social.

Néanmoins, le développement actuel de la précarité oblige l'institution hospitalière à s'interroger. D'ailleurs, la loi du 27 juillet 1992 et la circulaire du 17 septembre 1993 définissent le Secteur Public Hospitalier comme le lieu privilégié de reconnaissance, accès et exercice du droit aux soins de ces populations. (42)

En outre, selon l'article 67 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion "l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé". (40)

Comme le dit Eric Molinié (ancien président de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité, la HALDE) dans son rapport sur l'hôpital public en France : "L'hôpital doit non seulement soigner mais aussi participer à la réinsertion des exclus dans un réseau de soins de type médico-social, adapté aux caractéristiques de cette population." (44)

De fait, les personnes précaires arrivent plus fréquemment à l'hôpital en premier recours. La grande précarité conduit à une renonciation plus importante aux soins, particulièrement aux soins de ville. Or, la venue de personnes en grande précarité aux urgences est perçue comme une difficulté, par les équipes médicales et paramédicales qui y travaillent.

Ainsi, il est observé un malaise des soignants, non formés et préparés à prendre en charge les personnes en grande précarité aux urgences, générant un sentiment d'insécurité et une peur de l'agressivité de par les violences physiques ou verbales fréquentes. Les services d'urgence sont ouverts de toutes parts sans possibilité réelle de contrôle des personnes présentes. Cette situation peut nuire aux objectifs de soins fixés par l'Etat.

Ainsi l'étude menée en 2010 par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) (9) sur le point de vue des acteurs hospitaliers lors de la prise en charge des personnes en situation de précarité, décrit trois attitudes de soignants :

- L'attitude exclusive motivée par les convictions : consistant à la réalisation de soins en ignorant le contexte et les conditions de vie du patient.

- L'attitude inclusive motivée par la conscience professionnelle : prise en charge de la personne en précarité au même titre que les autres patients.
- L'attitude inclusive motivée par les convictions : consiste à intégrer la précarité à la réflexion et à la prise en charge thérapeutique.

Constatant que le recours aux urgences de l'hôpital devient une voie classique pour les précaires et ainsi le mode d'accès privilégié au système de soin, les différences d'approche par les soignants dans la prise en charge des grands précaires mettent en lumière la nécessité de faire apparaître une filière spécifique des patients concernés à l'hôpital.

Mandatée par le directeur général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), Françoise Roth a été chargée en 1998 d'analyser l'accès aux soins bucco-dentaires des plus démunis en Ile-de-France. Ses conclusions suggèrent la nécessité de création d'une structure constituant une unité d'accueil et de prise en charge médico-sociale clairement identifiée, jouant le rôle de charnière entre la demande de soin et l'offre de droit commun (54). Suite à ces préconisations, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) voient le jour.

Aujourd'hui, ces PASS dites « généralistes » sont plus de 430 réparties sur tout le territoire et sont implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques de ces derniers (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie, etc.). Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Dans la circulaire du 18 juin 2013 (13) relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé et, afin d'offrir un cadre face à la grande hétérogénéité d'organisation des PASS, il est recommandé de se limiter à deux types de structure :

- La PASS centralisée, dont l'action s'effectue pour l'essentiel sur un local dédié.
- La PASS transversale, c'est-à-dire dont l'activité est peu localisée, car portée par un ensemble des professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement.

Les PASS transversales coûtent moins cher car elles nécessitent moins de personnel mais les PASS centralisées sont celles qui permettent d'assurer un véritable suivi des patients les plus précarisés. Dans les grandes agglomérations, elles reçoivent beaucoup d'étrangers primo-arrivants, tandis que les PASS de zones rurales accueillent en majorité des personnes isolées en situation de précarité qui n'ont qu'une couverture sociale partielle.

Afin d'optimiser l'orientation des patients, le personnel administratif du bureau des entrées, le personnel soignant des consultations externes et du Service d'Accueil des Urgences (SAU) repèrent les personnes en situation de précarité à partir d'indicateurs médico-socio-économiques tels que :

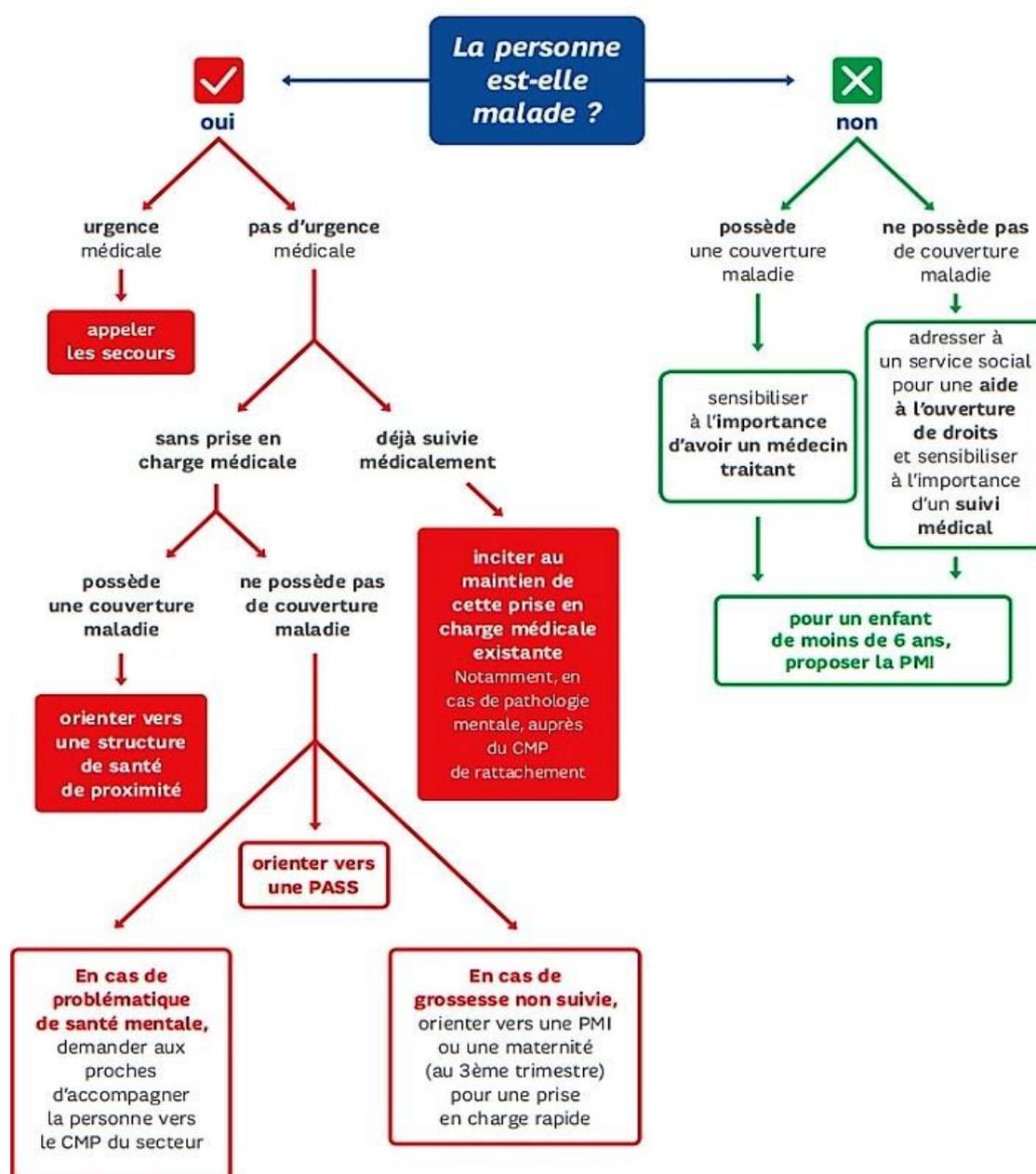
- Absence de domicile fixe
- Absence de logement autonome ou d'hébergement
- Bénéfice de la CMU-C ou de l'AME
- Absence de droit ouvert à l'accès aux soins
- État de souffrance psychique, addiction, ...
- Situation sociale difficile (maltraitance, divorce, rupture familiale, perte d'emploi, etc.)

Pour que la PASS soit fonctionnelle et opérationnelle dans la prise en charge des précaires, il convient d'abord qu'elle soit facilement identifiable et accessible aux patients ainsi qu'aux acteurs internes et externes à l'établissement de santé et que trois types d'activités soient distinguées :

- Auprès des patients : une équipe doit être dédiée à l'accueil, entretiens sociaux, démarches d'accès aux droits, consultations infirmières et médicales, accompagnements dans les démarches de soins dans l'établissement ou à l'extérieur, accompagnements dans les démarches vers les services ou établissements sociaux.
- Auprès des professionnels de l'hôpital : sensibilisation, information et formation, ainsi que définition de protocoles afin d'améliorer la réactivité et garantir la collaboration de tous face aux problématiques de précarité.
- Auprès des partenaires extérieurs à l'hôpital : intervenants du secteur sanitaire, acteurs sociaux et tous professionnels agissant dans le réseau local de précarité, au sens large.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est à l'origine d'un outil sous la forme d'un organigramme à visée des professionnels de santé et des intervenants sociaux et dont le but est de faciliter l'orientation dans leur parcours de soins des personnes en situation de précarité. Cet outil est présenté ci-après. (4)

Comment orienter les personnes malades dans le système de santé ?



Source : ARS Ile de France

Figure 15 : Organigramme d'orientation des patients précaires dans leur parcours de soins (4)

En juin 2002, installée à la Pitié-Salpêtrière, une unité du service d'Odontologie de l'Hôtel-Dieu ouvre ses portes et sera inaugurée le 19 septembre 2002. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) bucco-dentaire est née et prend le nom du père de la chirurgie dentaire moderne : Pierre Fauchard.

L'accès aux soins dentaires reste malgré tout problématique pour les grands précaires. Un appel à projet datant de juillet 2009 prévoyait l'ouverture d'une dizaine de PASS dentaires sur tout le territoire. (2)

Avec huit PASS bucco-dentaires (Bordeaux, Lorient, Metz-Thionville, Montauban, Paris, Poitiers, Saint Denis et Strasbourg) leur mise en place reste très progressive (difficultés d'organisation et de recrutement, malgré un budget dédié).

Il n'existe pas d'équipes soignantes type dédiées aux PASS bucco-dentaires car celles-ci sont extrêmement liées aux spécificités géographique et socio-économiques de leur zone. Mais il ressort que classiquement, les intervenants sont des praticiens hospitaliers et/ou des chirurgiens-dentistes libéraux vacataires. Les soins se déroulent soit lors de plages horaires dédiées soit sur la base de fauteuil réservé.

Même pour les personnes bénéficiant d'une CMU-Complémentaire et encore plus pour les bénéficiaires de l'AME, l'accès aux soins dentaires reste difficile pour une large partie de la population car les PASS dentaires restent très insuffisantes en nombre.

En l'absence de PASS bucco-dentaire, le service d'odontologie des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU), comme le centre Abel Caumartin de Lille, sont à même d'accueillir des personnes en précarité dont les droits sont ouverts.

Les personnes en grande précarité pour lesquelles il n'existe pas de PASS bucco-dentaire sont orientées par la PASS généraliste, ou les services des urgences, vers le service odontologique de l'hôpital uniquement « si la douleur est insupportable ». Dans le cas contraire, les précaires seront orientés vers la médecine de ville et/ou les structures associatives.

3.1.1.2 – Les structures associatives

La densité de population de grands précaires en Ile de France a nécessité le développement dans cette région de structures spécifiques de prise en charge des soins bucco-dentaires, à destination de ces populations. Parmi elles, le Réseau Social Dentaire du Val de Marne et le bus social dentaire.

Le Réseau Social Dentaire (2)

Le Réseau Social Dentaire (RSD) du Val de Marne a pour enjeu de répondre aux retentissements des affections bucco-dentaires qui affectent la santé et la qualité de vie des personnes en situation de renoncement aux soins.

Permettant d'apporter à ses usagers un accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires, jusqu'à une réhabilitation orale complète, cette prise en charge de santé globale, effectuée au plus près du lieu de résidence des usagers, intègre de manière individualisée une évaluation des besoins en soins bucco-dentaires et de santé générale, la mise en place d'un

programme personnel de prévention, d'éducation à la santé buccodentaire associé à l'ouverture et à la reconnaissance des droits sociaux.

Le Réseau Social Dentaire est une structure pilote qui fait référence de par son mode de fonctionnement. En effet, il est ouvert aux chirurgiens-dentistes, aux stomatologues (libéraux et des centres de santé), aux services hospitaliers d'odontostomatologie et aux intervenants sociaux qui y adhèrent.

Cette complémentarité permet de repérer le futur usager du réseau lorsqu'une demande de prise en charge bucco-dentaire est formulée et ce quelle que soit la « porte d'entrée » : auprès d'une des structures sociales ou d'un des partenaires sanitaires adhérents au Réseau.

Tableau 3 : « Portes d'entrée » des usagers dans le Réseau Social Dentaire 94 (2)

STRUCTURES SOCIALES	STRUCTURES SANITAIRES
CCAS , EDS	Cabinets libéraux
ADEF (FTM)	Centres de Santé
Emmaüs	Services hospitaliers
Les portes du Midi	PASS
Restos du Cœur,	
Secours Catholique	
ALEF	
Centres sociaux ...	

Source : Réseau Social Dentaire 94

Le processus se déroule de la façon suivante :

Si l'intervenant social d'une des structures d'accueil perçoit une réelle motivation à vouloir aboutir à une réhabilitation orale, il propose alors à la personne son entrée dans le réseau social dentaire. Le futur patient se voit décrire le fonctionnement du réseau et il lui est remis un document explicatif accompagné d'un formulaire de consentement à l'inscription.

Après acceptation de l'usager lors d'un rendez-vous ultérieur, l'intervenant social met en place les démarches administratives en fonction des droits de la personne.

Le secrétariat du Réseau orientera le patient muni de sa fiche sociale vers l'un des chirurgiens-dentistes et/ou stomatologues adhérents.

Le praticien réalise un entretien et un examen clinique d'évaluation des besoins. Une radiographie panoramique sera réalisée chez l'un des radiologues du Réseau et, sur la base de cette examen le praticien pourra éventuellement orienter le patient vers une unité de soins plus appropriée. La coordination du Réseau se chargera du nouveau rendez-vous.

Sinon, le praticien qui prend en charge l'utilisateur réalise l'ensemble des soins nécessaires à la réhabilitation orale complète.

La coordination du Réseau relance l'utilisateur en prenant un rendez-vous de contrôle afin d'assurer un suivi des soins et leur pérennité.

Le Bus Social Dentaire (7)

En juillet 1995, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes décide d'une opération avec Hôpital Sans Frontières (HSF), pour aménager un camion de la médecine du travail en un cabinet dentaire itinérant qui prend alors le nom de « Bus Social Dentaire ». Il se structure en association à l'automne 1996, se localise dans un premier temps dans les Hauts de Seine puis, en mai 1998, s'étend à Paris.

Exacte réplique d'un cabinet traditionnel, le Bus Dentaire est une structure dentaire et sociale qui répond aux situations d'urgences des personnes défavorisées, sans couverture sociale et permet d'assurer des soins d'urgence.

35 praticiens bénévoles (actifs ou retraités) assurent alternativement les 9 vacations hebdomadaires. Ces chirurgiens-dentistes sont accompagnés par une équipe composée d'un chauffeur, d'une assistante dentaire et d'une coordinatrice sociale.

Les actes sont principalement des soins et des extractions, et du dentifrice et des brosses à dents sont distribués à la suite des consultations.

Le véhicule d'origine, âgé de 25 ans, est peu adapté et fréquemment sujet à des pannes de tout ordre. En 2002, la division française de l'OMS et la ville de Paris offrent un nouveau véhicule qui dispose alors d'un équipement modernisé : radiographie numérique, ordinateur et gestion de fichiers informatisés pour un meilleur suivi du patient et une meilleure transmission entre les chirurgiens-dentistes.

3.1.2 – L'accès à la prévention (6) (58)

La prévention fait partie de ces concepts dont chacun à une connaissance intuitive mais qui finalement pose des difficultés dès lors qu'il s'agit d'en livrer une définition précise.

C'est au travers de la définition de la santé que l'Organisation Mondiale de la Santé livra dès 1946 qu'est apparue une nouvelle conception de la prévention. En effet, pour l'OMS, la santé doit se définir non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité » mais aussi comme « un état de complet bien-être physique, mental, social ».

En outre, l'OMS considère plus précisément que « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'Organisation distingua donc trois types de prévention, qu'elle qualifia de primaire, secondaire et tertiaire et qui correspondent concrètement à des états successifs de la maladie.

3.1.2.1 – La prévention primaire —Avant la maladie—

L'OMS concentre sous le vocable de « prévention primaire » l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire la mesure du risque pour un individu de contracter cette pathologie pendant une période donnée, dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas.

Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux.

En matière de santé bucco-dentaire, les messages de prévention et d'éducation à la santé relèvent principalement de l'acquisition de bons comportements d'hygiène individuelle, dès l'enfance, afin de prévenir les maladies carieuses et les maladies parodontales. C'est la plus satisfaisante des préventions parce qu'elle permet le maintien de l'intégrité bucco-dentaire de chacun.

Concernant la lésion carieuse, la prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de celle-ci par l'information et l'éducation du grand précaire (conseils d'hygiène et de diététique dans la mesure du possible).

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) précise d'ailleurs que le système de santé actuel n'envisage pas, à l'exception des cas d'affections de longue durée, d'actes de prévention et d'éducation à la santé par le praticien qui permette de faire du patient le premier acteur de sa santé.

Ainsi, améliorer la prévention, c'est donc également inciter le chirurgien-dentiste à consacrer une plus grande part des actes en cabinet à la prévention et l'éducation à la santé, de tenir compte de la situation de santé globale du patient, et non uniquement de son état de santé bucco-dentaire dans une situation et à un moment donné.

Les personnes en situation de précarité donc de fragilité sociale ne priorise pas leur santé. Il est donc essentiel d'aller au-devant de ces populations pour les sensibiliser à l'importance de la santé bucco-dentaire sur leurs lieux de vie (centre d'accueil, centres d'hébergement) et en leur faisant comprendre qu'une bonne santé bucco-dentaire peut être un atout pour une réinsertion sociale.

Nos propositions pour les personnes en situation de précarité

- Systématiser les partenariats entre associations caritatives, associations de praticiens et collectivités locales et/ou financeurs privés pour des actions de dépistage et de sensibilisation régulières en centre d'accueil

Source : UFSBD Stratégie Nationale de Santé 2014

Figure 16 : Recommandations de l'UFSBD pour les personnes précaires (58)

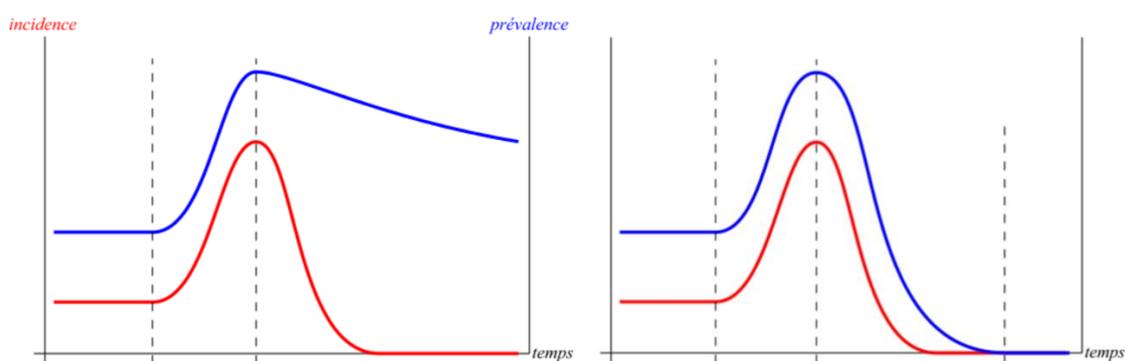
3.1.2.2 – La prévention secondaire —Au tout début de la maladie—

Selon l’OMS, le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d’une maladie, c’est-à-dire le nombre de maladies déclarées d’une population à un instant donné. Elle a pour but de déceler à un stade précoce des maladies qui n’ont pu être évitées par la prévention primaire.

Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l’apparition du trouble ou de la pathologie afin de s’opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

Dans cette optique, le dépistage, qui permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque, trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d’éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.

Les deux graphiques suivants expriment l’importance de la prévention secondaire dans la limitation de la prévalence d’une pathologie par rapport à la prévention primaire qui regroupe les actes agissant sur l’incidence de celle-ci.



Source : Wikipédia <https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3APrevalence.svg>

Figure 17 : Importance de la prévention secondaire dans la limitation de la prévalence d’une pathologie (6)

La prévention secondaire bucco-dentaire consiste essentiellement en un dépistage précoce systématique de toute affection carieuse ou parodontale et en des soins précoces de ces dernières. Compte tenu de la complexité de l’atteinte carieuse et des parodontopathies, cette prévention secondaire trouve son intérêt parce qu’elle permet de soigner plus tôt, plus rapidement, plus facilement aussi et cela à moindre frais.

En outre, il existe de plus en plus de preuves démontrant un lien entre la maladie parodontale et des foyers infectieux à distance (pathologies cardiaques, maladies obstructives chroniques des voies respiratoires, ...)

L’UFSBD recommande de modifier fondamentalement la perception de la responsabilité des professionnels de santé quant à l’état de santé générale et bucco-dentaire des patients.

De plus, elle propose de mettre en place, par l'intermédiaire des associations, des campagnes d'information et de sensibilisation destinées aux grands précaires, tant sur le plan des risques bucco-dentaires liés à leur mode de vie, que sur les conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sur leur santé générale.

Afin que la prévention secondaire puisse parfaitement jouer son rôle dans « la maîtrise » des pathologies, l'UFSBD recommande l'intégration du chirurgien-dentiste à l'équipe pluri-professionnelle de premier recours pour pouvoir être pleinement acteur de santé publique.

En effet, les chirurgiens-dentistes, avec jusqu'à 500.000 patients par jour en cabinet sans passer par le médecin généraliste, doivent pleinement être considérés comme des acteurs de soins de premier recours. En étant en première ligne dans la santé bucco-dentaire, ils peuvent réorienter les grands précaires, si leur santé le nécessite, vers d'autres professionnels ou structures de santé. Or, cela est trop souvent oublié.

3.1.2.3 – La prévention tertiaire —Une fois la maladie installée—

L'OMS envisage une « prévention tertiaire » qui intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie et à améliorer la qualité de vie.

En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins.

La prévention tertiaire bucco-dentaire intervient après la survenue de la maladie quand il y a un échec des mesures précédentes et que l'on cherche à éviter que la maladie ne soit à l'origine de certaines complications. Elle inclut la réhabilitation de l'individu dans le cas où la maladie a évolué jusqu'à son terme et que le grand précaire en porte les séquelles.

Il s'agira d'éviter les complications infectieuses ou inflammatoires, les extractions, etc. Pour les soins prothétiques, l'intervention consistera à mettre en place des prothèses contribuant à la réhabilitation de l'individu en agissant sur l'estime de soi. Idéalement, un contrôle régulier par le chirurgien-dentiste de la santé buccale doit être effectué.

3.1.2.4 – La classification de Gordon (6)

En 1982, Gordon établit une classification de la prévention en 3 parties, non plus fondée sur le stade de la maladie, mais sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre.

Ainsi, il distingue : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée. La classification de Gordon consiste à distinguer l'intervention préventive en fonction de la population ciblée telle que les sans domicile fixe ou en fonction de son caractère individuel ou collectif.

Elle distingue trois types d'intervention :

La prévention universelle qui concerne les interventions destinées à la population générale, ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. Les campagnes de vaccination généralisées, les grandes règles d'hygiène et la prévention en milieu scolaire en sont des exemples.

La prévention sélective qui concerne les interventions destinées à un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble.

La prévention ciblée, concerne les interventions destinées à des individus qui ont des symptômes tout en restant en deçà des critères diagnostiqués mais aussi et surtout en fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques bien identifiés de la population, par exemple les risques bucco-dentaire liés à la grande précarité.

Cette prévention peut être apparentée à l'éducation thérapeutique du patient et une participation active de la population cible est hautement recherchée.

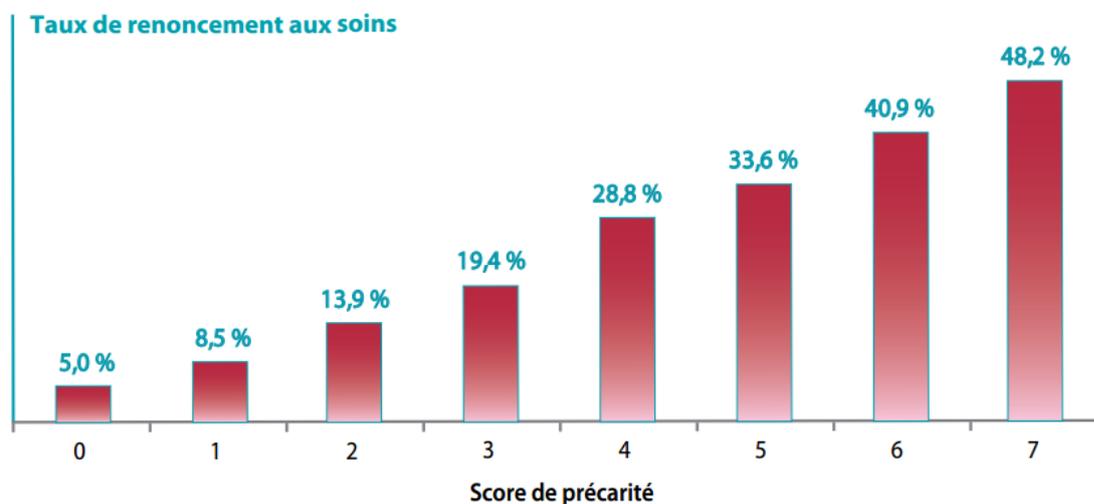
3.2 – Le renoncement aux soins (21) (22)

C'est au début des années 90, qu'est développée et étudiée la notion de renoncement aux soins. Cette notion fait référence au fait qu'un individu ne sollicite pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'il éprouve un trouble ou constate un désordre corporel ou psychique. Le renoncement est également évoqué lorsque l'individu n'accède pas à la totalité du soin prescrit. Il est distingué deux types de renoncements, barrière et refus.

Il apparaît une corrélation très importante entre le renoncement aux soins et la situation socio-économique des individus. Ainsi, plus la précarité est importante, plus le risque de renoncer aux soins est élevé.

Les expériences de la précarité passées, présentes mais aussi anticipées, impactent l'accès financier aux soins. La situation actuelle et les expériences passées jouent plus fortement sur le renoncement aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative. Il existe différents facteurs de précarité tels que les difficultés financières, le chômage, l'absence de logement fixe, l'isolement, l'absence de soutien, etc.

En additionnant ces facteurs, un score de précarité est établi, il revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels, influant sur l'accès financier aux soins. Le tableau suivant confirme que plus le score de précarité est élevé, plus son impact sur le taux de renoncement aux soins est fort. Ainsi le score de précarité le plus élevé révèle un taux avoisinant les 50%.



Source: Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008.

Champ : 18-64 ans.

Figure 18 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité (22)

3.2.1 – Le renoncement barrière

Le renoncement barrière est lié à l'existence de contraintes rencontrées par un individu dans son recours aux soins. Elles sont essentiellement d'ordres financières. Selon l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) de 2008, sur la population générale âgée de 18 ans et plus, 15,4% déclaraient avoir renoncé à des soins pour raison financière. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquent et concerne 10% de la population.

Selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), pour un individu, toute contribution financière, augmentation de la contribution financière et toute diminution des soins couverts par notre système social de santé sont des obstacles à l'accès aux soins qui risquent d'augmenter le renoncement à ces derniers.

Par la même, le renoncement barrière questionne l'efficacité de notre système de protection sociale de santé et l'organisation des soins et il met en relief leurs limites. On constate des évolutions des taux de renoncement en fonction des catégories sociales et du type de protection dont elles bénéficient. D'ailleurs, le renoncement pour raisons financières constitue un indicateur indirect pour l'évaluation des politiques publiques en matière de protection sociale tel que la CMU-C.

Le renoncement barrière peut être lié à l'insuffisance de remboursement des soins. De plus les prix pratiqués par certains professionnels de santé, pouvant fixer librement leurs honoraires, jouent sur l'accessibilité des soins. Les barrières financières se concentrent sur des soins spécialisés, notamment les soins buccaux-dentaires. Plusieurs facteurs entre en jeu et peuvent conduire au renoncement :

- Des prix onéreux pour certains soins spécifiques
- Une faible prise en charge par notre système de protection sociale de santé d'un certain nombre de soins
- En l'absence de tiers payant, une avance de frais inenvisageable dans une situation socio-économique difficile

Le renoncement barrière est fortement lié aux facteurs socio-économiques et à la situation passée, actuelle et future d'un individu. Ainsi, il est beaucoup plus fréquent chez les personnes précaires en raison de leurs grandes difficultés financières et de leur fragilité sociale. Dans les milieux défavorisés, de faibles revenus obligent à des arbitrages qui concernent les dimensions essentielles de l'existence tel que le logement et l'alimentation.

Outre le renoncement pour raisons financières, il est relevé deux autres motifs. Le premier est une indisponibilité de certains professionnels de santé. Elle est à l'origine de délais importants et est liée à une saturation du système de soins pour certaines spécialités. Actuellement, le secteur le plus impacté est celui des soins ophtalmologiques.

Le second est représenté par le refus discriminant de certains professionnels de santé vis-à-vis de personnes en grande précarité, bénéficiaires de dispositifs spéciaux (CMU, CMU-C, AME).

Dès 2006, l'Union Fédérale des Consommateurs (UFC-Que choisir) et l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale signalent que 15% des bénéficiaires de la CMU ont été confrontés à un refus de rendez-vous par un médecin ou un professionnel de santé.

Une étude publiée la même année par le fonds de financement de la CMU confirme cet état de fait. Ainsi, 41% des spécialistes n'acceptent pas les patients dans le cadre de ce dispositif. Ce taux est de 39,1% pour les chirurgiens-dentistes.

La profession consciente de cette situation et soucieuse d'y remédier, ouvre le débat par l'intermédiaire de Christian Couzinou, Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, à l'occasion de la réunion annuelle de l'Association Dentaire Française (ADF) tenue en janvier 2006.

Il a relevé que le problème était récurrent depuis l'adoption de la loi CMU et souligne que l'ordre y avait toujours été très attentif maintenant sa position de condamnation du refus de soins.

Il a évoqué les commissions de conciliation composées de représentants de l'ordre et des CPAM, tout en insistant sur le fait que prévenir ces problèmes devait prendre le pas sur la sanction des confrères.

Il note également qu'afin de résoudre le problème récurrent de non-observance des soins et des rendez-vous manqués, les personnes bénéficiaires de la CMU devaient faire l'objet d'un renforcement de l'accompagnement social.

3.2.2 – Le renoncement refus

Comme son nom l'indique, ce renoncement témoigne du refus d'un individu de recourir à un soin. Il peut survenir à différentes étapes du parcours de soins, avant de s'adresser au professionnel de santé mais aussi une fois le processus engagé. La non observance totale ou partielle d'une prescription médicale en est un exemple. Plusieurs raisons peuvent être à l'origine du renoncement refus.

Il peut être le reflet d'une critique de la médecine conventionnelle et un véritable acte d'autonomie à l'égard du système de santé. L'individu ne croit pas que la médecine classique puisse améliorer son état de santé. Il préférera se tourner vers des médecines non conventionnelles dites « parallèles ». Il peut également employer des méthodes d'autogestion et se traiter par lui-même.

Concernant les soins bucco-dentaires, des études évoquent le renoncement par peur de la douleur. Cela soulève un paradoxe puisque l'absence de soin dentaire peut conduire à des douleurs aiguës telles qu'en phase de pulpite ou d'abcès, autrement plus douloureuses que le soin lui-même. D'autant plus que la modernité des soins dentaires actuels permet des interventions exemptent de douleurs grâce à l'utilisation de puissants anesthésiques.

Le renoncement aux soins est influencé par des normes qui varient en fonction des groupes d'appartenance. Dans les milieux de la précarité, le renoncement refus peut marquer une forme de désintérêt et traduire le sentiment d'inutilité des soins. Cela fait échos au développement sur la perception de la santé et la priorisation des besoins. Il est à rappeler, que sur le plan bucco-dentaire, le seuil de tolérance à la douleur des personnes en grande précarité est fortement augmenté.

Au sein des populations les plus défavorisées et lorsque la précarité perdure, le renoncement peut être vécu comme la norme. Le rapport à soi-même et à la consommation change. Les personnes évitent de désirer ce qui paraît inaccessible et des formes d'auto-restriction et d'auto-privation s'installent. Pourtant, nombre de soins bucco-dentaire traités suffisamment tôt peuvent être pris en charge dans leur globalité mais l'aspect fonctionnel est le seul qui prime et les dents ne font pas l'objet de soins en amont, conduisant à terme aux édentements. Lorsque le grand précaire ne peut plus faire autrement, le port d'un appareil peut être envisagé, avec la difficulté matérielle que cela suppose.

Dans les milieux de la grande précarité, le renoncement refus peut être le reflet d'une défiance à l'égard du système de soins. Les précaires peuvent être marqué par des expériences stigmatisantes vécues comme des humiliations, ce qui peut accentuer l'altération d'une image et d'une estime de soi déjà dégradées. Afin de s'en prémunir, les individus évitent des lieux

où ils peuvent être confrontés à leur disqualification. Ce phénomène peut contribuer à éloigner les personnes le plus précaires du système de soins.

L'attitude de renoncement devient coutumière. Elle peut progressivement être intériorisée et reproduite d'une génération à l'autre. Les deux types de renoncement s'imbriquent et plus que jamais l'aspect socio-économique des populations est mis en jeu.

3.3 – Les facteurs de non-recours aux soins (53) (3)

3.3.1 – La méconnaissance des droits administratifs

Selon l'OMS, le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Il suppose notamment de pouvoir accéder à des soins et de pouvoir financer les traitements et autres actes médicaux.

En France, garanti par le préambule de la Constitution, ce droit est au fondement de la création du système d'assurance maladie mis en place après la seconde guerre mondiale. Ce système a originellement été construit selon une logique assurantielle, à vocation universelle : les personnes qui travaillent cotisent pour bénéficier et faire bénéficier leurs ayants droit d'une protection contre le risque maladie.

Chacun contribue selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins à travers un mécanisme de solidarité horizontale entre malades et bien portants.

Dès les années 1970 cependant, ce système a rencontré ses limites financières. Les premiers chocs pétroliers ayant eu un impact direct sur l'économie, la croissance du nombre de chômeurs a mécaniquement réduit le montant des cotisations, alors que les dépenses de soins n'ont fait qu'augmenter durant la seconde moitié du XXe siècle.

La maîtrise des dépenses devenant indispensable, les pouvoirs publics ont pris des mesures de régulation en augmentant la participation financière des patients aux frais de santé, en particulier pour les soins dits courants.

Cette démarche n'a pas eu l'effet escompté car les personnes disposant de revenus suffisants ont souscrit un contrat auprès d'organismes complémentaires pour bénéficier du remboursement de leurs restes à charge. Le reste de la population n'ayant que peu de revenus n'a en revanche pas pu accéder à une telle protection entraînant une augmentation forte des inégalités financières d'accès aux soins.

Dès les années 1980, les pouvoirs publics ont tenté d'apporter une réponse à cette situation. L'Aide Médicale Départementale (AMD) a été mise en place en 1983 mais le système est complexe d'accès et propose des prestations très inégalitaires d'un département à l'autre.

Mise en application en 2000, la CMU tend à apporter une réponse à deux types de situations : couvrir les personnes qui n'ont pas de protection maladie de base et permettre à celles qui ont de faibles ressources de bénéficier d'une complémentaire santé par le biais de la CMU-C.

Il est à rappeler qu'elle a été votée dans le sillage d'un autre texte législatif majeur : la loi relative à la lutte contre l'exclusion de 1998 dont l'article 1er stipule la nécessité « de garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, tels que l'emploi, le logement, la protection de la santé et les soins, l'éducation et la culture ».

L'objectif principal de tous ces dispositifs consiste à concentrer les budgets sociaux sur ceux qui en ont le plus besoin. Or, une certaine forme de ciblage de la protection sociale s'avère nécessaire mais peut avoir des conséquences paradoxales.

En effet, l'économiste Virginia Hernanz précise en 2004 qu'en définissant tout un ensemble de critères pour délimiter la cible d'un dispositif de protection, il complexifie l'accès aux droits des populations potentiellement éligibles créant une forme de stigmatisation découlant du processus de désignation.

De fait, cela entraîne une plus grande exposition au non-recours au droit pour les dispositifs ciblés par rapport aux prestations de type assurantielle.

Malgré tout, le non-recours est peu investigué et les acteurs de la protection maladie se justifient en invoquant l'invisibilité du phénomène, l'absence de connaissances et la difficulté d'en produire. Il est vrai que, de manière générale, le non-recours aux droits se caractérise par une forme d'invisibilité.

C'est pourquoi le Fonds CMU décide en 2006 de commander plusieurs études afin de construire des données chiffrées et qualitatives pour lever le voile sur le non-recours lié à la CMU-C.

Il en ressort que même si les personnes qui méconnaissent totalement le dispositif sont minoritaires, les informations dont disposent celles qui disent le connaître sont lacunaires et entachées d'incompréhensions.

Le risque de ne pas être suffisamment informé peut ainsi amener à mal prendre en compte l'utilité de l'offre par rapport à ses besoins et d'y renoncer.

Les parcours individuels sont ainsi jalonnés d'incompréhensions successives qui sont autant de possibilités d'abandon des démarches. En effet, l'accès à ces droits prend de plus en plus la forme d'un « parcours du combattant », avec des « trappes à non-recours » qui peuvent conduire au renoncement de la part des personnes démunies. C'est finalement la complexité administrative décourageante qui entraîne des situations de non-connaissance et de non-réception des droits à la complémentaire.

Ces contraintes administratives pesantes ne sont d'ailleurs pas ressenties que par les grands précaires. Les travailleurs sociaux et les agents des organismes, sources d'informations pour les SDF, constatent avoir des difficultés à disposer d'une connaissance actualisée des droits. Ils manquent d'informations sur les conditions d'éligibilité et reconnaissent la complexité des dossiers de demande à constituer.

En outre, la juxtaposition des différents dispositifs nourrit l'incompréhension et certaines démarches de renouvellement de droit peuvent s'avérer fastidieuses pour les personnes en situation de grande précarité.

Il faut noter également que dans notre système de protection sociale, la santé bucco-dentaire fait un peu exception puisque, contrairement à la plupart des autres domaines de la santé, les tarifs des actes et les prestations ne sont pas toujours clairement explicités. Cela

induit une complexité de plus pour les personnes en situation de précarité, dans la mesure où ils ne connaissent pas toujours à l'avance la somme à acquitter.

Le grand précaire est confronté à plusieurs difficultés :

- D'une part, les règles de prise en charge ou le contenu précis du panier de soins sont difficiles à appréhender pour ces populations souvent tenues à l'écart d'une partie de la vie sociale et professionnelle
- D'autre part, les dispositions réglementaires rendant obligatoire l'affichage des tarifs, quand elles sont respectées, laissent subsister des incertitudes quant au niveau de dépassement éventuel, à la pratique effective du tiers payant, ou autres
- Enfin, le « pouvoir médical » garde un caractère intimidant qui contribue vraisemblablement à dissuader de poser des questions sur les pratiques tarifaires ou le niveau de prise en charge.

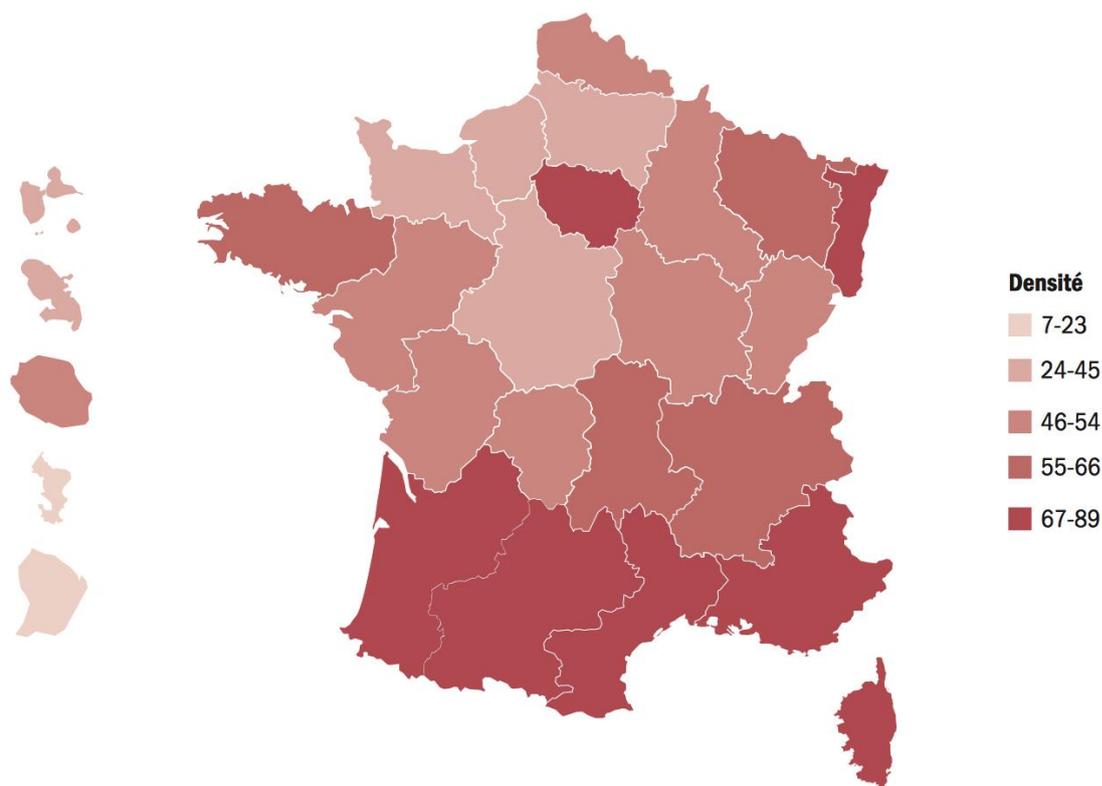
L'imbrication de caractéristiques techniques et sociales rend la maîtrise et l'utilisation des dispositifs spécifiques également complexe pour les chirurgiens-dentistes. Si les soignants et les accompagnateurs sociaux ont bien des rôles différents, il semble incontournable, pour faciliter les prises en charge et l'accès aux soins, que chacun puisse appréhender les situations des personnes en difficulté dans une perspective médico-sociale globale.

3.3.2 – L'éloignement géographique (17) (43) (24) (5)

Le nombre des chirurgiens-dentistes en activité début 2016 est d'un peu plus de 42 000 soit 68 pour 100 000 habitants, très majoritairement d'exercice libéral (89%).

Ils sont inégalement répartis sur le territoire national avec, par exemple, 41 praticiens pour 100 000 personnes en Haute Normandie contre 93 pour 100 000 en Provence Alpes Côte d'Azur. La cartographie suivante reflète d'ailleurs le déséquilibre Nord / Sud.

Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1^{er} janvier 2013



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

Sources : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013, INSEE, estimations de population, 2012.

Figure 19 : Densité de chirurgiens-dentistes par région (43)

Les problèmes d'accès « physique » aux soins pour les grands précaires posés par l'éloignement géographique de cette profession tiennent donc moins du nombre absolu de praticiens (la France se situe dans la moyenne européenne) qu'à leur répartition sur le territoire.

Les régions rurales et les zones péri-urbaines défavorisées souffrent d'un manque de chirurgiens-dentistes alors que les grandes villes et les zones résidentielles sont généralement bien pourvues.

Peu mobiles par nature car moins bien informées et souvent affectées par un manque de confiance, les personnes en situation de précarité sont de surcroît confrontées à des difficultés matérielles importantes (absence de véhicule personnel, difficulté à faire garder ses enfants, etc.).

Elles sont ainsi les victimes « privilégiées » de la raréfaction de l'offre qui se traduit notamment par des difficultés à trouver des praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires ou à se déplacer pour bénéficier d'un soin spécialisé : l'impossibilité à trouver une solution alternative face à un refus de soins ou un délai de rendez-vous trop important constitue une forme de « double peine ».

Ce déséquilibre est également perçu sur la carte suivante des départements du Nord et du Pas-de-Calais, compliquant mécaniquement les possibilités d'accès aux soins pour les précaires en dehors des grands centres urbains.

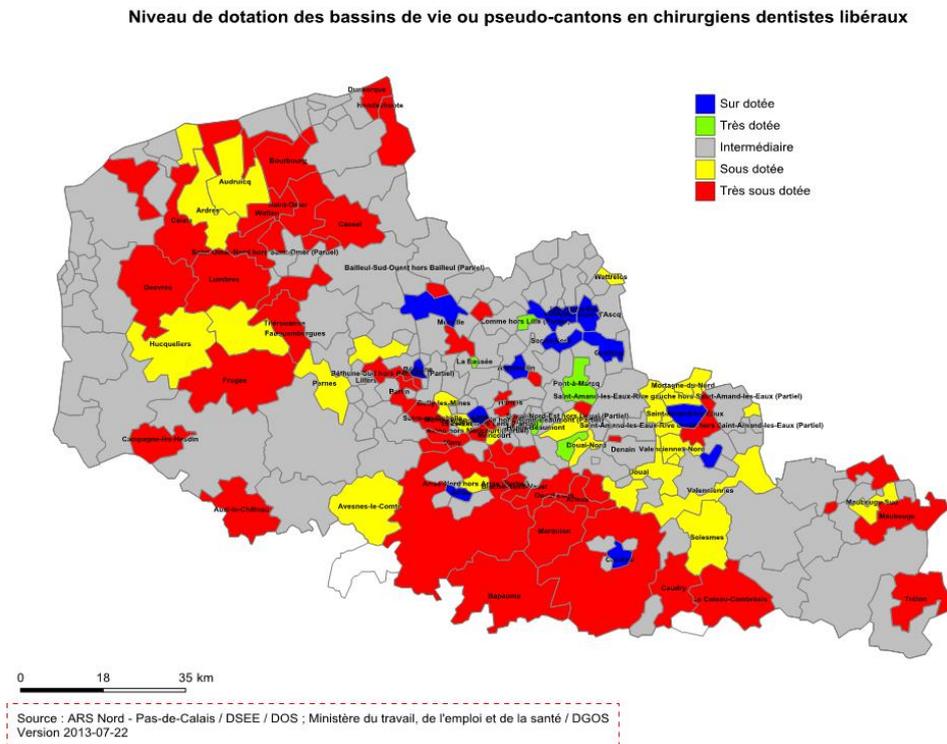


Figure 20 : Dotation géographique du nombre de chirurgiens-dentistes (5)

De plus, selon Emmanuel Vigneron, professeur de géographie et d'aménagement des territoires à l'université Montpellier III, pour évaluer les possibilités effectives d'accès aux soins sur un territoire, les outils statistiques disponibles actuellement ne sont techniquement pas développés pour ce type d'analyse.

3.3.3 – L'observance thérapeutique (57) (51) (39)

L'observance thérapeutique reste la condition sine qua none pour qu'un traitement bucco-dentaire soit rendu possible et couronné de succès. Une des principales difficultés à laquelle les chirurgiens-dentistes doivent faire face lorsqu'ils ont à prendre en charge la santé buccodentaire d'un grand précaire est d'obtenir sa coopération active et durable au cours, et après un traitement actif.

C'est le cas pour les maladies parodontales où l'observance thérapeutique est un prérequis nécessaire au bon déroulement du traitement puisqu'elle conditionne son succès. C'est donc la première étape, essentielle, de toutes les formes de thérapeutique parodontale.

L'observance ne sera donc acceptée qu'à la condition que le patient ait compris l'intérêt et les bénéfices qu'il en retirera. Dans le cas contraire, il est fort probable qu'il les abandonnera à plus ou moins brève échéance, soit par lassitude, par manque de résultats probants ou par les contraintes imposées par son mode de vie.

Les conséquences de la non-observance thérapeutique auront non seulement des répercussions pour le patient, mais aussi un impact négatif sur le budget des soins de santé.

La non-observance pour les SDF est liée à la nature à long terme des récompenses promises par l'observance. Il s'agit d'une récompense abstraite pour le précaire qui, vivant généralement au jour le jour, a du mal à penser à l'avenir. On comprend alors l'intérêt, pour améliorer l'observance, de faire appel à des récompenses intermédiaires, c'est à dire de mettre en avant les bénéfices observés lors des différentes étapes qui seront franchies. Il va de soi que l'adhésion au traitement sera meilleure si le patient peut en vérifier immédiatement les effets positifs.

Dans la définition du phénomène de non-observance, le patient ne suit pas les recommandations du praticien et celui-ci est alors pris entre deux contraintes : prodiguer à son patient la meilleure médecine et respecter le désir d'autonomie du patient qui lui est inscrit dans la loi de mars 2002.

Que faire face à ces deux principes qui apparaissent contradictoires ? Dans ce cadre, se situe le développement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et la participation de ce dernier aux décisions médicales. La relation entre les deux parties participe à l'élaboration, la mise en place et le suivi de la thérapeutique. L'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va indiscutablement influencer l'observance thérapeutique.

En effet, la problématique de l'observance est indissociable de celle de la relation thérapeutique « d'égal à égal » à entreprendre entre le patient et le chirurgien-dentiste. Celui-ci a plusieurs attitudes possibles :

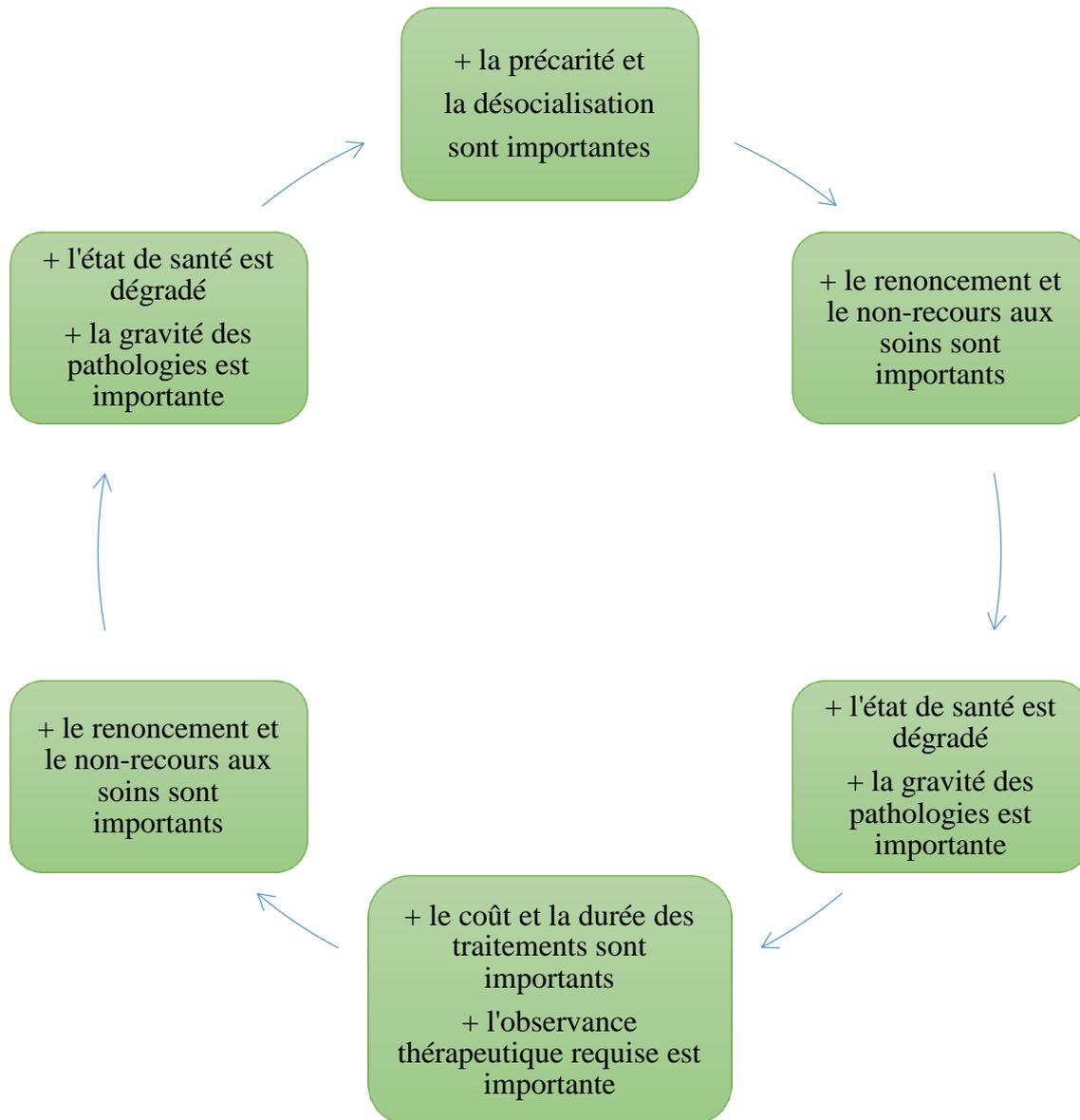
- Il choisit pour le patient
- Il informe le patient et c'est à lui de choisir
- Il lui donne les faits et l'aide à décrypter ses préférences
- Il lui donne les faits, l'aide à décrypter et il lui dit ce qu'il préfère afin que le patient puisse se ranger à ses arguments

Enfin, en cas de « démission » du patient, il semble préférable de ne pas « fermer définitivement la porte ». Si la relation thérapeutique ne parvient pas à s'établir, il est opportun de faire savoir au patient qu'il sera toujours le bienvenu dès qu'il aura pris la décision de reprendre son traitement.

L'évolution de la pathologie bucco-dentaire permet de valider ou d'invalider l'observance thérapeutique. Cela permet au praticien de prendre la décision de poursuivre,

d'interrompre ou de modifier le traitement. Il semblerait que tout se joue lors de la première consultation au cours de laquelle le patient aura été informé de la nature de son problème parodontal ainsi que des différentes contraintes et des bénéfices associés au traitement.

Concluant le développement des parties 2 et 3 du travail, il est présenté ci-dessous un cercle non vertueux dans lequel les personnes en situation de grande précarité risquent de s'inscrire sur le plan de leur santé générale et bucco-dentaire.



Source : l'auteur

Figure 21 : Mise ne forme du cercle non vertueux dans lequel les grands précaires risquent de s'inscrire

4 – Présentation du protocole d'une étude menée en divers points d'accueil de grands précaires dans les Hauts de France en lien avec la Fondation Abbé Pierre

Avant-propos

Au moment où ce travail fut rédigé, l'étude menée en lien avec la Fondation Abbé Pierre était en cours de réalisation, aussi il a été accordé de procéder à une présentation générale de cette dernière.

Pour des raisons évidentes d'éthique, de confidentialité et de droit, sa présentation détaillée, l'analyse des données, la synthèse des résultats et la précision sur les futures actions sont réservées au promoteur de l'étude.

Dans cette partie du travail, l'accent est mis sur la double méthodologie utilisée lors de l'étude, ainsi que ses outils.

4.1 – Description de l'étude

4.1.1 – Les objectifs de l'étude

L'étude consiste en l'élaboration d'une « recherche action » portant sur les thématiques croisées : Santé – Logement – Précarité.

Une recherche action est une méthode de recherche dans le domaine social qui permet une meilleure compréhension d'un problème donné, tout en essayant de contribuer à la résolution de celui-ci.

L'objectif de l'étude est de faire émerger les perceptions et les représentations quant à leur santé en général, avec un volet sur le plan bucco-dentaire, d'une population en situation de grande précarité, selon la méthodologie du groupe focalisé alliée à l'exercice d'entretiens semi-directifs. Ces deux méthodes axées sur l'aspect qualitatif visent également à faire ressortir les attitudes et comportements des groupes sondés, et à relever leurs préconisations pour améliorer leur propre état de santé.

Fort de ces données et enseignements, le but ultime de l'étude réside dans la mise en place d'actions de santé très concrètes à visée des plus démunis. On compte parmi ces actions, la mise en place de parcours de soins à la fois précis, accessibles et adaptés aux différents sites d'accueil.

4.1.2 – Les participants et les sites

De nombreux participants ont collaboré à l'étude, parmi lesquels les promoteurs de cette dernière et des professionnels auxquels ils ont fait appel. Une équipe pluridisciplinaire a

donc été constituée, comprenant les responsables des accueils de jour, la responsable du Réseau Diabète Obésité de la Métropole Lilloise (RDOML), un chirurgien-dentiste et une psychologue.

4.1.2.1 – La Fondation Abbé Pierre (27)

La Fondation Abbé Pierre est le commanditaire et promoteur de l'étude.

Fondée en 1987, la Fondation a pour vocation de venir en aide aux personnes les plus démunies. Son but premier est de leur permettre d'avoir accès à un logement afin qu'ils puissent vivre dans la dignité.

Les objectifs de la fondation sont répartis en deux grands volets que sont l'action et la sensibilisation.

Au fil des années, elle a mis en place un réseau de 27 boutiques Solidarité et un réseau de pensions de famille pour accueillir les sans-abris. En parallèle, elle finance divers projets en lien avec le logement. Ainsi ces trois dernières années, près de 1700 logements ont été construits ou rénovés, et la mise en place de l'opération SOS Taudis a permis de fermer plus de 600 000 logements insalubres.

La Fondation Abbé Pierre organise tout au long de l'année et partout sur le territoire, des actions de sensibilisation à destination du grand public et des pouvoirs publics afin de les interpeller sur la situation des sans-abris. Pour ce faire, différents canaux sont empruntés : création d'un journal « Et les Autres ? », « Rapport annuel sur l'état du mal logement », plaquettes, études statistiques, interventions sur les médias, site internet. La Fondation a développé une véritable expertise en ce qui concerne les problématiques actuelles et futures des sans-abris.

Pour toute personne ayant connu une rupture dans son parcours de vie, le but de la Fondation est de l'aider à s'inscrire dans un nouveau projet de vie tant sur le plan du logement que de l'insertion sociale et professionnelle, de la famille et de la santé.

Ainsi, elle œuvre à des projets et actions dont le but est de promouvoir la santé et la prévention à destination des plus démunis. C'est dans ce cadre que la Fondation a souhaité mener une réflexion de fond sur l'état de santé des personnes accueillies au sein de ses structures, aboutissant à l'étude menée.

4.1.2.2 – Le Réseau Diabète Obésité Métropole Lilloise (RDOML) (52)

Le réseau diabète obésité métropole lilloise est l'opérateur de l'étude.

Le RDOML est une structure pluridisciplinaire constituée de professionnels de santé, comprenant entre autres : infirmiers, psychologues, diététiciens, podologues et éducateurs médico-sportif. Il existe six réseaux régionaux.

La mission des réseaux est d'accompagner les patients dans le suivi et la gestion de leur maladie, à travers un projet individuel personnalisé en lien avec leur médecin. Ils représentent ainsi un recours efficace après le médecin traitant.

Les professionnels et les patients construisent ensemble un projet éducatif selon les besoins et les attentes de ces derniers. La structure s'inscrit ainsi dans un processus d'éducation thérapeutique du patient. Des objectifs sont fixés et les diverses ressources de la structure, utilisées pour les atteindre. Les moyens sont nombreux et adaptés tels que l'activité physique ; la diététique ; la podologie ; la psychologie ou encore la sophrologie.

Fort de cette riche expertise dans la prise en charge de maladies et dans la prévention, la structure a été mandatée par la Fondation Abbé Pierre pour élaborer et mettre en place une recherche action portant sur les thématiques croisées que sont la santé, le logement et la précarité.

4.1.2.3 – Les points d'accueil : les boutiques Solidarité (26)

L'étude se déroule en plusieurs phases et au sein de différents sites.

L'étude est menée sur 4 sites situés dans des villes de la région des Hauts de France : Arras ; Beauvais ; Lille et Valenciennes. Chaque site est un lieu d'accueil de jour de la Fondation Abbé Pierre.

Le nombre escompté de participants à l'étude varie selon la ville : il est de 50 sur Arras ; 80 sur Beauvais ; 250 sur Lille et 100 sur Valenciennes.

Le lieu d'accueil est une « boutique Solidarité » créé et soutenue par la Fondation. Trois valeurs fondamentales constituent le socle sur lequel s'est construit le projet des boutiques Solidarité : Accueil – Ecoute – Solidarité.

Trois objectifs principaux sont poursuivis au sein de ces structures. Elles souhaitent répondre à des besoins matériels et permettre aux personnes les plus démunies d'avoir accès à des services de première nécessité (douche, vestiaire ou domiciliation du courrier).

Au-delà de réponses matérielles, elles travaillent à développer la socialisation des personnes accueillies et se veulent être un simple lieu d'accueil et d'échange où près de 30 000 personnes par an ont pu trouver une écoute précieuse. Enfin, elles œuvrent à favoriser la promotion sociale des plus démunis en mettant en valeur leur capacité d'intégration.

4.1.3 – Organisation et phasage de l'étude

Du point de vue organisationnel, le déroulé de l'étude se fait en quatre phases : journées d'immersion et observation ; journées de rencontres « Parlons santé ensemble » ; partage des résultats et mise en place du plan d'action.

4.1.3.1 – Journées d’immersion et observation

Elles constituent le socle de l’étude et revêtent 5 finalités :

- Rencontrer et échanger avec les personnes accueillies
- Rencontrer et échanger avec les équipes accueillantes
- Recueillir les attentes et besoins en santé
- Déterminer les actions à envisager
- Observer et analyser les pratiques en matière de santé et d’alimentation

Ces journées s’organisent en deux temps. La matinée est consacrée à des échanges au sein du groupe focalisé et par le biais du dossier photo langage. L’après-midi, les échanges se poursuivent de façon individuelle lors d’entretiens semi-directifs et par le moyen d’un questionnaire.

4.1.3.2 – Journées de rencontres « Parlons santé ensemble »

Ces journées ont plusieurs buts :

- Elaborer un programme d’intervention adapté aux besoins de prévention en santé repérés en phase 1
- Promouvoir la mise en œuvre d’ateliers participatifs dont le format et le contenu sont en lien avec les attentes et besoins identifiés en phase 1
- Mettre en place des ateliers pratiques sur l’alimentation et l’activité physique
- Mener des actions de dépistages des facteurs de risques cardiovasculaires (diabète, cholestérol, hypertension artérielle)

4.1.3.3 – Partage des résultats

C’est la 3^e phase de l’étude, elle comprend trois actions :

- Synthétiser l’ensemble des données recueillies
- Présenter les résultats aux différents accueils de jour
- Proposer les pistes d’action

4.1.3.4 – Mise en place du plan d'action

Cette phase ultime comprend deux volets :

- Intervenir auprès des équipes accueillantes par un temps d'information, de sensibilisation et de formation à la santé
- Mettre en place des actions individuelles et/ou collectives pour les personnes accueillies en tenant compte des spécificités de chaque structure

4.2 – Description de la méthodologie

4.2.1 – Le groupe focalisé (55)

4.2.1.1 – Définition et objectif du groupe focalisé

Dans le cadre d'une étude, la méthodologie par groupe(s) focalisé(s) est utilisée pour un recueil de données privilégiant une démarche qualitative à une démarche quantitative. Cette méthode de recueil fut mise au point par le sociologue américain Robert Merton. Elle permet l'émergence d'attitudes et de croyances qui sous-tendent les comportements d'un groupe donné.

L'objectif de cette méthode est de permettre aux individus d'exprimer leur perception et leur représentation de la réalité sociale. Cela en fait la méthode de choix pour saisir la complexité psychosociale des problèmes de santé (perception, représentation, attitude et comportement).

Elle permet également d'identifier un problème, d'analyser les besoins d'une population donnée et de relever les solutions émises par cette dernière.

4.2.1.2 – Les étapes de la réalisation

La méthodologie par groupe focalisé comprend plusieurs étapes.

Etape N°1 : La réalisation du groupe focalisé.

Le choix des participants formant le groupe se fait en fonction des objectifs de l'étude et dans le respect de règles méthodologiques :

- Les participants ne se connaissent pas
- Ils ignorent le thème de la discussion
- Ils n'ont pas d'expertise du domaine concerné

- Ils partagent une expérience du thème abordé

Le nombre d'individus formant le groupe doit être d'au moins 6 personnes pour assurer une bonne dynamique, et ne doit pas excéder le nombre de 12 pour ne pas risquer la constitution de sous-groupes et une gestion trop complexe des échanges lors de la discussion.

Le groupe doit présenter une certaine homogénéité afin que les discussions soient égalitaires et fructueuses. Ainsi des caractéristiques tel que l'âge, la situation socio-économique ou encore le niveau culturel doivent être partagés par les membres du groupe constitué.

Etape N°2 : Organisation des groupes de discussion

Cette organisation doit répondre à plusieurs conditions :

- Un choix de sites accessibles et en divers points géographiques
- Le choix d'un local de réunion neutre (politiquement par exemple), confortable et disposant d'une bonne acoustique
- Un accueil convivial des participants (boissons, etc.)
- Une durée de séance comprise entre 1 heure minimum (pour installer une dynamique) et 3 heures maximum (pour maintenir l'attention des participants)

Etape N°3 : Elaboration du plan d'analyse et du guide d'entretien

Le plan d'analyse doit être précis et synthétique. Il permet de préciser l'objet de l'étude en décrivant de façon logique les thèmes qui seront abordés. C'est à partir du plan d'analyse qu'est élaboré le guide d'entretien.

Le guide d'entretien est élaboré en 4 temps :

- Temps 1 : Rédaction de la consigne de présentation de l'étude

Elle est rédigée au préalable et présente principalement les objectifs, la méthode et les thèmes de l'étude. Elle sera exposée au groupe en soulignant l'importance de la participation de chacun.

- Temps 2 : Formulation précise de la question initiale

Cette question doit être générale et accessible à tous pour faciliter la prise de parole de chacun.

- Temps 3 : Formulation de 4 ou 5 questions centrales

Elles doivent être simples, courtes et ouvertes. Elles expriment une seule idée et sont posées de façon neutre (sans connotation positive ou négative).

Dans l'étude qui nous intéresse, l'outil de photo-langage est utilisé. Il permet de stimuler les échanges avec le groupe et c'est autour de lui que sont posées les questions centrales (cf. sous-partie 4.3.1.2)

- Temps 4 : Formulation de la question de synthèse

A la fin des échanges sur les différents thèmes, l'animateur formule une synthèse, puis pose à chacun une question globale de clôture. Ceci permet aux participants de s'exprimer sur le thème central de l'étude.

Etape N°4 : Animation des groupes

Elle est très importante car elle est à l'origine des échanges à l'intérieur du groupe et de ces échanges dépendra la qualité des données recueillies.

L'animateur mène les discussions à partir du guide d'entretien et s'appuie sur la dynamique du groupe. Son rôle est donc primordial et il doit présenter un certain nombre d'aptitudes :

- Il sait se montrer cordial et tolérant
- Il sait adopter une attitude neutre et naturelle
- Il donne confiance aux membres du groupe en valorisant la parole de ces derniers

L'animateur est secondé par un observateur dont le rôle est multiple :

- Il décrit la dynamique du groupe
- Il enregistre les données (après accords de tous les participants)
- Il note les comportements non-verbaux des participants

Au terme de ces étapes, l'ultime partie du travail d'étude consiste en l'analyse des données et la synthèse des résultats. Toutes deux feront l'objet d'une future thèse d'exercice en odontologie.

Les échanges enregistrés doivent être retranscrits avec le souci de bien respecter la parole des sujets. Une retranscription fidèle et complète assure une richesse de données et c'est un travail de longue haleine.

Une fois toutes les données consignées, elles doivent être analysées de façon rigoureuse et systématique. L'analyse se doit d'être pertinente et planifiée. Ainsi menée, elle permet de mettre en évidence des tendances communes à un groupe.

L'analyse aboutit à des résultats qui pourront être interprétés. Il est important que toute interprétation des résultats soit contextualisée pour éviter une généralisation de ces derniers.

4.2.2 – L'entretien semi-directif (25)

Il représente la seconde méthode utilisée lors de l'étude.

4.2.2.1 – Définition

L'entretien semi-directif est une méthode d'étude qualitative fréquemment utilisée dans le domaine des sciences humaines et sociales. C'est un mode d'entretien de choix sur le terrain des recherches car il permet de recueillir des informations précises sur des thèmes préalablement définis. Ainsi, la personne interrogée ne s'exprime que sur des thèmes essentiels à l'étude menée. Cette méthode apporte une richesse et une précision dans les informations collectées.

Cette méthode de qualité nécessite beaucoup de temps et des compétences toutes particulières pour concevoir, conduire et interpréter l'entretien.

L'outil de la mise en œuvre est un guide d'entretien sous forme d'un questionnaire.

4.2.2.2 – L'élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien, sur lesquels s'appuieront les échanges avec la personne interrogée, a été établi en fonction des objectifs de l'étude. Dans celle qui nous concerne, il aborde les thématiques de la situation sociale et ses difficultés, du logement et de la santé. Chaque thème principal présente plusieurs sous thèmes afin de dynamiser l'échange et d'enrichir la collecte de données.

Le but de l'entretien a été précisé dès le début à la personne interrogée. La durée, le niveau de confidentialité et l'usage qui en sera fait sont aussi exposés. L'entretien démarre par un recueil d'informations de base.

4.2.2.3 – Les avantages de la méthode

L'entretien semi-directif présente trois atouts principaux :

- Il permet le recueil d'informations approfondies sur les faits et comportements des personnes interrogées

- Il garantit le traitement de l'ensemble des questions intéressant l'étude, tout en restant centré sur le sujet enquêté
- Il permet la comparabilité des résultats

4.2.2.4 – Exploitation des résultats

Une analyse des résultats doit être faite. Elle s'appuie sur une grille d'analyse préalablement élaborée.

En fonction des besoins de l'analyse, il peut être effectué un résumé de l'entretien ou une analyse thématique transversale. Les informations recueillies seront ensuite interprétées.

4.3 – Le matériel d'étude

4.3.1 – Le dossier photo langage (49)

4.3.1.1 – Description

Il s'agit à la fois d'un outil et d'une méthode. Celle-ci fut conçue en 1965 par des psychosociologues lyonnais Alain Baptiste et Claire Belisle. Le dossier photo langage a été utilisé dans l'étude car il favorise les processus associatifs et fait appel à la symbolisation. Il conduit donc à une mise en lumière des représentations et perceptions des participants quant à un thème donné.

Il existe 4 dossiers photo langage gravitant autour de 4 thèmes :

- Corps et Communication
- Des choix personnels aux choix professionnels
- Travail, Economie, Loisirs et Relations Humaines
- Prévention et Santé. C'est ce dernier dossier qui est utilisé dans l'étude.

Chaque dossier est composé d'un ensemble précis de consignes et de 48 photos en noir et blanc. Les concepteurs du photo langage ont mis l'accent sur la qualité du choix des photos et leur caractère intemporel, ainsi elles restent toujours utilisables avec beaucoup de pertinence plus de 30 ans plus tard.

Le dossier permet de nombreux échanges entre les participants et facilite ainsi la cohésion et le travail en groupe.

4.3.1.2 – La mise en œuvre

Les photos sont disposées sur des tables. Elles sont présentées au groupe focalisé et serviront à répondre auprès de chacun à 3 questions en 3 temps :

- Temps N°1 : choisir une photo qui représente la santé pour moi
- Temps N°2 : choisir une photo qui représente ma santé
- Temps N°3 : choisir une photo représentant ce qui pourrait maintenir ou améliorer ma santé

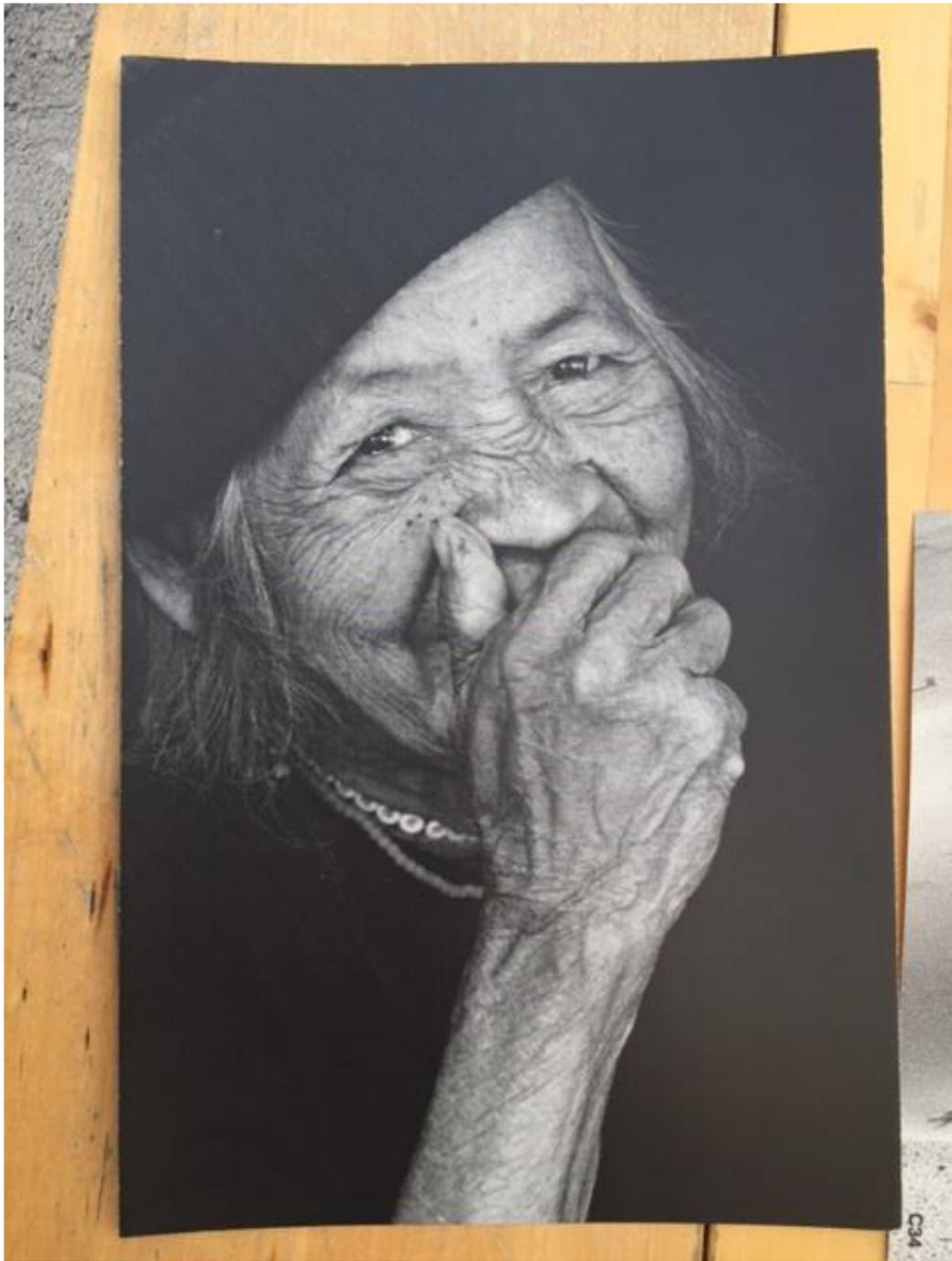
Chaque membre du groupe a donc choisi une photo, celle qui lui « parle » le plus par rapport à une question formulée par l'animateur. Puis, des échanges ont lieu au sein du groupe car chaque participant parle aux autres de sa photo et ceux qui souhaitent s'exprimer y sont invités. Cet outil permet donc de nombreux échanges entre les personnes et facilite ainsi la cohésion et le travail en groupe.

L'animateur est avant tout centré sur l'écoute mais il doit aussi réguler le temps dans le travail du groupe et faciliter l'expression de chacun. Notons que l'animateur peut participer en choisissant aussi une photo. Ceci est important à deux titres : cela permet de mettre en confiance les participants en leur montrant que l'exercice ne les met pas « en danger ». En outre, cela confirme qu'il n'y a pas de position privilégiée dans le groupe.

L'outil photo langage est source de plaisir : plaisir à échanger et plaisir à être en groupe.

Cette technique de travail en groupe représente une source précieuse d'informations et de données. En outre, elle peut aider chaque membre à une prise de conscience de la subjectivité de ses représentations et perceptions et à une appropriation de certains aspects de soi.





4.3.2 – Les questionnaires

Deux questionnaires ont été utilisés lors de l'étude : le premier est le guide d'entretien qui sert de socle aux échanges lors des entretiens semi-directifs. Il est présenté dans les annexes.

Le second (en annexe) est destiné aux professionnels ou aux bénévoles travaillant au niveau des accueils de jours de la Fondation. Ils se composent de plusieurs questions d'ordre général et de 5 questions ouvertes dont les objectifs sont :

- Aider à déterminer l'état de santé et de maladies des personnes accueillies
- Préciser des comportements de recours ou renoncement aux soins
- Présenter leurs préconisations et pistes d'amélioration de l'état de santé des accueillis
- Donner leur avis sur la pertinence ou non du lieu d'accueil de jour comme un relais de prévention en santé et de prise en charge des maladies des personnes accueillies

Conclusion

Au cours du développement est clairement apparu le risque pour les personnes en situation de grande précarité de s'inscrire dans une spirale non vertueuse contribuant à la détérioration de leur état de santé général et bucco-dentaire.

Malgré la mise en place de dispositifs sociaux visant à réduire les inégalités d'accès aux soins, l'expérience démontre une insuffisance de passerelles entre les professionnels de santé et le monde de la grande précarité. Néanmoins des structures publiques (telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé généralistes et bucco-dentaires) et associatives (tels que le Réseau Social Dentaire du Val de Marne et le Bus Social Dentaire) existent et permettent une prise en charge de type médico-sociale des plus démunis.

Il apparait également que le système de santé reste encore largement axé sur des parcours de soins curatifs plutôt que préventifs. Pourtant, la santé bucco-dentaire est exemplaire des enjeux de prévention, d'information, d'éducation à la santé et d'organisation des soins.

Bien que qualitatives, force est de constater que des données actualisées issues d'études récentes traitant de la santé et de la grande précarité, sont peu nombreuses. De plus, il est apparu très vite dans le travail, la difficulté de disposer de données exclusivement axées sur les problématiques bucco-dentaires des sans domicile fixe.

Dans un souci de mieux appréhender cette problématique et d'apporter aux sans domiciles des solutions complètes et adaptées à leur situation, il conviendrait d'envisager des études anthropologiques ciblées sur leurs représentations, leurs perceptions et leurs préconisations en santé bucco-dentaire.

Liste des abréviations

ABM	:	Agence de la Bio-Médecine
ACS	:	Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
ACM	:	Accueil Collectif des Mineurs
ADEF	:	Aide au Développement des Emplois Familiaux
ADF	:	Association Dentaire Française
AFSSAPS	:	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALEF	:	Association familiale de Loisirs Educatifs et de Formation
ALT	:	Aide au Logement Temporaire
AMD	:	Aide Médicale Départementale
AME	:	Aide Médicale d'Etat
AMG	:	Aide Médicale Gratuite
ANSES	:	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
ANSM	:	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AP-HP	:	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ATD	:	Agir Tous pour la Dignité
ATM	:	Articulation Temporo-Mandibulaire
ARS	:	Agence Régionale de Santé
CAO	:	dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement
CCAS	:	Centre Communal Action Sociale
CCMSA	:	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CHRS	:	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU	:	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	:	Centre d'Hébergement d'Urgence
CMP	:	Centre Médico-Psychologique
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	:	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOCD	:	Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes
CNS	:	Conférence Nationale de Santé

CNSP	:	Comité National de Santé Publique
CREDES	:	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DGOS	:	Direction Générale de l'Offre de Soins
DOM	:	Départements d'Outre-Mer
DOS	:	Direction de l'Offre de Soins
DSEE	:	Direction de la Stratégie, des Études et de l'Évaluation
DSS	:	Direction de la Sécurité Sociale
DGCS	:	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES	:	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EDS	:	Espace Départemental des Solidarités
EFS	:	Etablissement Français du Sang
EHESP	:	Ecoles des Hautes Etudes en Santé Publique
ESPS	:	Enquête sur la Santé et la Protection Sociale
ESSM	:	Enquête sur la Santé et les Soins Médicaux
ETP	:	Education Thérapeutique du Patient
FTM	:	Finaliser, Transmettre, Mobiliser
HALDE	:	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité
HAS	:	Haute Autorité de Santé
HCSP	:	Haut Conseil de la Santé Publique
HSF	:	Hopital Sans Frontières
IGAS	:	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGN	:	Information Grandeur Nature
INCA	:	Institut National du Cancer
INED	:	Institut National d'Etudes Démographiques
INPES	:	Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	:	Institut National de la statistique et des Etudes Economiques
INSERM	:	Institut National de la santé Et de la Recherche Médicale
InVS	:	Institut de Veille Sanitaire
IREDES	:	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IRSN	:	Institut de Radioprotection et de Sureté Nucléaire

MSA	:	Mutualité Sociale Agricole
MSF	:	Médecins Sans Frontières
OCDE	:	Organisation de Coopération de Développement Economique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONCD	:	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
PASS	:	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
PUMA	:	Protection Universelle Maladie
RDOML	:	Réseau Diabète Obésité Métropole Lilloise
RPPS	:	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSD	:	Réseau Social Dentaire
RSI	:	Régime Social des Indépendants
SAU	:	Service d'Accueil des Urgences
SDF	:	Sans Domicile Fixe
UFC	:	Union Fédérale des Consommateurs
UFSBD	:	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition en pourcentage des SDF par classe d'âge	21
Figure 2 : Répartition en pourcentage des personnes en fonction de leur seuil de pauvreté ...	22
Figure 3 : Taux de pauvreté en fonction de la situation géographique du canton	24
Figure 4 : Classification du système de santé Français par acteurs	26
Figure 5 : Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU de base	28
Figure 6 : Répartition par poste des dépenses de santé de la CMU-C	29
Figure 7 : Décomposition de la consultation chez un professionnel de santé pour la CMU-C.	29
Figure 8 : Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par département par rapport à la population totale	31
Figure 9 : Evolution du nombre de bénéficiaire de l'AME	33
Figure 10 : Décomposition de la consultation chez un professionnel de santé pour l'AME ...	34
Figure 11 : Evolution de la santé perçue des SDF par rapport à la population générale	39
Figure 12 : Nombre de dents manquantes en fonction de l'âge et de la situation sociale	46
Figure 13 : Nombre de dents manquantes par classes d'âge chez les SDF	46
Figure 14 : Pourcentage détecté en centre du nombre de soins nécessaires pour un SDF	47
Figure 15 : Organigramme d'orientation des patients précaires dans leur parcours de soins .	52
Figure 16 : Recommandations de l'UFSBD pour les personnes précaires	56
Figure 17 : Importance de la prévention secondaire dans la limitation de la prévalence d'une pathologie	57
Figure 18 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité	60
Figure 19 : Densité de chirurgiens-dentistes par région	66
Figure 20 : Dotation géographique du nombre de chirurgiens-dentistes	67
Figure 21 : Mise ne forme du cercle non vertueux dans lequel les grands précaires risquent de s'inscrire	69
Tableau 1 : Pourcentage des personnes dites « pauvres » par année et par seuil	23
Tableau 2 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'attestations	35
Tableau 3 : « Portes d'entrée » des usagers dans le Réseau Social Dentaire 94	54

Bibliographie :

- (1) Agence Départementale d'Information sur le Logement des Yvelines. Structure d'accueil temporaire, définitions et régimes juridiques
- (2) Aide Odontologique Internationale. Accès aux soins dentaires
- (3) Archimbaud A., Rapport sur l'accès aux soins des plus démunis. 2013
- (4) Agence Régionale de Santé. Ile de France. Guide d'accompagnement vers les dispositifs de santé en Ile de France. 2015
- (5) Agence Régionale de Santé. Volet ambulatoire de l'annexe zonage des chirurgiens-dentistes en région Nord- Pas de Calais.2013
- (6) Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Définition du concept de Prévention en Santé Publique
- (7) Association du Bus Social Dentaire
- (8) Beynet A., Menahem G., IRDES. Problèmes dentaires et précarité. 2002
- (9) Bissardon C., Faustini A., Galatola D., Gines N., Merkal M., Mokede A., Perrin B., Parizot I., Poncet M.C., Réveillé M., Vanessche C. La prise en charge des personnes en situation de précarité. Le point de vue des acteurs hospitaliers dans le contexte de la T2A. 2010
- (10) Brousse C., INSEE-Méthodes. Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. 2006
- (11) Casalino E., Professeur, chef du service des urgences de l'hôpital Bichat à Paris. Interview lors de l'émission de France Inter sur le sujet : ces milliards qu'on économise sur le dos des pauvres, datée du 13 mars 2015
- (12) Célant N., Guillaume S., Rochereau T. IRDES. Enquête sur la santé et la protection sociale. 2012
- (13) Circulaire DGOS/R4 no 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) 2013
- (14) Couverture Maladie Universelle. Présentation générale des dispositifs d'aide.
- (15) Couverture Maladie Universelle. Rapport d'activité. 2014
- (16) Couverture Maladie Universelle. Sixième rapport d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. 2014
- (17) Confédération Nationale des Syndicats Dentaires. Les chirurgiens-dentistes en chiffres. 2016

- (18) De Bruin A., H.S.J. Picavet and A. Nossikov eds. OMS. Toward the international harmonisation of methods and instruments. 1996 p.51-52. (Disponible sur IWEPS, indice état de santé, les indicateurs de l'observatoire Wallon de la Santé. 2008)
- (19) De La Rochère B., INSEE. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. 2003
- (20) Dequiré A.F. Recherches & Education. Le Corps des sans domicile fixe. 2012
- (21) Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., IRDES. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011
- (22) Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., IRDES. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique 2011
- (23) Direction Générale de la Santé. Le plan de prévention bucco-dentaire. 2007
- (24) Dynamique Dentaire. Bilan démographique des Chirugiens-Dentistes en France. 2013
- (25) Eureval. Réaliser un entretien semi-directif. 2010
- (26) Fondation Abbé Pierre. Les boutiques Solidarité. 2009
- (27) Fondation Abbé Pierre. Plaquette « mieux nous connaitre ». 2009
- (28) Gobert C., Une classification des acteurs du système de santé français. 2012
- (29) Hassoun D., IRDES. Précarité et état de santé bucco-dentaire.1998
- (30) La Santé de l'Homme. Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale. 2012
- (31) Laporte A., Rapport Samenta. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-De-France. 2010
- (32) Lazarus A., Strohl H., Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. 1995
- (33) Larousse. Définition de la précarité
- (34) Larousse. Définition de la santé
- (35) Le Breton D., Anthropologie du corps et modernité. 1990
- (36) Lebas J., Préface à Précarité et santé, Chauvin. 1998
- (37) Lecomte M., INSEE. Un million de personnes sous le seuil de pauvreté en Nord-Pas-de-Calais Picardie 2015
- (38) Lecomte M., Werquin B., INSEE. Une pauvreté plus marquée au cœur des pôles urbains. 2015
- (39) Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (40) Légifrance. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

- (41) Lipovetsky G., L'ère du vide. 1983
- (42) Loi du 27 juillet 1992 et la circulaire du 17 septembre 1993
- (43) Ministère de la Santé. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. 2007
- (44) Molinié E., L'hôpital public en France : bilan et perspective. 2005
- (45) Observatoire des inégalités. La pauvreté en France. 2013
- (46) OMS. Définition de la santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946
- (47) OPSA Alcotra – ERSP. Le système de santé en France. 2011
- (48) Parizot I., Trajectoires sociales et mode de relation aux structures sanitaires. 1998
- (49) Photo langage. La photographie comme langage. 1968
- (50) Rabault V., Assemblée Nationale. Projet de loi de finance pour 2015 n°2260. 2014
- (51) Reach G., La non-observance thérapeutique : une question complexe. 2006
- (52) Réseau Diabète-Obésité Lille Métropole
- (53) Revil H., Le non recours aux soins de santé. 2014
- (54) Roth F., APHP. L'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité. Rapport interne, Assistance publique-Hôpitaux de Paris. 1999
- (55) Simard G., Animer, planifier et évaluer l'action : la méthode du focus group 1989
- (56) Stiglitz J.E., Le prix de l'inégalité. 2012
- (57) The Dentalist. La Compliance et l'Influence.
- (58) UFSBD. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé. 2014
- (59) Wresinski J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale : Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social. Journal officiel de la République Française. 1987
- (60) Yaouancq F., Duée M., INSEE Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. 2012
- (61) Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M., INSEE Première. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. 2013

Annexes :

Questionnaire n°1 : Guide d'entretien utilisé lors des entretiens semi-directifs.

QUESTIONNAIRE	
1. Date de remplissage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.2 Quel est votre métier actuel, ou le dernier que vous avez exercé ?
2. Age <input type="text"/> <input type="text"/>	8. Situation familiale
3. Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8.1 Avez-vous une relation sentimentale ou amoureuse qui compte beaucoup pour vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. Logement actuel	8.2 Vivez-vous en couple ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4.1 Type de logement	8.3 Avez-vous des enfants ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> chez moi	↔ si oui, combien <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> chez des amis	8.4 Vivez-vous avec d'autres personnes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> dans la famille	Si oui,
<input type="checkbox"/> dans un centre d'accueil (CHRS, ect.)	↔ nombre d'adultes (y compris vous-même) <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> dans un foyer (SONACOTRA, ect.)	↔ nombre d'enfants au total <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> à l'hôtel	8.5 Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation familiale ?
<input type="checkbox"/> dans un squatt	8.6 Avez-vous l'impression d'être isolé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> à la rue, SDF	9. Trajectoires de vie
<input type="checkbox"/> autre, préciser	9.1 Avant d'avoir atteint vos 18 ans, avez-vous connu des événements familiaux graves ou des difficultés importantes, tels que (plusieurs réponses possibles) :
4.2 Votre logement est-il fixe ou temporaire ?	<input type="checkbox"/> graves problèmes de santé
<input type="checkbox"/> fixe ⇒ depuis combien de temps ?	<input type="checkbox"/> décès du père
<input type="checkbox"/> temporaire ⇒ depuis combien de temps ?	<input type="checkbox"/> maladie, handicap ou accident grave du père
5. Travail actuel	<input type="checkbox"/> décès de la mère
5.1 Situation de travail ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> maladie, handicap ou accident grave de la mère
<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> séparation ou divorce des parents
<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> graves disputes ou mésentente entre les parents
<input type="checkbox"/> travail non déclaré, au noir	<input type="checkbox"/> conflits ou disputes graves avec vos parents
<input type="checkbox"/> ne travaille pas	<input type="checkbox"/> un grand manque d'affection
<input type="checkbox"/> en recherche d'emploi / au chômage	<input type="checkbox"/> une situation matérielle difficile
5.2 Depuis quand êtes-vous dans cette situation ?	<input type="checkbox"/> d'autres événements, préciser
6. Quelles sont vos ressources ? (plusieurs réponses possibles)
<input type="checkbox"/> salaire ou autre revenu déclaré	9.2 Avez-vous, au cours de votre vie été victime d'un ou de plusieurs accidents graves ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> retraite	↔ si oui, combien <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> petits boulots, travail au noir	9.3 Lesquels (plusieurs réponses possibles)
<input type="checkbox"/> allocation chômage, ASSEDIC	<input type="checkbox"/> accident du travail
<input type="checkbox"/> RSA, AAH, pension	<input type="checkbox"/> accident de la circulation
<input type="checkbox"/> autre allocation (familiale, logement,...)	<input type="checkbox"/> accident de la vie domestique
<input type="checkbox"/> aide de la famille ou de proches	<input type="checkbox"/> accident dans les loisirs
<input type="checkbox"/> fait la manche	<input type="checkbox"/> autre type d'accidents
<input type="checkbox"/> aucune ressource	
<input type="checkbox"/> autre, préciser	
7. Formation	
7.1 Jusqu'à quel âge êtes-vous allé à l'école ? ans	

10. Protection sociale

- bénéficiaire de la sécurité sociale (*assuré ou ayant droit*)
- ACS, AME, CMUc
- sans protection sociale
- ne sait pas

11. Recours aux soins

11.1 Vous est-il déjà arrivé de renoncer pour vous-même à certains soins ? oui non

11.2 Si oui, pour quels soins et pour quelles raisons ?
(au plus 2 réponses)
.....
.....

11.3 A quand remonte votre dernière consultation chez un professionnel de santé ?
.....
.....

12. Attitudes à l'égard des soins

12.1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?
 oui, une fois oui, plusieurs fois non ne sait pas

12.2 Si oui, où avez-vous eu mal ?
.....
.....

12.3 Qu'avez-vous fait la dernière fois ? (plusieurs réponses possibles)

- | | oui | non | nsp |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ⇒ Avez-vous attendu que cela passe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Avez-vous essayé de vous soigner vous-même ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Etes-vous allé consulter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Avez-vous été hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Qui êtes-vous allé consulter ? | | | |
| <input type="checkbox"/> un médecin généraliste | | | |
| <input type="checkbox"/> un kinésithérapeute | | | |
| <input type="checkbox"/> un dentiste | | | |
| <input type="checkbox"/> un pharmacien | | | |
| <input type="checkbox"/> autre, précisez → | | | |

12.4 Avez-vous attendu avant de demander de l'aide ? oui non
↳ si oui, combien de jours ?

13. Evaluation des difficultés à observer des prescriptions médicales éventuellement reçues

13.1 La dernière fois que vous avez vu un médecin, vous a-t-il fait une ordonnance pour des médicaments ? oui non

13.2 Avez-vous pu prendre ces médicaments pendant toute la durée du traitement ? oui non

↳ si non, pourquoi ?
.....
.....

13.3 La dernière fois que vous avez vu un médecin, vous a-t-il fait une ordonnance pour une prise de sang ou des radios ? oui non

⇒ Avez-vous eu des difficultés pour les réaliser ? oui non

⇒ Si oui, pourquoi ?
.....
.....

14. Aller chez le médecin vous fait-il peur ? oui non

15. Estimation subjective de l'état de santé

15.1 Actuellement, pouvez-vous noter entre 0 et 10 votre état de santé ? ne sait pas

15.2 Pour vous la santé, c'est quoi ?
.....
.....

15.3 Qu'est-ce que qui est important pour votre santé ?
.....
.....

15.4 Comment peut-on vous aider à être en bonne santé ?
.....
.....

Questionnaire n°2 : Destiné aux professionnels ou aux bénévoles des boutiques Solidarité.

Projet FAP – "Santé, Logement, Précarité" 2015-2016

Questionnaire à destination des professionnels ou des bénévoles

NOM :

Prénom :

1- Etes-vous bénévole ou salarié(e) de l'accueil de jour ?

Depuis combien de temps ?

2- Quelle sont vos missions au sein de l'accueil de jour ?

3- Pourriez-vous noter entre 0 et 10 l'état de santé des personnes que vous accueillez ?

4- Avez-vous observé des maladies plus fréquentes que d'autres chez les personnes que vous accueillez ?

Oui Si oui, lesquelles ?

Non

Projet FAP – "Santé, Logement, Précarité" 2015-2016

5- Selon vous, les personnes que vous accueillez prennent elles en charge leur maladie ?

Oui si oui, comment ?

Non si non, pourquoi ?

6- Avez-vous des idées pour améliorer l'accompagnement de ces personnes dans le suivi et la gestion de leur maladie ?

7- Pensez-vous que les structures d'accueil ont un rôle à jouer dans la prévention et la prise en charge des maladies après des personnes accueillies ?

Oui si oui, comment ?

Non si non, pourquoi ?

Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2016 – N°:

Comportements en santé bucco-dentaire des personnes en situation de grande précarité. Exemple de protocole d'une étude menée dans les Hauts de France en lien avec la Fondation Abbé Pierre

Nabila BENKHERIF 95p. ; 24 ill. ; 61 réf.

Domaines : Pathologie bucco-dentaire ; Prévention

Mots clés RAMEAU: Pauvreté ; Exclusion sociale ; Couverture maladie universelle ; Renoncement aux soins ; Focus groupe

Mots clés FMeSH: Pauvreté ; Couverture maladie universelle ; Marginalisation sociale

Mots clés Libres : Renoncement-refus ; Renoncement barrière ; Dossier photolangage

Résumé de la thèse : Née de la crise économique lié au premier choc pétrolier, la notion de précarité est complexe et pluridimensionnelle. A l'extrémité du spectre de la grande pauvreté et de la grande précarité, se situent les sans domicile. Leurs conditions de vie très difficiles transforment leurs priorités, notamment sur le plan de la santé. Les situations de renoncements et de non-recours aux soins dégradent leur état de santé général et bucco-dentaire. Malgré des dispositifs de santé spécifiques, des inégalités subsistent et pour le grand précaire, s'inscrire dans un parcours de soins reste complexe. Il apparaît qu'une prise en charge de type médico-sociale soit le meilleur gage de succès. Relever les perceptions, représentations et préconisations des sans domicile quant à leur santé pour leur apporter des solutions efficaces et locales est l'objectif de l'étude menée au sein des boutiques Solidarité de la Fondation Abbé Pierre.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX
Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU
Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER
Madame le Docteur Marie BISERTE