

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

PLACE DE VERDUN

59000 LILLE

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

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

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

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

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Thomas COLARD,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontique,
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

DEA Quaternaire : Géologie, Préhistoire et PaléoAnthropologie

Maitrise de Biologie Humaine

EDBSL

Expert en anthropologie près la Cours d'Appel de Douai

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, malgré votre emploi du temps chargé, et je vous en remercie.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon profond respect et de ma plus haute considération.

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, Epidémiologie, Economie de la Santé et

Odontologie légale

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie.

Master II Recherche « Santé et population », Spécialité Evaluation en

Santé et 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 Gérodontologie

Vous m'avez spontanément encouragée dans l'élaboration de cette thèse et avez accepté de faire partie de mon jury ; pour tout cela je vous remercie. Par ce travail, je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité Ethique et Droit Médical

Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie – Prévention – Paris Descartes

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » – Aix-Marseille II

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

Lauréat du prix Jean Bernard de la Société Française et Francophone d'Ethique Médicale

Merci d'avoir spontanément, et avec enthousiasme, accepté d'être juge de mon travail.

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

Monsieur le Docteur Jocelyn CROZE, Directeur de Thèse

Praticien Hospitalier en Odontologie Polyvalente des Hôpitaux de Rouen –

Centre de Soins Dentaires du CH St Julien de Petit-Quevilly et Pôle Tête et Cou du CHU Charles Nicolle (Exercice et Encadrement des stages des étudiants);

Docteur en Chirurgie-Dentaire –Université de Clermont-Ferrand I;

Master 2 de Recherche en Sciences de la Vie de la Santé, Mention Nutrition et Sciences des Aliments, Spécialité Nutrition Humaine –Université de Clermont-Ferrand I;

Formation reconnue par le CNO à la Sédation par MEOPA –Association Easy Dental Formation, Paris

DIU Carcinologie Buccale –Institut Gustave Roussy –Université Paris Sud

DU de Dermatologie et Vénérologie de la Muqueuse Orale –Université Paris Descartes

J'ai eu le plaisir de réaliser cette thèse sous ta direction et je t'en suis profondément reconnaissante. Au-delà de ton rôle de directeur de thèse, tu m'as accompagnée lors des soirées de maraudes alors que rien ne t'y obligeais. J'ai apprécié tes suggestions et conseils tout au long de l'élaboration de ce travail. Je te remercie pour tout ce temps que tu as pu me consacrer. Tu as toujours fait preuve d'une écoute attentive. J'espère que notre collaboration pour cette étude aura été à la hauteur de tes espérances. Merci pour ta confiance. Tu trouveras dans ce travail le témoignage de mon admiration et de mon profond respect.

Remerciements,

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AB	Allocation de Base
AME	Aide Médicale d'État
ARPA	American Research of Periodontist Association
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
AS	Allocation Supplémentaire
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
ATM	Articulation Temporo-Mandibulaire
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisses d'Allocation Familiale
CAOD	Nombre de Dents Cariées, Absentes, Obturées
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CETAF	CEntre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de Santé
CES	Centre d'Examen de Santé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMSA	Caisse de Mutualité Sociale Agricole
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-c	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CREDES	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EMPP	Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examen de Santé
ESP	Ecole de Santé Publique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
Mouvement ATD	Mouvement Agir Tous pour la Dignité
ODF	Orthopédie Dento-Faciale
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMA	Protection Universelle MAIadie
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	10
TABLE DES MATIERES	12
INTRODUCTION	14
GENERALITES.....	15
I. PERSONNE EN SITUATION DE PRECARITE ET SANTE BUCCO-DENTAIRE	15
A. <i>Définitions et données épidémiologiques.....</i>	15
1) Définitions	15
a. Personne en situation de précarité.....	15
b. Santé bucco-dentaire.....	17
c. Aides sociales existantes en France	17
2) Données épidémiologiques	20
B. <i>Une carence en soins accrue</i>	21
1) Constat.....	21
2) Facteurs de risques	22
3) Dispositifs de soutien pour l'accès aux soins	23
a. En France	23
b. A Rouen.....	24
II. L'AGGLOMERATION DE ROUEN	25
A. <i>Situation géographique.....</i>	25
B. <i>Densité de praticiens</i>	26
C. <i>Structures mises en place pour l'aide à la personne en situation de précarité</i>	26
MATERIEL ET METHODE	28
I. METHODE D'INVESTIGATION	28
II. QUESTIONNAIRES ET PROTOCOLE	28
A. <i>L'OHIP 14 –Annexes 5 et 6.....</i>	28
B. <i>Les indices utilisés -Annexe 7.....</i>	29
1) L'indice CAOD [66]	29
2) L'indice gingival de Loë et Silness [67]	29
3) L'indice de plaque de Loë et Silness [67]	30
4) L'indice de Mühleman [68]	30
5) Evaluation des Articulations Temporo-Mandibulaires	30
III. ECHANTILLON	31
IV. PROTOCOLE DU RECUEIL DE DONNEES	31
A. <i>Moyens techniques mis en œuvre</i>	31
B. <i>Déroulement de l'enquête.....</i>	31
V. ANALYSE DES DONNEES.....	32
RESULTATS	33
I. ÉCHANTILLON	33
A. <i>Taux de participation.....</i>	33
B. <i>Représentativité de l'échantillon.....</i>	33
C. <i>Cohérence interne des réponses pondérées</i>	34
II. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	34
A. <i>Proportion hommes-femmes.....</i>	34
B. <i>Distribution hommes-femmes répartis par classes d'âges.....</i>	34
C. <i>Répartition des différentes aides sociales</i>	35
D. <i>Addictions.....</i>	37
1) Alcool.....	37
2) Tabac	38
3) Drogues.....	39
4) Polyaddiction	40

E.	<i>Intervalle de temps depuis la dernière visite chez le chirurgien-dentiste</i>	40
F.	<i>Raisons du manque de suivi</i>	41
III.	REPONSES AU QUESTIONNAIRE OHIP	42
IV.	BILAN CLINIQUE.....	43
A.	<i>Indice CAOD</i>	43
B.	<i>Indice prothétique</i>	44
C.	<i>EVA</i>	45
D.	<i>Indice de plaque de Loë et Silness</i>	46
E.	<i>Indice de gingival de Loë et Silness</i>	47
F.	<i>Indice de Mühleman</i>	48
G.	<i>Etat articulaire</i>	49
1)	Limitation de l'ouverture buccale.....	49
2)	Bruit de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).....	50
3)	Déviations du trajet mandibulaire.....	51
4)	Douleurs musculaires	52
H.	<i>Lésion orale</i>	53
	DISCUSSION	55
I.	ECHANTILLON	55
A.	<i>Taux de participation</i>	55
B.	<i>Représentativité de l'échantillon</i>	55
C.	<i>Cohérence interne des réponses pondérées</i>	56
II.	CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON	56
A.	<i>Distribution des âges de l'échantillon</i>	56
B.	<i>Distribution hommes-femmes répartis par classes d'âges</i>	56
C.	<i>Distribution des différentes aides sociales</i>	56
D.	<i>Addictions</i>	57
1)	Alcool.....	57
2)	Tabac	58
3)	Drogues.....	58
4)	Polyaddiction	59
E.	<i>Délai écoulé depuis la dernière visite chez le chirurgien-dentiste et raisons du défaut de suivi</i>	60
III.	REPONSES AU QUESTIONNAIRE OHIP (TABLEAU 2).....	60
IV.	BILAN CLINIQUE.....	61
A.	<i>Indice CAOD (tableau 3)</i>	61
B.	<i>Indice prothétique (tableau 4)</i>	61
C.	<i>EVA (tableau 5)</i>	62
D.	<i>Indice de plaque de Loë et Silness (figure 16 et tableau 6)</i>	62
E.	<i>Indice gingival de Loë et Silness (figure 17 et tableau 7)</i>	63
F.	<i>Indice de Mühleman (figure 8 et tableau 8)</i>	63
G.	<i>Etat musculo-articulaire</i>	64
H.	<i>Lésions buccales</i>	64
	CONCLUSION	65
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
	TABLE DES FIGURES	74
	TABLE DES TABLEAUX	76
	ANNEXES	77

INTRODUCTION

“18h30 : Les aspirateurs se mettent en route, les vendeuses rangent, font leur caisse, les rideaux de fer se baissent, les clients sortent des magasins, se précipitent chez eux, Rouen se vide. Et ceux qui sont sans toit, que font-ils ? Ils restent dans leur solitude, l’indifférence et le froid...”

-Autobus Samu Social de Rouen [1]

La France compte entre 4,9 et 8,5 millions de pauvres selon la définition adoptée. [2] Cependant, malgré ces chiffres conséquents, cette population demeure très mal connue de par les difficultés qu’elle pose à être recensée, son mode de vie nomade et son caractère erratique.

Il est à déplorer un désintérêt institutionnel des pouvoirs publics quant à la santé de cette population.

Pour ces raisons, il nous semblait pertinent de réaliser une étude prospective et transversale portant sur l’état de santé bucco-dentaire de cette population dite en situation de précarité au sein de l’agglomération Rouennaise: l’impact de leur santé bucco-dentaire sur leur qualité de vie, les différents facteurs de risques ayant une influence sur leur état bucco-dentaire (tabagisme, drogues, habitudes alimentaires, hygiène...) ou encore la prévalence de la maladie carieuse, parodontale et leur suivi dentaire...

Cette étude a pour but de réaliser un constat objectif de l’état de santé bucco-dentaire de cette population, ainsi que de son impact sur sa qualité de vie afin d’en recueillir les besoins spécifiques.

GENERALITES

I. Personne en situation de précarité et santé bucco-dentaire

A. Définitions et données épidémiologiques

1) Définitions

a. Personne en situation de précarité

D'après le Petit Robert ®, la précarité se définit par : "le caractère ou l'état de ce qui est précaire" ; ce même dictionnaire qualifie de précaire, (du latin *precarius* qui signifie "s'obtient par la prière") " ce dont l'avenir, la durée n'est pas assuré", c'est-à-dire qui est incertain, sans base assurée, révocable. [3]

Dans le domaine économique et social, la définition de la précarité usuellement retenue est celle de Père Joseph WRESINSKI, fondateur du mouvement ATD (Agir Tous pour la Dignité) quart monde, que le Conseil Economique et Social Français fera sienne dans son avis des 10 et 11 février 1987 sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale. [4] Selon lui, "la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible". [4]

Il ressort notamment de cette dernière définition que la précarité présente un caractère multifactoriel et se manifeste dans cinq domaines: [5]

- la situation économique
- le logement
- la situation vis-à-vis de l'emploi
- les diplômes
- l'état de santé.

Dans les années 90, les pouvoirs publics commencent à se préoccuper de la santé des personnes en situation de précarité. En 1992, un arrêté du Ministère des Affaires

Sociales et de l'Intégration définit cinq catégories de personnes en situations de précarité [6] :

- personnes en situation de chômage,
- bénéficiaires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion) devenu aujourd'hui Revenu de Solidarité Active (RSA),
- personnes en contrat aidé type contrat emploi solidarité,
- personnes sans domicile fixe,
- jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle.

En 2000, les administrateurs de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) y ont adjoint les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). [6]

Pour améliorer le repérage des populations en difficulté, parmi les personnes en situation de précarité, et au-delà des critères socio-administratifs évoqués ci-dessus, les Centres d'Examen de Santé (CES), le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de Santé (CETAF) ainsi que l'Ecole de Santé Publique (ESP) de Nancy ont construit, en 1998, un score individuel de précarité dénommé EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examens de Santé). Initialement, il était constitué de 42 questions "portant sur les différentes dimensions de la précarité [...] conditions matérielles et événements graves de l'enfance, niveau d'étude, situation professionnelle, revenus, composition du ménage, logement, protection sociale, liens sociaux, loisirs et culture, difficultés financières, recours aux soins, santé perçue". [6] Au terme d'un travail d'analyse de ces 42 questions, seules 11 expliquent 90% du degré de précarité et constituent le score EPICES utilisé aujourd'hui. [7] **–Annexe 1**

b. Santé bucco-dentaire

La « santé » (nom féminin) signifie, selon le Petit Larousse ® “l'état de bon fonctionnement de l'organisme”. [8] Le Petit Robert ® définit, lui, la “santé” comme «le bon état physiologique d'un être vivant, le fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable ». [2]

En 1946, lors de sa création, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient une définition plus large de la santé puisqu'elle la définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». [9]

L'OMS a également défini la santé bucco-dentaire comme “ l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne , et donc son bien-être psychosocial”. [10] L'OMS considère ainsi que la bonne santé bucco-dentaire vise le maintien des capacités à:

- manger dans de bonnes conditions,
- sourire (conservation du lien social),
- parler de manière agréable pour les tiers (interaction avec l'environnement).

c. Aides sociales existantes en France

A l'origine laissée à la discrétion de la sphère familiale, l'aide aux plus défavorisés s'est peu à peu étatisée. L'Eglise œuvre d'abord au bien-être des exclus, des malades et des personnes en situation de handicap par diverses actions de charité. Par la suite, le 20^{ème} siècle voit se développer un système de protection visant au maintien de la cohésion sociale. En effet, la fin de la seconde guerre mondiale est une étape importante marquée par la création de la Sécurité Sociale, le 4 octobre 1945. [11] A partir de cette date, l'Etat met en place un système étendu de protection sociale afin de garantir un niveau minimum de bien-être à l'ensemble de la population. Cette politique sociale permet la mise en place de différents minima sociaux afin d'aider les plus démunis. Aujourd'hui, il en existe une dizaine qui, selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), “visent à assurer un revenu minimal à une personne (ou à sa famille) en situation de précarité ; ce sont des prestations sociales

non contributives” puisqu’elles sont versées sans obligation de cotisation. [12] Les minima sociaux les plus répandus en France sont:

- Le Revenu de Solidarité Active (RSA) s’est substitué au Revenu Minimum d’Insertion (RMI). Créé en 1988, ce dernier avait pour “objectif de garantir un niveau minimum de ressources et faciliter l’insertion ou la réinsertion de personnes disposant de faibles revenus.” [13] L’instauration du RSA vise à élargir la population concernée par cette aide. [14] Depuis sa mise en place le 1er juin 2009, “il assure aux personnes sans ressource ou disposant de faibles ressources, un niveau minimum de revenu variable selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes âgées d’au moins 25 ans et aux personnes âgées de 18 à 24 ans si elles sont parents isolés ou justifient d’une certaine durée d’activité professionnelle”. [15]

Au 31 décembre 2015, 2,53 millions de foyers bénéficient de cette aide sociale qui est aujourd’hui la plus répandue. [16] Cette allocation s’élève à 524,68 euros par mois pour une personne seule sans autre ressource.

- L’Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) est destinée aux chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits à l’assurance chômage. Cette allocation s’élève à 487,50 euros par mois pour les personnes seules sans aucune ressource. [17]
- L’Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est instituée par la loi du 30 juin 1975. [18] Cette allocation est “une allocation de solidarité destinée à assurer, aux personnes en situation de handicap, un minimum de ressources. Financée par l’État et versée par les Caisses d’Allocation Familiale (CAF) ou les Caisses de Mutualité Sociale Agricole (CMSA), elle est accordée sur décision de la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)”. [19] Au 31 décembre 2014, un million de personnes bénéficient de cette mesure; cette allocation s’élève à 808,46 euros par mois.
- Le Minimum Vieillesse est instauré en 1956 afin de garantir un minimum de ressources à toute personne âgée de plus de 65 ans, française ou étrangère en situation régulière résidant en France de manière stable. Cette allocation se compose de trois éléments : la retraite, même très faible, le complément de retraite -les deux réunis forment l’Allocation de Base (AB) et l’Allocation Supplémentaire (AS). Additionnées (AS et AB), elles constituent un revenu minimal égal à 801 euros par mois pour une personne sans autre revenu. [20] Complexe, ce Minimum Vieillesse a été substitué par la création de l’Allocation

de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA), allocation unique, mise en place dès le 1er janvier 2007. Le revenu minimal mensuel procuré par l'ASPA pour un bénéficiaire est identique à celui du Minimum Vieillesse. Les personnes qui bénéficiaient du Minimum Vieillesse avant 2007 en conservent le bénéfice mais peuvent opter pour l'ASPA de manière volontaire, et ce, de manière irrévocable. [21]

- La Couverture Maladie Universelle (CMU) de base, créée en 1999, vise à ouvrir des droits à l'Assurance Maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière et ne relevant d'aucune couverture maladie obligatoire. Depuis le 1^{er} janvier 2016, elle est remplacée par la Protection Universelle MALadie (PUMA). [22] Si l'instauration de la CMU de base avait pour objet de faire disparaître les obstacles et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès à la prévention et aux soins, sa réforme vise à simplifier l'ouverture des droits lors des changements de situation professionnelle ou familiale; elle améliore de ce fait la continuité des soins. Ainsi les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale puisque seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. [23]
- La Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C) est "une mutuelle complémentaire santé gratuite destinée aux personnes qui ont de faibles revenus et qui résident en France de manière stable et régulière. Elle assure la prise en charge du ticket modérateur, c'est-à-dire de la partie non remboursée par l'Assurance Maladie sur les honoraires, et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation, l'exonération de la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie [...], et la prise en charge des frais dépassant les montants remboursables par l'Assurance Maladie pour les lunettes (verres et monture), les prothèses dentaires (couronnes, appareils dentaires), l'Orthopédie Dento-Faciale (ODF), les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.)". [24]
- L'Aide Médicale d'État (AME) a été instituée en 2000. Elle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions et vise à offrir une protection de santé aux étrangers en situation irrégulière et précaire qui doivent, pour cela, vivre en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. L'AME peut aussi être

accordée, exceptionnellement, à titre humanitaire. Elle donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la Sécurité Sociale; aucun frais n'est alors à avancer. [25]

2) Données épidémiologiques

En 2014, en France, 8,6 millions de personnes, soit 13,9% de la population générale, vivent en-dessous du seuil de pauvreté fixé à 987 euros mensuel. [26] En 2015, en France, 3,5 millions de personnes connaissent une problématique aiguë de mal logement, dont 695 000 sont privées de domicile personnel et 141 500 sont sans domicile. [27]

En Haute-Normandie, selon une étude de l'INSEE, la pauvreté a augmenté entre 2008 et 2011. Le pourcentage de personnes considérées comme pauvres -c'est-à-dire vivant dans un ménage disposant d'un revenu mensuel inférieur à 977 euros par Unité de Consommation est passé de 12,4% en 2008 à 13,8% en 2011, soit une augmentation de 1,4%. Pour les 10% des ménages les plus pauvres, le niveau de vie baisse de 3,4% entre 2008 et 2011. [28]

Selon cette même étude, le niveau de pauvreté est plus important en Haute-Normandie que dans le reste de la France. [28] En 2011, la moitié des ménages pauvres Hauts-Normands avait un niveau de vie inférieur à 800 Euros par mois, soit 180 Euros de moins que le seuil de pauvreté. [29]

Le taux de pauvreté chez les jeunes Hauts-Normands de 18 à 29 ans a augmenté entre 2008 et 2011, passant de 14,1% à 16,5%, soit une augmentation de 2,4%. En 2011, le taux de pauvreté de ces jeunes adultes dépasse de 0,3% celui de la France métropolitaine. [28]

En Haute-Normandie, la part de la population couverte par le RSA passe de 4% en 2008 à 4,9% en 2011 pour atteindre 6,2% en 2014 [28]. En Seine-Maritime, la part de la population couverte par le RSA et celle dont les revenus dépendent à plus de 50% des prestations sociales augmentent plus vite que dans l'Eure sur la même période allant de 2008 à 2011. [28]

Si les territoires les plus ruraux de la Haute-Normandie font partie des zones les plus touchées par la pauvreté, la métropole de Rouen est également affectée et plus particulièrement les cantons de Sotteville-lès-Rouen et de Caudebec-les-Elbeuf.[28] Débutée en 2007 aux Etats-Unis, la crise économique s'est peu à peu développée dans le Monde, atteignant la France en 2008. [29] La hausse de la pauvreté est liée en partie à la dégradation du marché du travail et la désindustrialisation. [30] La crise a

entraîné la perte nette de 15 000 emplois entre 2008 et 2011 entraînant, de fait, une hausse des bénéficiaires des minima sociaux. [31]

A Rouen, fin 2011, 14 000 habitants bénéficient du RSA, soit environ 12% de la population, et 10 322 habitants de moins de 65 ans bénéficient de la CMU-C, soit 10,8% des Rouennais. [32]

Toutefois, il est très difficile de caractériser et de dénombrer les personnes en situation de grande précarité au sein de la métropole de Rouen puisque cette population n'a, jusque-là, fait l'objet d'aucun recensement.

B. Une carence en soins accrue

1) Constat

Les Français sont de plus en plus nombreux à renoncer aux soins, notamment aux soins bucco-dentaires; selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), 10% d'entre eux ont abandonné les soins dentaires. [33] D'après l'OMS, "les affections bucco-dentaires chez les enfants et les adultes sont plus répandues dans les groupes de populations démunies et défavorisées". [10] Une enquête réalisée par le Centre de Recherches d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) montre que le nombre de dents absentes et non remplacées dans la population précaire est, en moyenne, de 1,8 chez les moins de 25 ans et de 10 chez les plus de 50 ans; pour les mêmes tranches d'âges, ces chiffres varient de 0,5 à 2,3 au sein de la population générale. [34]

En Septembre 2015, une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) reprise dans *Le courrier de l'Ordre* [35], nous apprend que "31% des personnes sans domicile fixe indiquent être totalement ou partiellement édentées, contre 26% de la population générale". [36] **–annexe 2**

Selon une enquête de l'INSEE de 2001, 45% des personnes en situation de précarité consultent un chirurgien-dentiste dans l'année contre 60% des personnes de la population générale. En 2002, on constatait chez les prestataires de minima sociaux un taux de renoncement aux soins 68% plus élevé que dans la population générale. [37]

L'impact du défaut de suivi régulier auprès d'un chirurgien-dentiste sur la santé bucco-dentaire de la population étudiée est illustré par l'étude de la DREES: "la part des personnes sans domicile qui ont perdu toutes leurs dents ou presque est trois fois plus

élevée pour ceux dont la dernière consultation remonte à plus de deux ans (13%) que pour les autres”. [36]

2) Facteurs de risques

Selon l’OMS, “parmi les facteurs de risque des affections bucco-dentaires, figurent la mauvaise alimentation, le tabagisme et l’usage nocif de l’alcool. Ces derniers sont aussi des facteurs de risque pour les quatre principales catégories de maladies chroniques – pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections respiratoires et diabète; or ces maladies chroniques et les affections bucco-dentaires sont liées. Une hygiène insuffisante de la bouche est aussi un facteur de risque.” [10]

Pour faire face au manque de nourriture, les personnes en situation de précarité sont amenées à fréquenter les différents systèmes d’aide alimentaire (les distributions de denrées alimentaires ou de repas). Ces structures doivent composer avec des ressources limitées, ce qui rend difficile de respecter les recommandations nutritionnelles (apports journaliers recommandés). [38]

Une étude réalisée en France en 1997 montre une consommation de tabac 30% plus élevée chez les personnes en situation de précarité que dans la population générale. [39] Plus récemment, un article de la DREES rapporte que la proportion de fumeurs quotidiens dans la classe d’âge 18-75 ans est deux fois plus importante chez les sans domicile (52%) que dans la population générale (28%). [36]

Une étude réalisée entre 1983 et 2003 montre que les fumeurs de cigarettes ont statistiquement moins de gingivite mais une profondeur de poche plus importante et des parodontites plus sévères que les non consommateurs. [40]

Une autre étude publiée en 2015 objective que le tabagisme lourd (consommation supérieure ou égale à 15 cigarettes par jour) augmente le risque de perte de dents de plus de trois fois chez les hommes et de plus de deux fois chez les femmes par rapport aux non-fumeurs. [41]

La consommation de tabac est le principal facteur de risque de cancer ; il représente à lui seul des millions de décès par cancer chaque année. De par sa composition, le tabac est à l’origine de lésions buccales cancéreuses. [42]

L’étude de Beck & co. montre que “la proportion de personnes semblant présenter d’importants risques d’usage nocif ou de dépendance à l’alcool apparaît nettement plus élevée au sein de la population des personnes sans domicile que dans la population générale, en particulier parmi les individus dont les situations sociales sont les plus difficiles”. [43]

Selon l’OMS, “la prévalence du cancer buccal est relativement plus élevée chez [...] les personnes peu instruites et à faible revenu. Le tabac et l’alcool en sont les causes principales.” [10]

“Les comportements à risques et les consommations problématiques de drogues se développent généralement en même temps que le sentiment d’inutilité sociale et la dégradation de l’image de soi, l’aggravation de l’état de santé tant physique que mental.” [44] Le pourcentage de personnes sans domicile consommant des produits psychoactifs (autre que tabac et alcool) est deux fois plus important (30%) que dans la population générale (15 %). [44]

La consommation de drogues est à l’origine de troubles de la sphère orale tels que la xérostomie, qui à terme, “entraîne une prolifération bactérienne aboutissant à la formation de plaque dentaire et de tartre. En l’absence de soins, le collet des dents va être atteint et les caries se développer jusqu’à la destruction des dents.” [45] A.H Lowenthal a montré que “les atteintes des faces vestibulaires et des collets des dents sont spécifiques du patient toxicomane” [45]

Hassoun a mis en évidence une différence au niveau de l’hygiène bucco-dentaire: quel que soit l’âge, les personnes en situation de précarité présentent de moins bonnes pratiques d’hygiènes que la population générale. [46] Cette même étude montre que les causes d’une hygiène insuffisante ou absente peuvent être multiples : manque de temps, défaut d’éducation, baisse de motivations (non prioritaire) ou manque de moyens financiers. En effet, les moyens d’hygiène (brosse à dents, dentifrice, brossettes inter-dentaires, bains de bouche...) sont onéreux et non remboursés. [46]

Le défaut de brossage entraîne la présence de plaque bactérienne et plus spécifiquement de bactéries cariogènes dont le rôle dans le processus conduisant au développement de la lésion carieuse a été clairement défini. [47]

3) Dispositifs de soutien pour l’accès aux soins

a. En France

Au niveau national, deux dispositifs majeurs ont été mis en place par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé: la Permanence d’Accès aux Soins de Santé (PASS) et les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP).

Les PASS ont été mises en place dans les établissements de santé dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l’exclusion du 29 juillet 1998. [48] La mission de ces cellules médico-sociales est de rendre effectif l’accès et la prise en charge des

personnes en situation de précarité non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. [49] Elles permettent ainsi à tout patient d'être accompagné dans son parcours et d'accéder à l'offre de soins de droit commun, mais aussi de bénéficier d'une continuité de soins conforme à ses besoins. [50] La mise en œuvre de la CMU et de la CMU-C et l'inscription par la loi dite "Hôpital, Santé, Patients et Territoires" du 21 juillet 2009, de la lutte contre les exclusions sociales dans les missions des hôpitaux, ont facilité l'activité des PASS. [51] Depuis 2009, elle inclut une permanence en soins dentaires. Il existe aujourd'hui en France près de 430 PASS implantées majoritairement dans les hôpitaux publics ; elles sont 12 en Haute-Normandie dont 6 en Seine-Maritime avec une au Havre disposant d'une activité dentaire. –**annexe 3**

Les EMPP ont, elles, été instituées par une circulaire du Ministère de la Santé du 23 novembre 2005 [52] qui leur fixe les objectifs suivants : "aller au-devant des exclus, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ; assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité". [52]

Diverses dans leur organisation, ces EMPP n'ont donc pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publiques dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale. Elles sont à l'interface de la psychiatrie et du secteur social. En 2011, il existait près de 110 EMPP en France. [52]

b. A Rouen

Les personnes en situation de précarité sans couverture sociale peuvent bénéficier de soins via la PASS du CHU de Rouen [53], avec ou sans l'appui de l'unité mobile d'accompagnement social. Elles ont alors accès aux divers services de l'hôpital. Les modalités de mise en œuvre d'une PASS dentaire au sein des Hôpitaux de Rouen sont actuellement en cours d'élaboration. Dans les cas de besoins de soins psychiatriques, il est possible de recourir aux actions d'accompagnement de l'unité mobile d'action psychiatrique pour personnes précarisées. Cependant, un certain

nombre de personnes en situation de précarité, sans couverture sociale n'est pas en mesure d'engager ces démarches pour des raisons de marginalisation et de désocialisation. Les associations d'action sociale ou humanitaires, telles que *Médecins du Monde*, sont alors leurs interlocutrices privilégiées parce que spécialisées dans l'approche de ces problématiques complexes. Pour prendre en compte la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité les plus en marge du système de soin de droit commun, il existe deux structures principales : le cabinet dentaire de *Médecins du Monde* [54] et le Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) *La Boutik*. [55]

Le centre d'accueil, de soins et d'orientation de *Médecins du Monde* accueille dans son cabinet dentaire les personnes en grande précarité de manière gratuite, puis les oriente pour la réalisation des démarches administratives afin d'obtenir une aide sociale. La participation des chirurgiens-dentistes y travaillant est basée sur le bénévolat.

La structure d'accueil *La Boutik* œuvre à la réduction des addictions. Un chirurgien-dentiste, venait, jusque récemment, une fois par mois réaliser des dépistages, des motivations à l'hygiène et incitait les personnes à entreprendre des soins. [55]

II. L'agglomération de Rouen

A. Situation géographique

Préfecture de la Région Normandie depuis Janvier 2016, la ville de Rouen a été fondée par les Romains sur la rive droite de la Seine sous le règne d'Auguste au premier siècle de notre ère. Elle portait alors le nom de Rotomagnus. Aujourd'hui, commune du Nord-Ouest de la France située à moins de 2 heures de Paris, elle compte 111 557 habitants. C'est la ville centre de la métropole Rouen-Normandie où elle rayonne au sein d'une intercommunalité de 494 380 habitants et de 71 communes.

En 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie a institué 4 territoires de santé, dont celui de Rouen-Elbeuf. Cet échelon constitue pour l'agence, l'espace de référence pour l'analyse des besoins de la population et l'organisation des moyens dédiés à la santé. [56] –**Annexe 4**

B. Densité de praticiens

L'état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes réalisé en décembre 2013 par l'Observatoire de la démographie des professions de santé [57] nous indique qu'il y avait alors 40 000 chirurgiens-dentistes en activité en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2013. La densité moyenne était égale à 63,1/ 100 000 habitants. Cette étude confirme l'inégale répartition des praticiens en France, la Haute-Normandie étant la région la moins dotée de France en chirurgiens-dentistes avec une densité de 34/100 000 habitants

D'après le Conseil Départemental de l'Ordre de Seine-Maritime, 576 chirurgiens-dentistes sont inscrits au 1^{er} janvier 2016 au Tableau de l'Ordre en Seine-Maritime.

C. Structures mises en place pour l'aide à la personne en situation de précarité

Au niveau de l'agglomération Rouennaise, plusieurs structures d'aide aux personnes en situation de précarité existent. Elles permettent d'offrir un large panel de propositions d'accompagnement et de soutien dans les divers domaines de la vie quotidienne. Elles sont gérées par des associations ou des structures publiques et impliquent des professionnels ou des bénévoles.

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) accueille les Rouennais en difficulté afin de les accompagner tout au long de la réalisation de leurs démarches administratives. Il peut compléter l'action des services sociaux du Conseil Départemental de Seine-Maritime. [58]

Les Centres d'Accueil de Jour tels que *l'Escale*, *La Chaloupe*, *La Pause* ou encore *Les Restos du Cœur* permettent aux personnes en situation de grande précarité de venir se restaurer le midi, de se doucher, de s'impliquer dans des activités diverses ou d'être accompagnées pour leurs démarches. Cette population peut ainsi trouver des espaces où des personnes l'écoutent et lui permettent de renouer des liens sociaux.

L'association *La Boussole* a pour but d'aider les toxicomanes à gérer leurs addictions de manière gratuite. [59] *La Boutik*, CAARUD qui fait partie de cette association, permet aux personnes les plus précaires de rester l'après-midi dans ses locaux, permettant ainsi sur rendez-vous d'avoir accès aux douches et aux lave-linge. [55]

La nuit, les équipes mobiles de *L'Autobus* [60] des *Restos du Cœur* [61] ou de *La Croix Rouge* [62] parcourent les rues de Rouen afin d'apporter un repas, des

couvertures ou tout simplement pour, là encore, créer un contact. Ces associations effectuent des maraudes en se déplaçant entre plusieurs points fixes afin d'offrir leurs prestations à un maximum de personnes en situation de précarité.

L'association Médecins du Monde assure également une maraude afin d'apporter aux personnes les plus précaires, les soins médicaux dont elles ont besoin. [63]

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ont pour but d'accueillir pour une durée plus ou moins longue des familles ou des personnes seules afin de les accompagner dans leur réinsertion sociale. [64]

MATERIEL ET METHODE

I. Méthode d'investigation

L'objectif de notre étude est d'évaluer à la fois le ressenti des personnes en situation de précarité à propos de leur état de santé bucco-dentaire et, dans un même temps, de réaliser un examen de leur bouche. Pour ce faire, nous avons réalisé un protocole regroupant plusieurs indices d'observation clinique permettant d'objectiver au mieux l'état de santé bucco-dentaire. Pour évaluer leur ressenti quant à l'influence de leur état bucco-dentaire sur leur qualité de vie, nous avons utilisé un questionnaire déjà existant: l'OHIP 14 (Oral Health Impact Profile)

Différentes associations nous ont mis à disposition les infrastructures nécessaires à notre recueil de données : *l'Autobus Samu Social* de Rouen, le CAARUD *la Boutik* et le CHRS *L'Abbé Bazire*.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée de novembre 2015 à février 2016.

Cette étude étant basée sur le volontariat, seules les personnes ayant accepté de participer ont été étudiées. Le traitement des données a été effectué de manière anonyme.

II. Questionnaires et protocole

A. L'OHIP 14 –Annexes 5 et 6

L'OHIP 14 est un questionnaire qui a pour but d'analyser l'impact que peut avoir l'état de santé bucco-dentaire sur la qualité de vie des patients.

Il met en avant sept critères:

- la limitation fonctionnelle,
- la douleur physique,
- l'inconfort psychologique,
- l'incapacité physique,
- l'incapacité psychologique,
- l'incapacité sociale,
- le handicap.

Pour chaque critère, deux questions sont posées, avec cinq réponses possibles en fonction du ressenti de la personne interrogée : jamais, rarement, occasionnellement, souvent, très souvent. Chaque réponse est associée à un score allant respectivement de 0 à 4 afin de simplifier le traitement statistique des données. Nous obtenons ainsi une valeur chiffrée moyenne pour chaque question.

Nous avons choisi de reformuler l'OHIP suivant les règles du "Facile à lire et à comprendre". [65] Cette reformulation nous permet d'avoir un test accessible aux différents niveaux de compréhension de ces personnes.

B. Les indices utilisés -Annexe 7

Afin d'évaluer au mieux la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité, nous avons étudié différents indices d'observation cliniques. Pour avoir une vision globale et la plus complète possible de la cavité buccale des participants, nous avons choisi d'étudier plusieurs variables. Ces tests sont standardisés et utilisés dans la pratique courante. Ils sont simples et rapides d'utilisation.

1) L'indice CAOD [66]

En 1940, Klein et Palmer ont mis au point l'indice CAOD (nombre de Dents Cariées, Absentes ou Obturées) afin d'évaluer la sévérité de l'atteinte carieuse. Un schéma dentaire nous facilite la prise de note lors de l'examen et du traitement des données.

2) L'indice gingival de Loë et Silness [67]

En 1963, Loë et Silness ont mis au point le gingival index qui consiste à évaluer l'aspect inflammatoire ou non de la gencive de manière visuelle et à l'aide d'une sonde. La présence d'un œdème, d'une rougeur ou encore d'un saignement provoqué ou spontané, est recherchée. Cet indice comporte une échelle avec des scores allant de 0 à 3 :

0 : Gencive saine,

1 : Inflammation légère sans saignement,

2 : Inflammation modérée et saignement provoqué,

3 : Inflammation sévère voire ulcération avec saignement spontané.

3) L'indice de plaque de Loë et Silness [67]

En 1964, Loë et Silness mettent en place l'indice de plaque qui permet d'évaluer la présence de plaque sur chaque dent.

Cet indice comporte une échelle avec des scores allant de 0 à 3 :

0 : Absence de plaque,

1 : Présence d'un film de plaque adhérent au niveau du rebord gingival détecté en passant la sonde,

2 : Accumulation modérée de plaque visible à l'œil nu,

3 : Abondance de plaque.

4) L'indice de Mühleman [68]

L'indice de Mühleman date de 1960. Il a été adopté par l'ARPA (Association pour la Recherche sur les Parodontopathies). Il a pour but d'évaluer la mobilité dentaire. Cet indice comporte une échelle de 5 scores allant de 0 à 4 :

0 : Mobilité perceptible entre pouce et index non visible: ankylose,

1 : Mobilité physiologique perceptible et visible,

2 : Mobilité de 2 mm dans le sens vestibulo-lingual,

3 : Mobilité qui dépasse 2 mm dans les deux sens vestibulo-lingual et mésio-distal,

4 : Mobilité axiale : la dent est vouée à l'extraction.

5) Evaluation des Articulations Temporo-Mandibulaires

L'évaluation des Articulations Temporo-Mandibulaires (ATM) complète l'examen bucco-dentaire. Quatre critères sont examinés afin de les évaluer :

- Craquement des ATM : craquement perçu à la palpation externe au niveau des ATM lors des mouvements d'ouverture et de fermeture buccale.

- Déviation du chemin de fermeture visible à l'œil nu : déviation de la mandibule vers la gauche ou la droite lors de l'ouverture buccale.

- Limitation de l'ouverture buccale : impossibilité de réaliser une ouverture buccale de plus de 4 cm. [69]

- Palpation musculaire douloureuse : Douleur ressentie aux palpations des muscles trapèzes, sterno-cléido-mastoldiens, temporaux, masséters, ptérygoïdiens médiaux et latéraux.

III. Echantillon

Cette enquête a été menée auprès d'hommes et de femmes en situation de précarité au sein de l'agglomération Rouennaise, bénéficiaires du soutien d'associations locales. Les critères retenus pour notre étude étaient : le volontariat, la majorité, et la maîtrise de la langue Française.

IV. Protocole du recueil de données

A. Moyens techniques mis en œuvre

- Plateau d'examen: kit à usage unique de sonde, miroir, précelles de la gamme *One shot* de chez PRODIMED ® et boîte à DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux).

- Hygiène et protection : blouse, masques, gants d'examens et lunettes.

- Eclairage : à défaut de scialytique, une lampe frontale suffisamment puissante a été utilisée en complément de la lumière propre de la pièce.

- Présence d'un secrétaire : pour dicter les résultats et ainsi diminuer le temps d'examen et préserver l'hygiène.

- Pièce fermée : pour assurer la confidentialité et les conditions optimales d'examen **-Annexe 8**

B. Déroulement de l'enquête

Nous avons rencontré ces personnes auprès des trois structures ayant accepté de nous accueillir pour notre étude:

- L'*Autobus Samu Social* qui, d'après ses données, accueille 150 bénéficiaires et effectue des maraudes sur trois sites (Jardin de l'Hôtel de Ville, Gare SNCF rive droite et Eglise Saint-Sever) de 20h à 23h **-Annexe 9**

- Le CAARUD "*La Boutik*" de l'association *La Boussole* qui accueille environ 40 personnes par jour. **-Annexe 9**

-Le CHRS l'Abbé Bazire de l'association *Émergence* qui reçoit environ 105 personnes par nuit. –**Annexe 9**

Au préalable, une campagne d'information a été effectuée auprès de leurs bénévoles afin qu'ils sensibilisent les bénéficiaires à notre étude –**Annexe 10**

Notre protocole a également été testé en amont afin d'apprécier la pertinence, le temps requis (environ 20 minutes), la faisabilité et la fluidité de réalisation.

La chronologie du recueil de données était toujours la même :

- Etat civil -**Annexe 11**
- Questionnaire médical –**Annexe 11**
- OHIP 14
- Examen clinique

V. Analyse des données

L'ensemble des résultats a été regroupé dans un tableur afin de les analyser. Nous avons pour cela utilisé plusieurs formules statistiques:

- Alpha de Cronbach : il permet d'évaluer la cohérence interne des résultats, il est acceptable à partir de 0,7.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

où k est le nombre d'items, σ_X^2 est la variance du score total et $\sigma_{Y_i}^2$ est la variance de l'item i .

- Moyenne : il s'agit d'un critère de position qui correspond à la valeur unique que devrait avoir "l'ensemble des individus d'un échantillon pour que leur total soit inchangé".
- Médiane : elle représente la valeur qui permet de couper l'échantillon en deux parties égales - utilisée pour éviter qu'un effectif réduit n'induit un indicateur en erreur.

RESULTATS

I. Échantillon

A. Taux de participation

Au total, 77 personnes ont accepté de participer à notre étude.

On obtient donc un taux de participation compris entre 38 et 51% pour une population estimée entre 150 et 200 personnes.

B. Représentativité de l'échantillon

L'échantillon observé correspond à la part de personnes en situation de grande précarité ayant accepté de répondre aux questionnaires et de réaliser le bilan bucco-dentaire. Nous ne possédons que peu d'informations sur cette population. Ainsi pour évaluer la représentativité de l'échantillon, le critère répartition par classes d'âges a été retenu. Nous avons réalisé la comparaison de notre échantillon avec la population en situation de précarité de l'agglomération parisienne en 2012. [70]

Tableau 1 : Comparaison de la répartition par classes d'âges de notre échantillon avec la population en situation de précarité de l'agglomération parisienne

	Effectif	Répartition par classes d'âges		
		De 18 à 29 ans	De 30 à 49 ans	50 ans ou plus
Agglomération parisienne	28 800	23%	54%	23%
Échantillon	76	22%	54%	25%
Différence		1%	0%	2%

C. Cohérence interne des réponses pondérées

Nous avons obtenu un résultat de **0,86** au test de l'alpha de Cronbach

II. Caractéristiques de l'échantillon

A. Proportion hommes-femmes

Notre échantillon se compose de 11 femmes (15% de l'échantillon) et 66 hommes (85% de l'échantillon).

B. Distribution hommes-femmes répartis par classes d'âges

Nous avons réparti les hommes et les femmes de notre échantillon suivant les classes d'âges utilisées par l'INSEE lors de son étude d'octobre 2015 portant sur la population générale. [71]

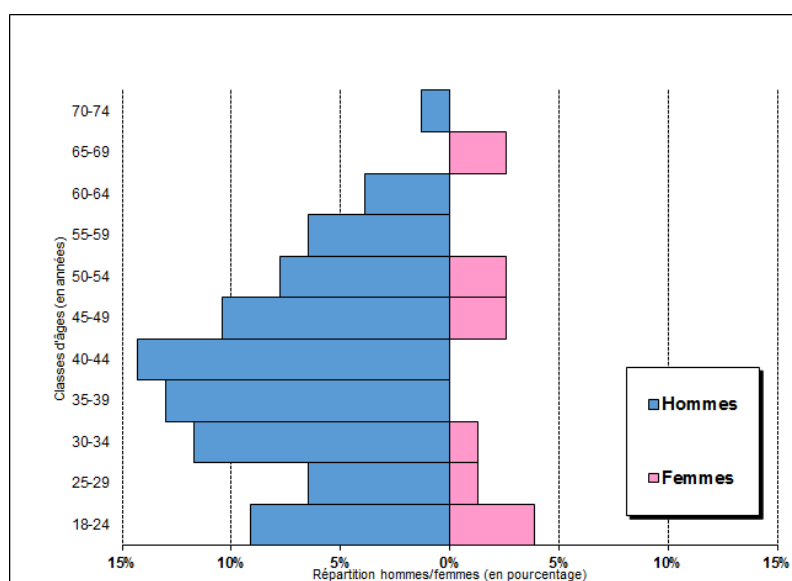


Figure 1 : Pyramide des âges de l'échantillon

La répartition des âges se fait de 18 à 72 ans au sein de notre échantillon.

C. Répartition des différentes aides sociales

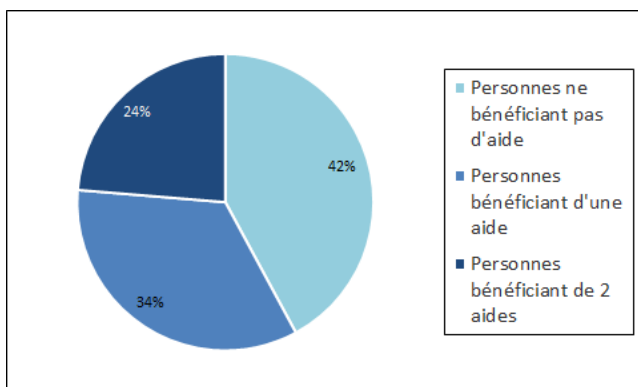


Figure 2 : Répartition du nombre d'aides sociales au sein de l'échantillon

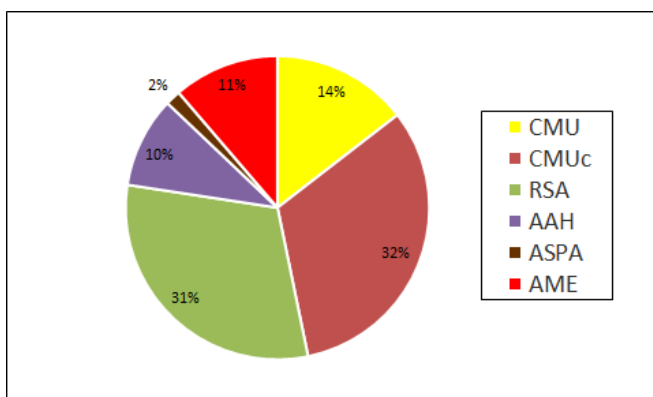


Figure 3 : Répartition du type d'aides sociales au sein de l'échantillon

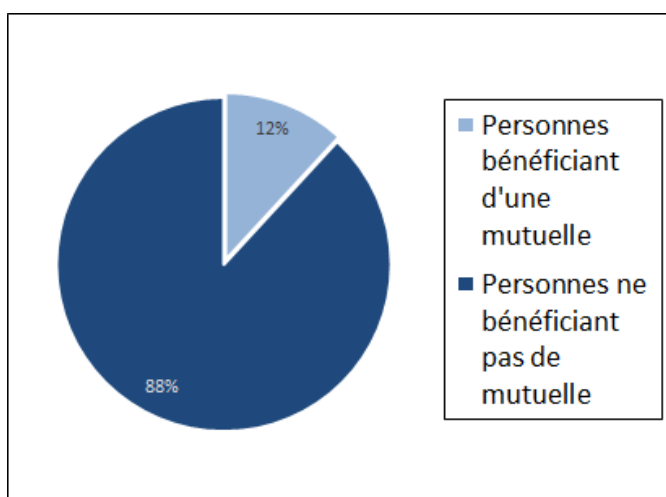


Figure 4 : Proportion des personnes bénéficiant d'une mutuelle au sein de l'échantillon

Au sein de notre échantillon, les personnes ayant souscrit une mutuelle ne bénéficient pas d'aide sociale.

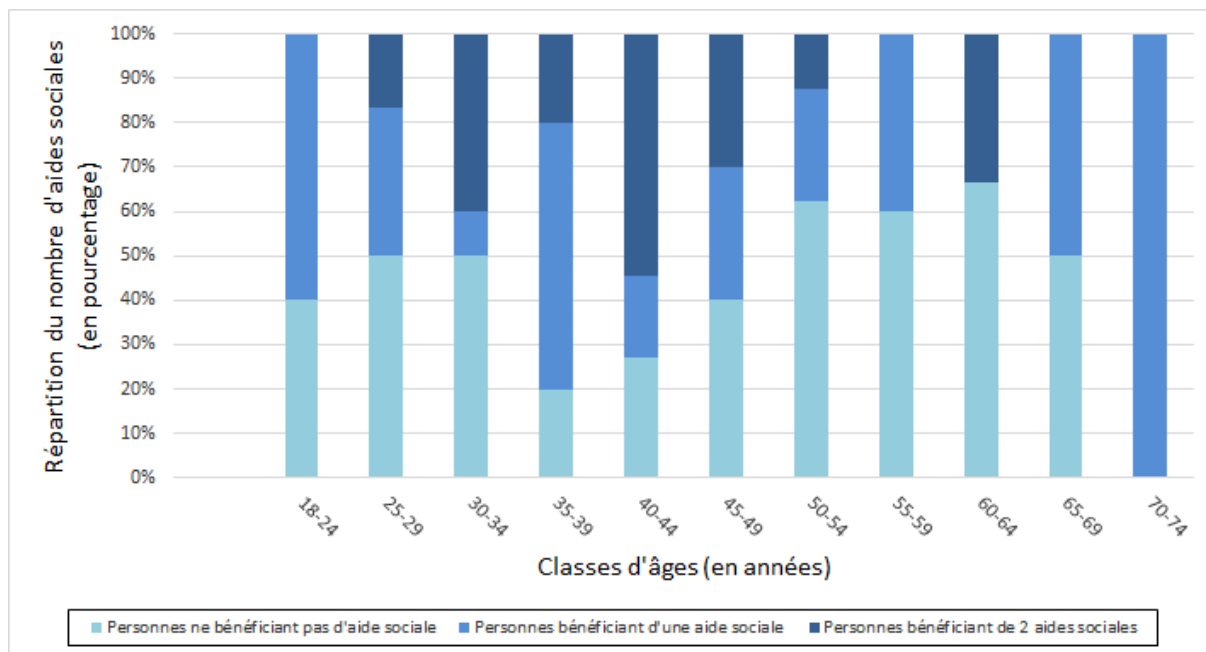


Figure 5 : Répartition du nombre d'aides sociales au sein de l'échantillon par classes d'âges

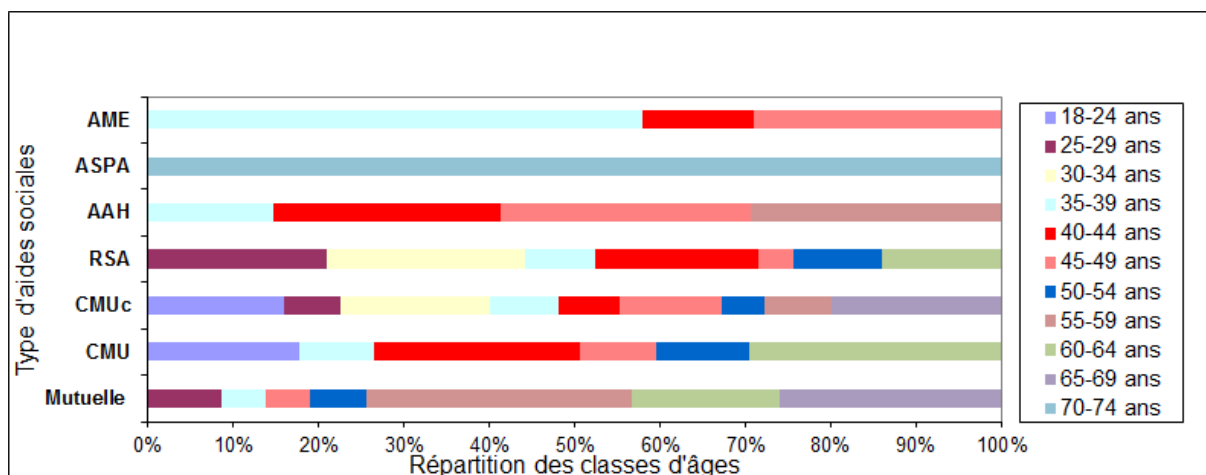


Figure 6 : Répartition démographique de l'échantillon par aides sociales en fonction des classes d'âges

D. Addictions

1) Alcool

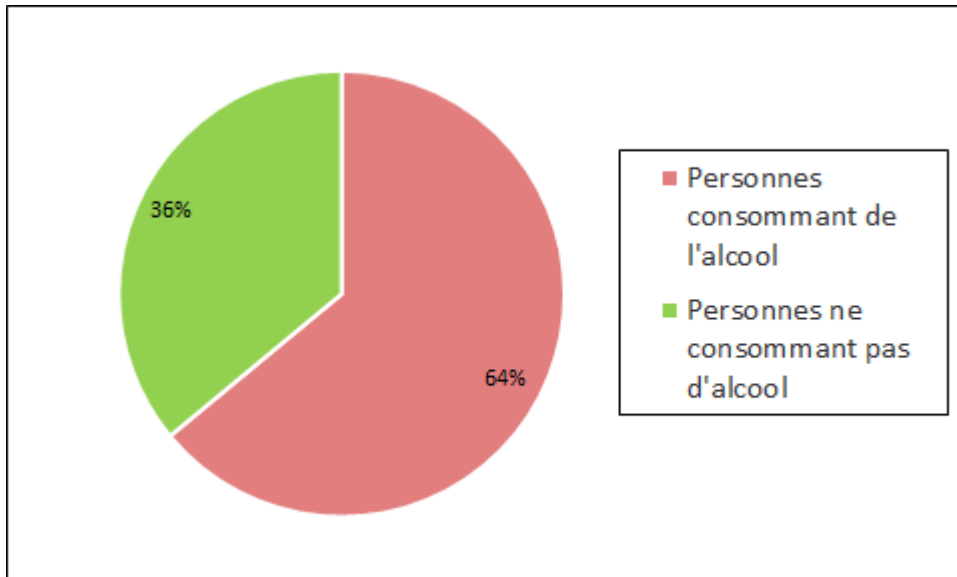


Figure 7: Proportion des personnes consommant de l'alcool au sein de l'échantillon

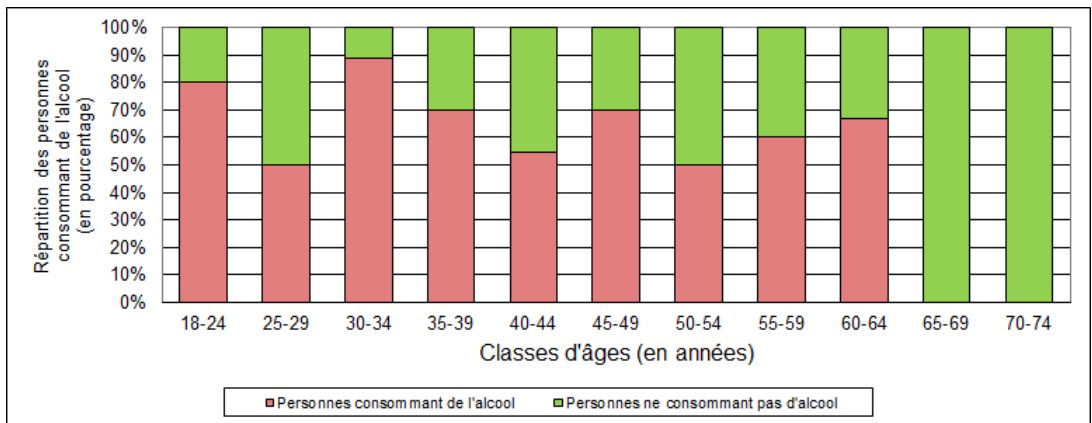


Figure 8 : Répartition des personnes consommant de l'alcool au sein de l'échantillon par classes d'âges

2) Tabac

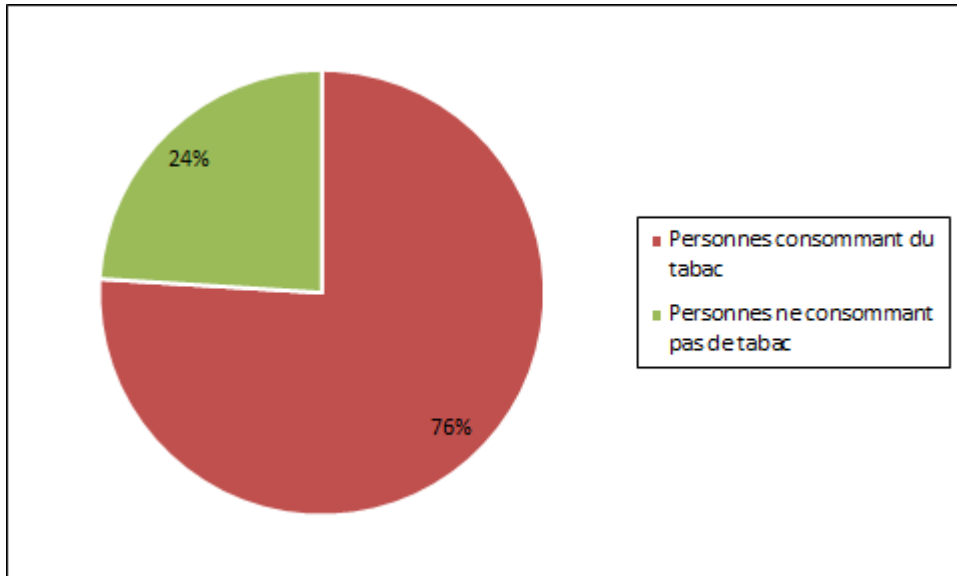


Figure 9 : Proportion des personnes consommant du tabac au sein de l'échantillon

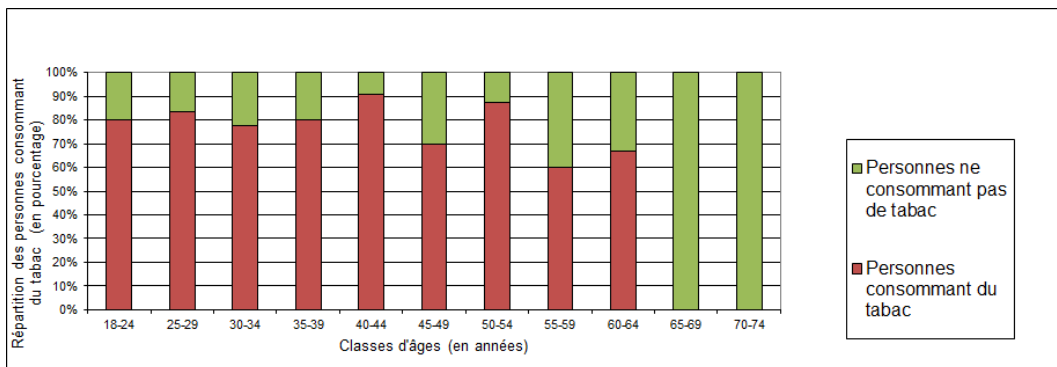


Figure 10 : Répartition des personnes consommant du tabac au sein de l'échantillon par classes d'âges

3) Drogues

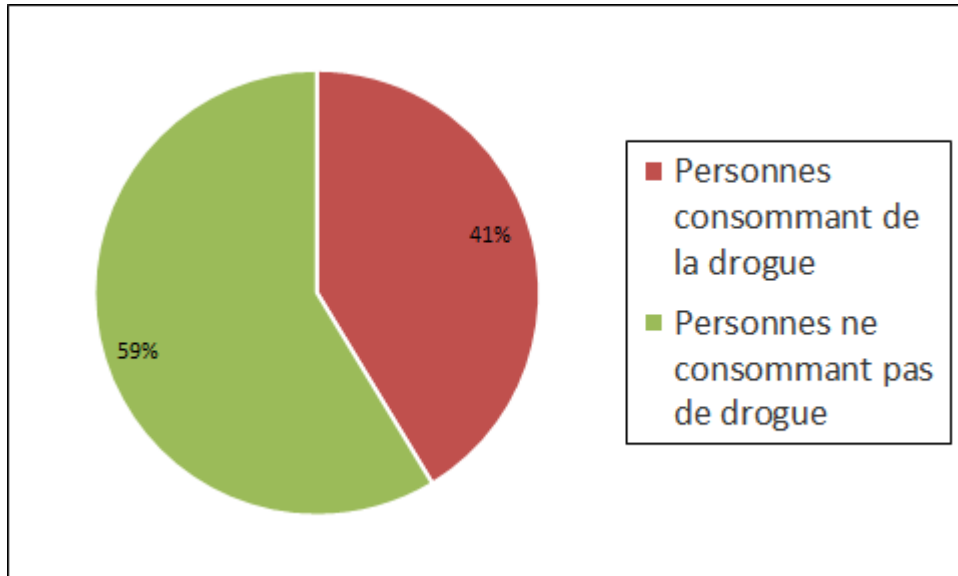


Figure 11: Proportion des personnes consommant de la drogue au sein de l'échantillon

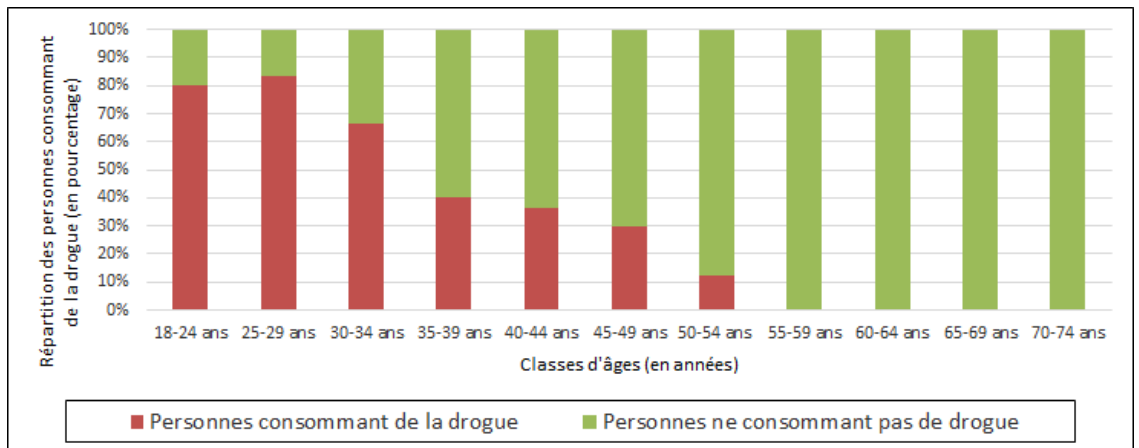


Figure 12 : Répartition des personnes consommant de la drogue au sein de l'échantillon par classes d'âges

4) Polyaddiction

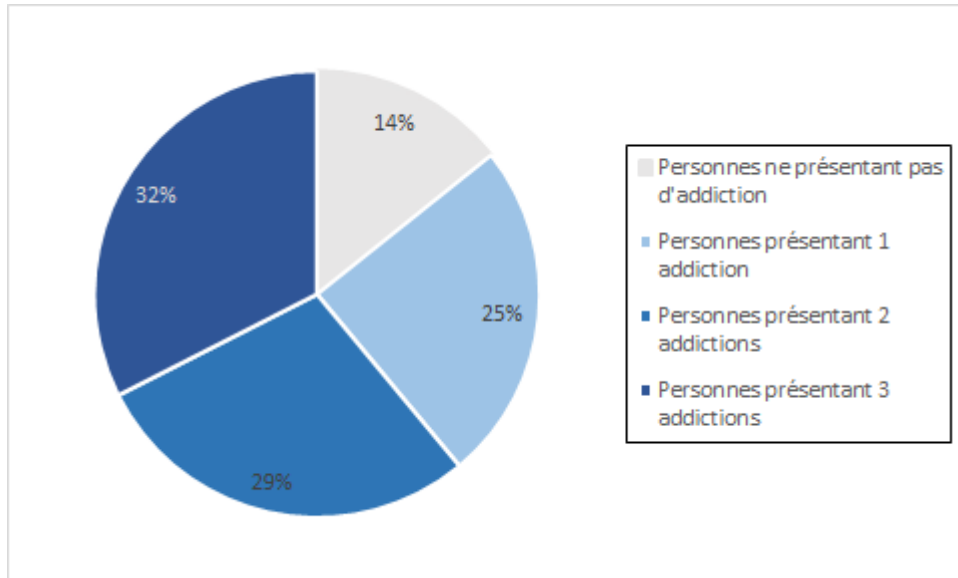


Figure 13 : Proportion de personnes présentant une polyaddiction au sein de notre échantillon

E. Intervalle de temps depuis la dernière visite chez le chirurgien-dentiste

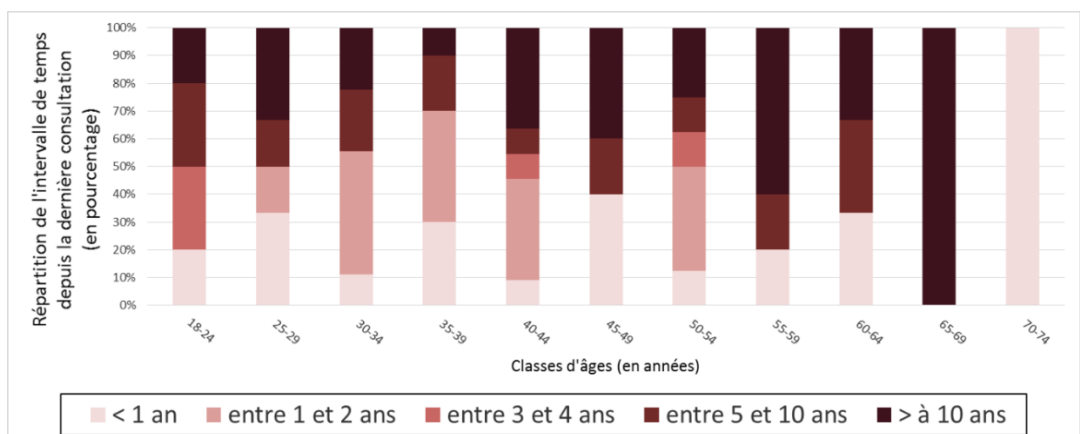


Figure 14 : Répartition de l'intervalle de temps depuis la dernière consultation dentaire par classes d'âges au sein de l'échantillon

F. Raisons du manque de suivi

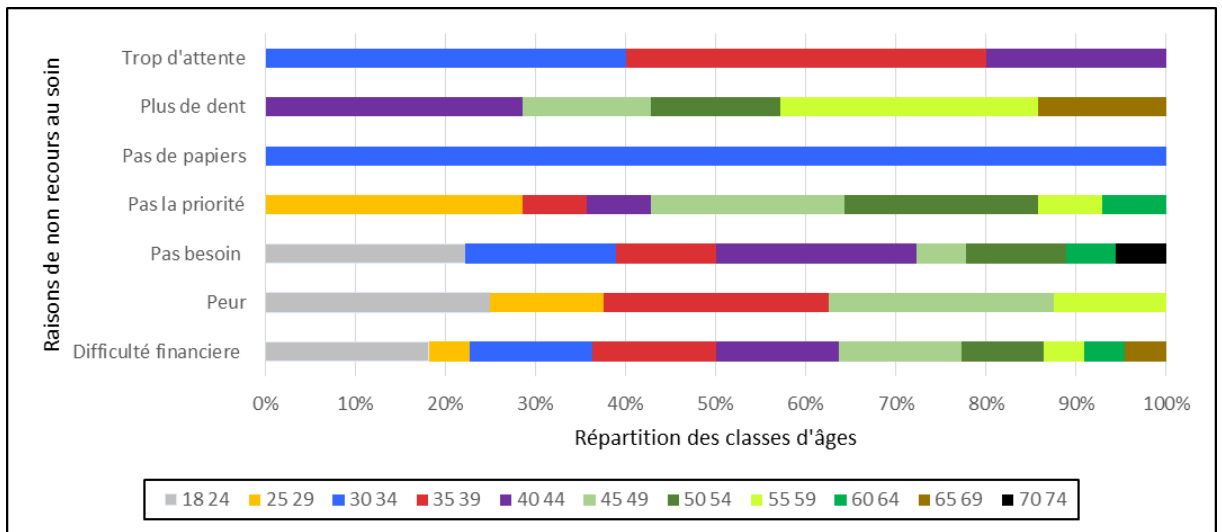


Figure 15 : Répartition démographique de l'échantillon par raison du manque de suivi en fonction des classes d'âges

III. Réponses au questionnaire OHIP

Tableau 2 : Moyenne des réponses au questionnaire OHIP par tranches d'âges

		Questions du questionnaire OHIP													
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
Classes d'âges (en années)	18-24 ans	0,4	1,6	2,2	1,1	0,1	1,4	1,9	1,5	1,8	1,8	1,2	0,7	1,5	0,9
	25-29 ans	0,3	2,3	3,2		0	2,8	1,8	1,3	2,7	1	1,7	1,1	1,5	1,5
	30-34 ans	0	1,2	1,3	2	0,3	0,6	0,6	0,2	0,5	1,3	0,6	0,5	0,6	0,1
	35-39 ans	0	0,4	1,2	0,9	1	1	1,3	0,3	0,8	0,8	0,8	0,6	0,7	0,2
	40-44 ans	0,6	0,5	1,1	1,5	1	0,3	1,8	1	0,4	0,5	0,3	0,7	1,1	0,6
	45-49 ans	0,8	1,6	1,2	2,8	0,6	1,8	1,3	1,1	1	0,9	0,3	0,6	1,2	1,3
	50-54 ans	1,4	1,3	1,2	1,6	1	0,7	2,2	0,8	1	1,8	0,3	0,7	0,7	0,8
	55-59 ans	0,6	0,8	0,8	2,6	0,6	1,4	0,6	0,8	0,6	0,6	0,8	1,2	1,2	0,4
	60-64 ans	1,3	2,3	0,3	1	0,6	0,3	0	0,3	0	0	0	0	1,3	0
	65-69 ans	0,5	1,5	1,5	3,5	2	1	2,5	0	1	2,5	0,5	1	0	1,5
70-74 ans	2	2	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	

Jamais
 Rarement
 Occasionnellement
 Souvent
 Très souvent

IV. Bilan clinique

A. Indice CAOD

Tableau 3 : Répartition de l'indice CAOD par classes d'âges





Classes d'âges	Indice CAOD
18-24	6,7
25-29	15,25
30-34	17,9
35-39	15,7
40-44	22,45
45-49	22,7
50-54	26,5
55-59	25,6
60-64	23,66
65-69	23
70-74	21

Indice CAOD de l'ensemble de l'échantillon : 18,39

B. Indice prothétique

Tableau 4 : Répartition du nombre médian de dents remplacées par une prothèse par classes d'âges





		Prothèses fixées	Prothèses amovibles maxillaires	Prothèses amovibles mandibulaires	Dents non remplacées
Classes d'âges (en années)	18-24	0	0	0	2,5
	25-29	0	0	0	3
	30-34	0	0	0	5
	35-39	0	0	0	7
	40-44	0	0	0	7
	45-49	0	0	0	10
	50-54	0	0	0	17
	55-59	0	0	0	9
	60-64	0	0	0	8
	65-69	0,5	3	1	8
	70-74	2	10	0	5

	Moyenne de 0 à 0,9 dents
	Moyenne de 1 à 5 dents
	Moyenne de 5,1 à 10 dents
	Moyenne de 15,1 à 20 dents

C. EVA

Tableau 5 : Répartition de la médiane de l'échelle visuelle analogique par classes d'âges

		EVA	
		repos	crise
Classes d'âges (en années)	18-24	0	4,5
	25-29	1,25	8,5
	30-34	0	3,5
	35-39	0	1
	40-44	0	3
	45-49	0	2,5
	50-54	0	1
	55-59	0	0
	60-64	0	0
	65-69	0	3,5
	70-74	0	0

-  Moyenne de 0 à 0,9 dents
-  Moyenne de 1 à 5 dents
-  Moyenne de 5,1 à 10 dents
-  Moyenne de 15,1 à 20 dents

D. Indice de plaque de Loë et Silness

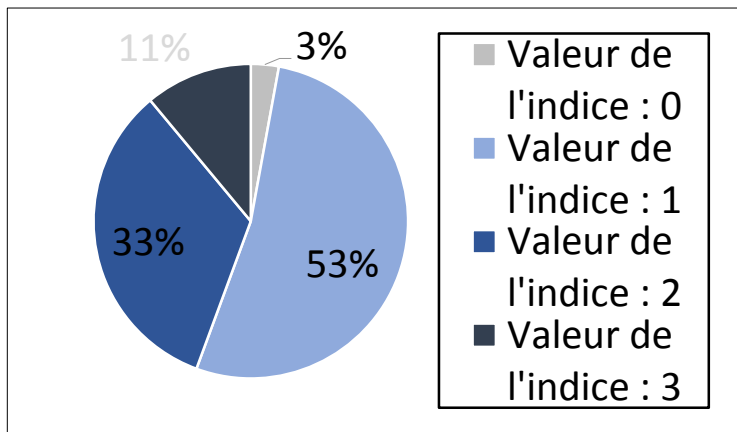


Figure 16 : Répartition de l'indice de plaque par élément dentaire au sein de l'échantillon

Tableau 6 : Pourcentage du nombre moyen de dents par catégories d'âges selon l'indice de plaque de Loë et Silness

		Indice de plaque de Loë et Silness			
		0	1	2	3
Classes d'âges (en années)	18-24	4,00	70,00	22,00	4,00
	25-29	0,00	46,49	42,98	10,53
	30-34	2,77	57,94	26,59	12,70
	35-39	1,98	41,50	41,11	15,41
	40-44	4,85	64,50	27,40	3,25
	45-49	5,05	53,03	30,30	11,62
	50-54	0,00	28,26	41,30	30,44
	55-59	2,17	47,83	43,48	6,52
	60-64	0,00	2,91	67,70	29,39
	65-69	0,00	25,00	62,50	12,50
	70-74	0,00	65,00	35,00	0,00

E. Indice de gingival de Loë et Silness

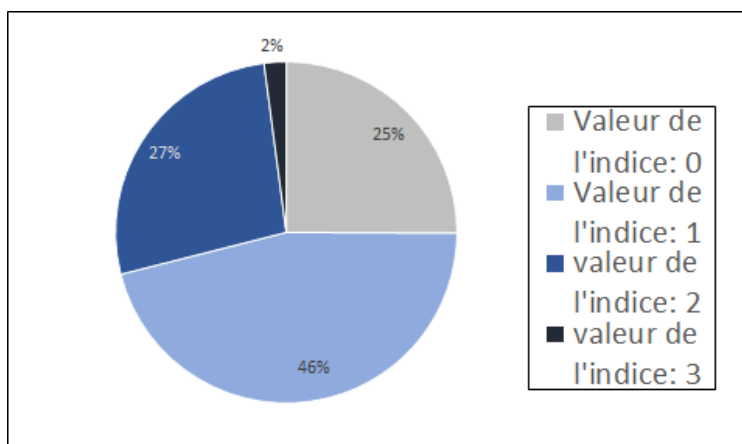


Figure 17 : Répartition de l'indice gingival par éléments dentaires au sein de l'échantillon

Tableau 7 : Répartition du nombre moyen de dents par catégories d'âges en fonction de l'indice gingival de Loë et Silness

		Indice gingival de Loë et Silness			
		0	1	2	3
Classes d'âges (en années)	18-24	32,54	47,46	20,00	0,00
	25-29	4,39	52,63	42,98	0,00
	30-34	40,87	35,71	21,83	1,58
	35-39	16,60	60,08	22,92	0,40
	40-44	34,91	38,76	23,67	2,66
	45-49	29,29	43,94	25,25	1,52
	50-54	0,00	40,22	57,61	2,17
	55-59	2,18	63,04	34,78	0,00
	60-64	8,91	14,65	26,48	49,96
	65-69	15,00	57,50	27,50	0,00
70-74	25,00	40,00	35,00	0,00	

F. Indice de Mühleman

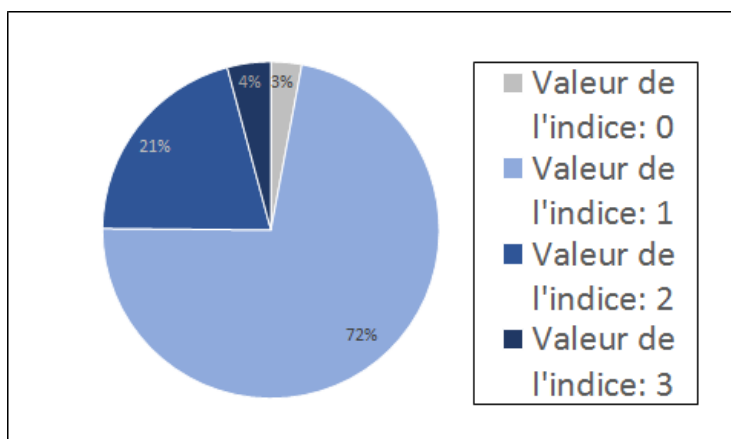


Figure 18 : Répartition de la mobilité par élément dentaire selon l'indice de Mühleman au sein de l'échantillon

Tableau 8 : Répartition du nombre moyen de dents mobiles par classes d'âges selon l'indice de Mühleman

		Indice de Mühleman			
		0	1	2	3
Classes d'âges (en années)	18-24	2,03	85,76	12,21	0,00
	25-29	1,75	64,91	28,95	4,39
	30-34	0,79	72,63	25,79	0,79
	35-39	1,98	79,14	17,69	1,19
	40-44	8,05	77,99	11,83	2,13
	45-49	5,05	67,17	22,73	5,05
	50-54	0,00	54,34	33,70	11,96
	55-59	8,69	69,57	13,04	8,70
	60-64	0,00	11,74	32,39	55,87
	65-69	2,50	57,5	35,00	5,00
70-74	0,00	35,00	45,00	20,00	

G. Etat articulaire

1) Limitation de l'ouverture buccale

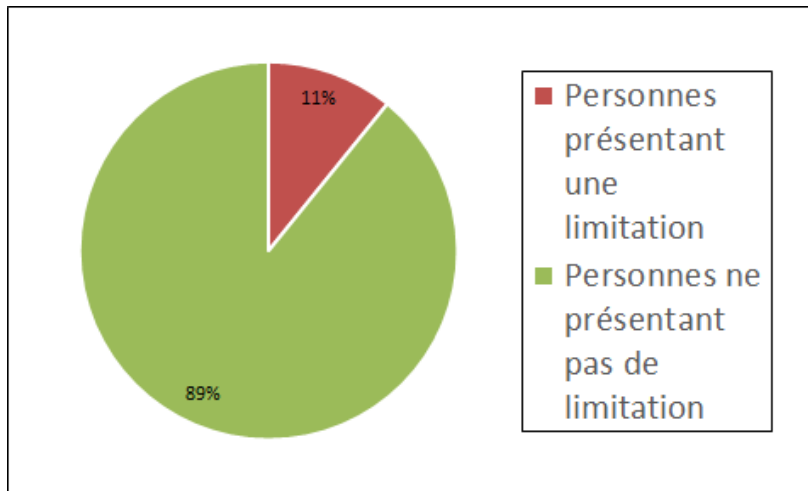


Figure 19 : Proportion des personnes présentant une limitation de l'ouverture buccale au sein de l'échantillon

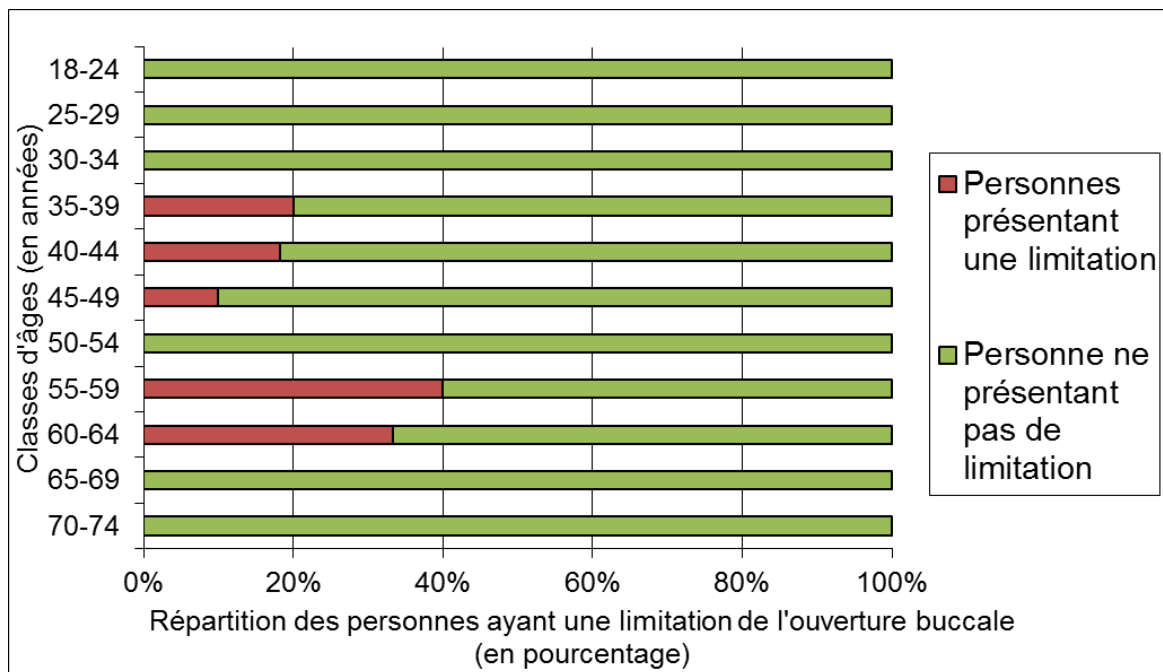


Figure 20 : Répartition des personnes présentant une limitation de l'ouverture buccale par tranches d'âges au sein de l'échantillon

2) Bruit de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

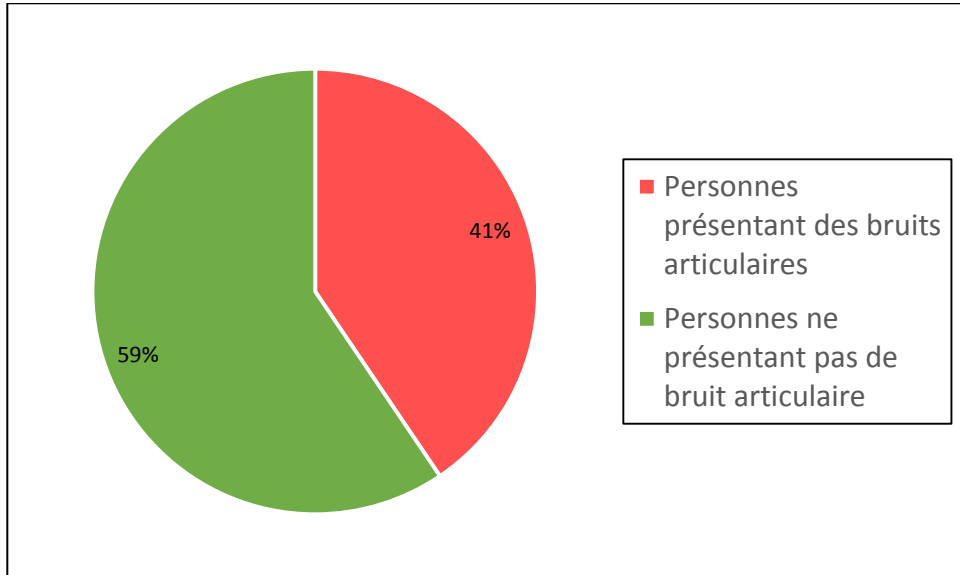


Figure 21: Proportion des personnes présentant un bruit articulaire à l'auscultation au sein de l'échantillon

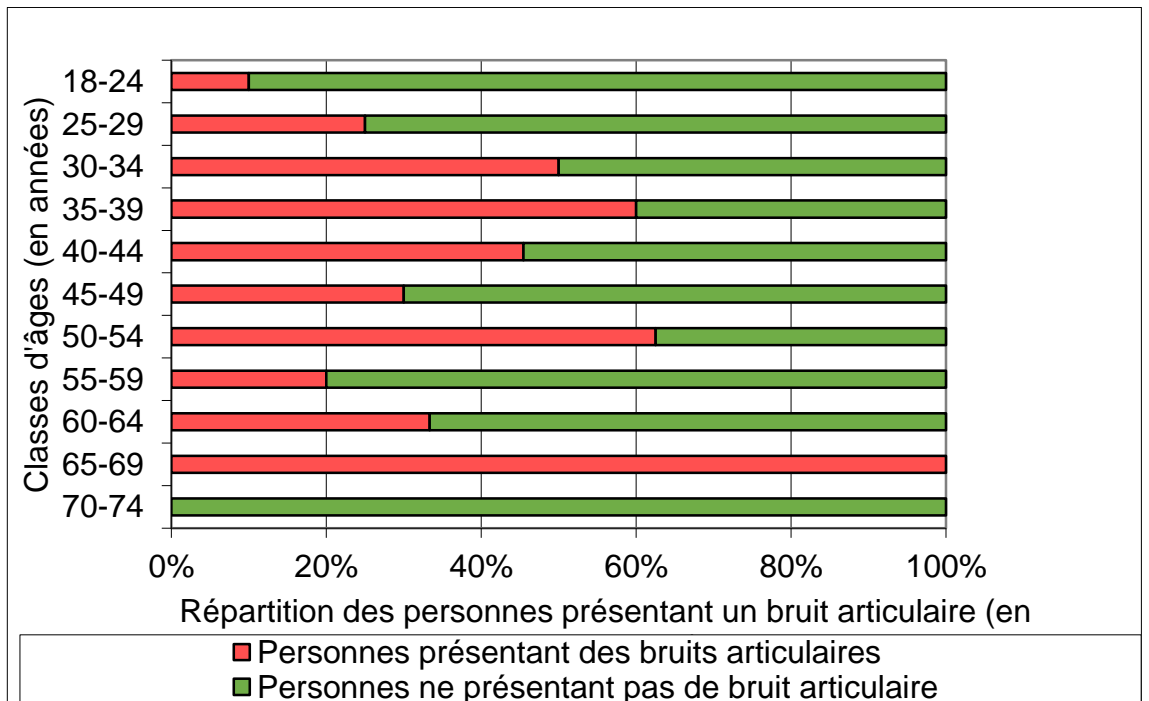


Figure 22 : Répartition des personnes présentant des bruits articulaires à l'auscultation par tranches d'âges au sein de l'échantillon

3) Déviation du trajet mandibulaire

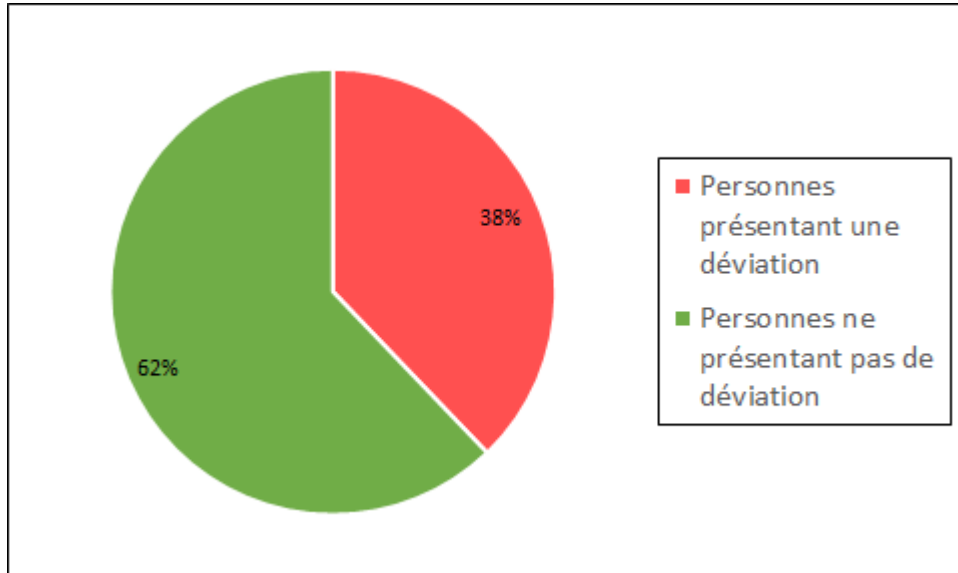


Figure 23 : Proportion des personnes présentant une déviation du trajet mandibulaire à l'ouverture au sein de l'échantillon

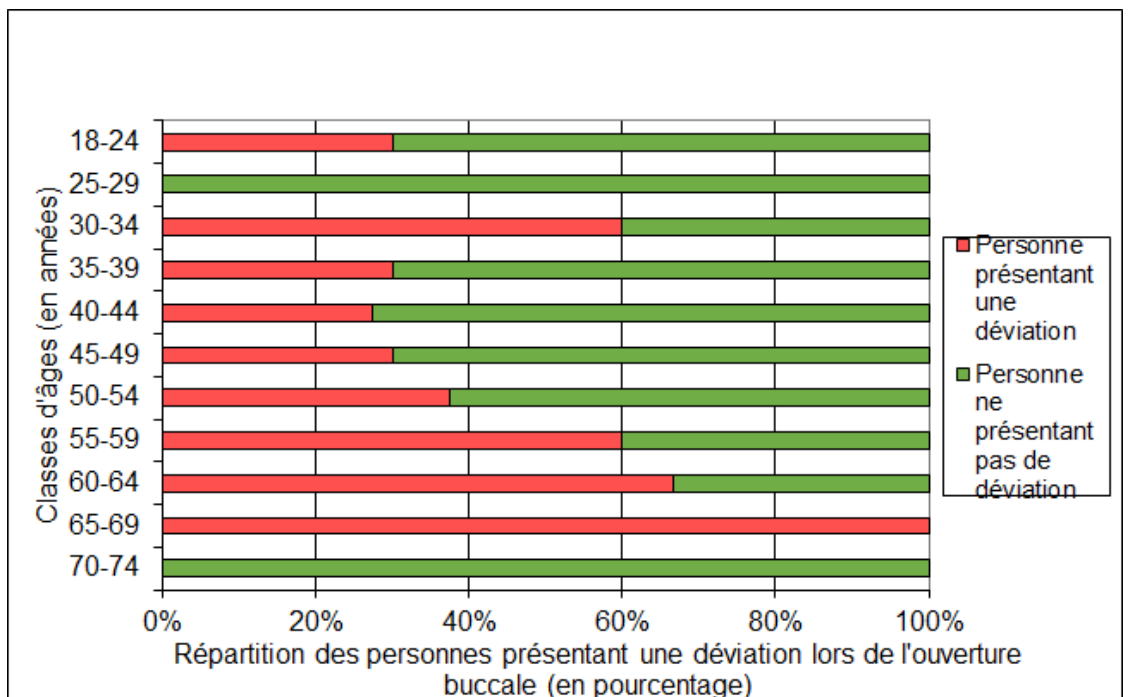


Figure 24 : Répartition des personnes présentant une déviation du trajet mandibulaire à l'ouverture par tranche d'âge au sein de l'échantillon

4) Douleurs musculaires

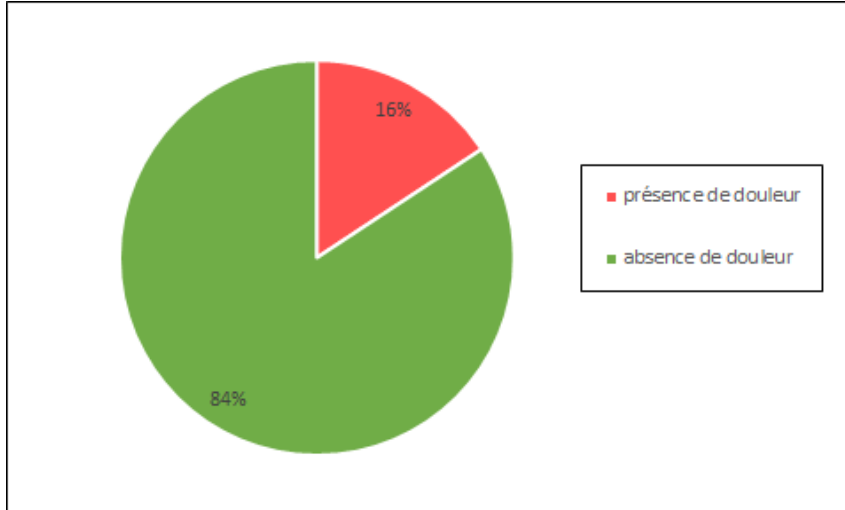


Figure 25 : Proportion des personnes présentant une douleur musculaire au sein de l'échantillon

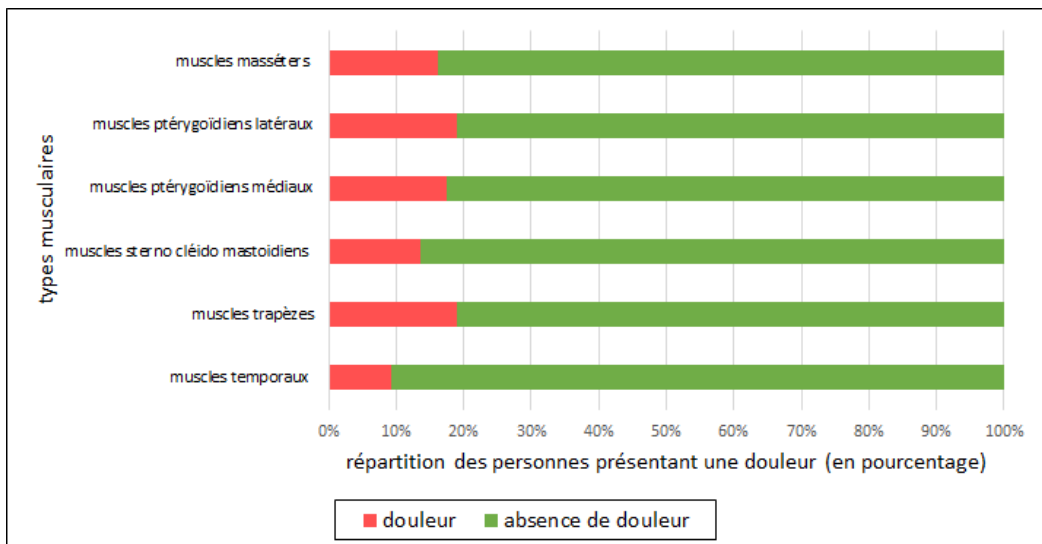


Figure 26 : Répartition par type musculaire des personnes présentant une douleur musculaire à la palpation au sein de l'échantillon

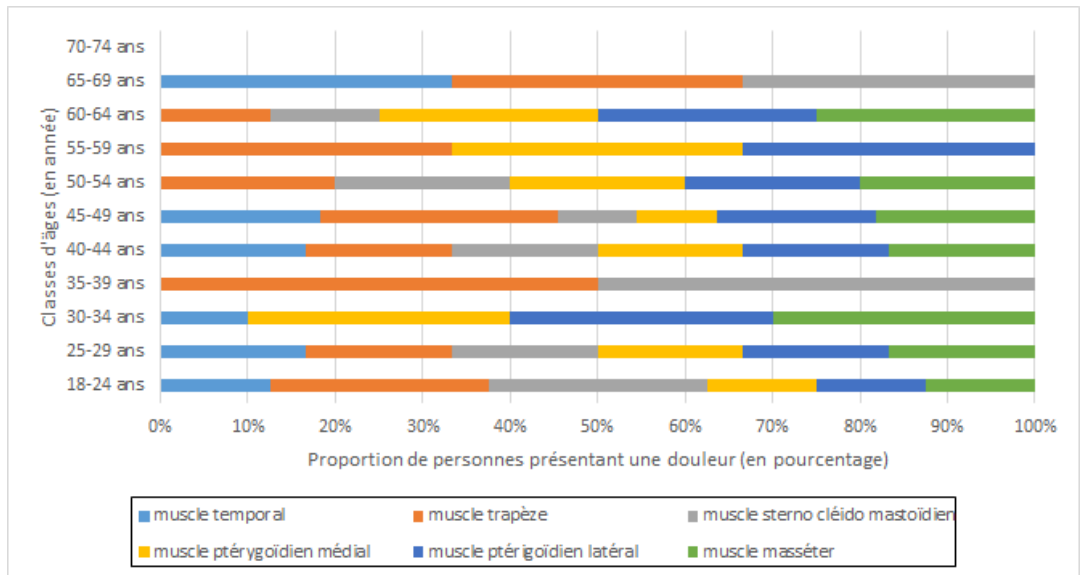


Figure 27 : Répartition par classes d'âges des personnes présentant une douleur en fonction du type musculaire

H. Lésion orale

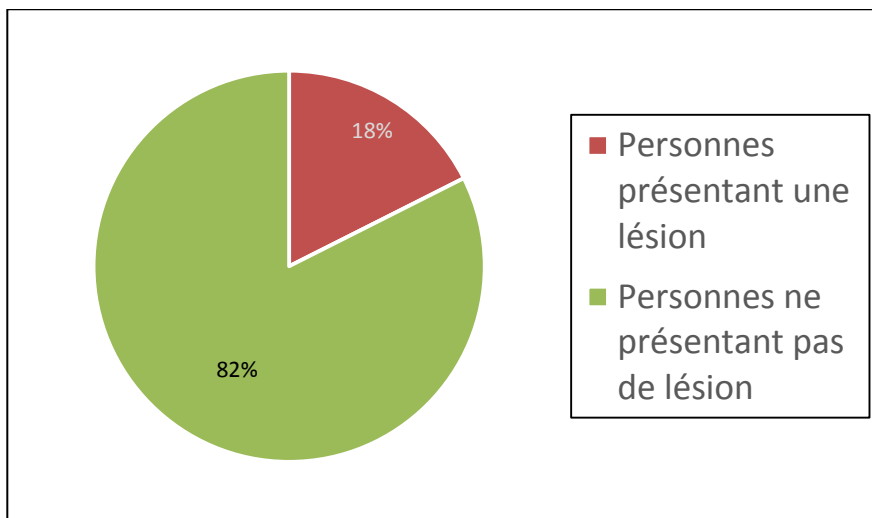


Figure 28 : Proportion des personnes présentant une lésion orale au sein de l'échantillon

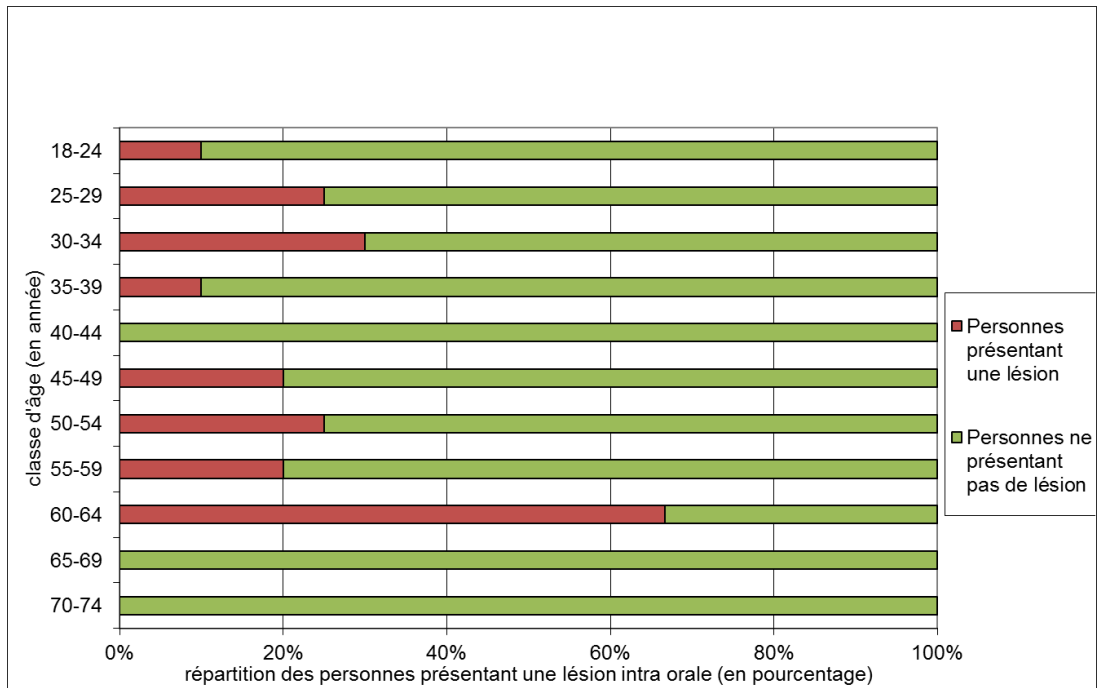


Figure 29 : Répartition des personnes présentant une lésion orale par classes d'âges au sein de l'échantillon

DISCUSSION

I. Echantillon

A. Taux de participation

La population étudiée présente un caractère erratique, ce qui la rend difficile à recenser. Pour cette raison, nous ne disposons pas de chiffres exacts. Les associations estiment entre 150 et 200 le nombre de personnes en situation de grande précarité implantées sur le bassin rouennais ayant recours à leurs prestations. Le taux de participation à notre étude est donc compris entre 38 et 51%, ce qui correspond aux pourcentages généralement observés dans ce type d'étude.

Malgré une présence régulière auprès de ces structures d'aides, on estime à une cinquantaine le nombre de personnes n'ayant pas souhaité participer à notre enquête. En effet, le manque d'intérêt pour notre étude et la peur du chirurgien-dentiste étaient les deux raisons prépondérantes de refus. D'autre part, leur situation particulière ne leur permettait pas toujours de prendre le temps de répondre positivement à notre sollicitation (besoin de trouver un endroit pour dormir par exemple).

Les personnes étrangères n'ayant pas une assez bonne maîtrise de notre langue ont été exclues de notre enquête pour des raisons évidentes de compréhension des questionnaires médicaux et OHIP. Les personnes mineures ont été, elles aussi, écartées de l'étude pour cause de difficultés à obtenir les autorisations parentales de participation.

B. Représentativité de l'échantillon

Il n'existe pas de chiffre officiel concernant la population étudiée au sein du bassin rouennais. Toutefois, un recensement exhaustif de la population en situation de grande précarité a été réalisé au sein de l'agglomération parisienne. [70]

En se basant sur les mêmes critères épidémiologiques (répartition par tranches d'âges), il nous a été possible d'établir une corrélation entre notre échantillon et la population recensée. En effet, les différences de répartition des tranches d'âges sont seulement comprises entre 0 et 2%; on observe une forte correspondance entre la composition des classes d'âges de notre échantillon et celui de ce recensement (tableau 1)

C. Cohérence interne des réponses pondérées

La valeur obtenue au test de l'alpha de Cronbach (0,86) est supérieure à la valeur d'acceptabilité de 0,7. On peut donc considérer que notre échantillon présente une très bonne homogénéité ainsi qu'une très bonne cohérence interne.

II. Caractéristique de l'échantillon

A. Distribution des âges de l'échantillon

La répartition des âges de l'échantillon semble concordante avec celle observée dans la population générale. Cependant on peut noter que le déclin des effectifs commence dès la classe d'âges des 45-49 ans, là où elle est observée à partir de 70 ans dans la population générale -soit un décalage de 25 ans entre ces deux tendances (figure 1 et **-Annexe 12**). Nous pouvons émettre l'hypothèse que le mode de vie de cette population ne favorise pas sa longévité.

B. Distribution hommes-femmes répartis par classes d'âges

La pyramide des âges montre que notre échantillon est composé d'une majorité d'hommes (85%) (figure 1)

Il est à noter que parmi les trois lieux de recueil de données, un était réservé exclusivement aux hommes. Cependant, ce lieu nous a permis de ne recueillir qu'une dizaine de résultats sur l'ensemble de notre échantillon.

De plus, les distributions hommes-femmes se rapprochent de ce que l'on peut observer dans des études portant sur cette population bénéficiant de ce type de services. Par exemple, une étude du Ministère de la Santé de 2013 rapporte un pourcentage de bénéficiaires masculins de 87,2%. [71]

C. Distribution des différentes aides sociales

Contrairement aux idées reçues et malgré leur situation de précarité, 12% des personnes interrogées sont bénéficiaires d'une mutuelle (figure 4). Au sein de notre échantillon, les personnes bénéficiant d'une aide sociale n'ont pas souscrit de mutuelle.

La situation de précarité laisserait à penser que l'ensemble de cette population serait éligible à une ou plusieurs aides sociales. Toutefois, 42% de ces personnes n'en bénéficient pas (figure 2). L'explication réside, d'une part, dans le fait que certains individus sont marginalisés et en dehors de notre système social : ils n'entament pas les démarches nécessaires à l'obtention d'aides. D'autre part, certains sont des actifs dont les revenus ne leur permettent pas de se passer des prestations offertes par les associations; nous pouvons dans ce cas parler de travailleurs pauvres : ils gagnent trop pour bénéficier d'aides sociales mais pas assez pour pouvoir souscrire à une mutuelle (figure 2).

Parmi les aides sociales dont bénéficient les personnes de notre échantillon, l'immense majorité est représentée par la CMU, la CMU-C et par le RSA (figures 3 et 6). Cela s'explique par le fait que ces aides fondent le socle social en France.

On notera qu'une seule personne sur les trois âgées de plus de 65 ans bénéficie de l'ASPA (figures 3 et 6).

Nous aurions pu être amenés à penser qu'avec l'avancée en âge, les personnes de cette population, plus fragiles, et qui peuvent être amenées à consulter plus fréquemment les services de santé (hôpital, maison médicale...), bénéficieraient en proportion de plus d'aides grâce à l'accompagnement médico-social qui y est prodigué. Cependant la figure 5 montre une tendance différente : le plus grand pourcentage de personnes bénéficiant d'une ou deux aides, se situe entre 35 et 49 ans. Nous pouvons supposer que l'avancée en âge entraîne une aggravation de la précarisation et, de fait, une propension de moins en moins marquée de cette population au renouvellement des démarches visant au maintien des aides (démarches administratives et fiscales).

D. Addictions

1) Alcool

Près de deux tiers de notre échantillon (64%) présentent une addiction à l'alcool (figure 7). Il faut noter que la plupart des classes d'âges de l'échantillon sont concernées par cette addiction (figure 8). Ces pourcentages sont très au-dessus de ceux relevés au niveau national pour des personnes sujets à une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (8,8%). [72]

La consommation chronique d'alcool, ayant des répercussions importantes sur l'état de santé générale de ces personnes (cirrhoses, maladies cardio-vasculaires, délirium tremens...), induit une morbidité accrue.

De plus, l'image donnée par les personnes précarisées en état d'ébriété ne fait qu'accentuer la rupture avec la société et leur marginalisation. Cet état est souvent à l'origine de difficultés de prises en charge et de suivi au sein de cabinets médicaux (agitation, comportements inadéquats, violences...). L'alcoolisation et les possibles retentissements hépatiques obligent les praticiens à adapter les médications et la prise en charge (troubles de la synthèse des facteurs de coagulation, perte d'efficacité de l'élimination hépatique, augmentation des durées de demi-vie des molécules médicamenteuses, interférences médicamenteuses...).

2) Tabac

Trois quart de notre échantillon présente une addiction au tabac (76%) (figure 9). Il faut noter que la plupart des classes d'âges de l'échantillon sont concernées par cette addiction (figure 10). Ces pourcentages sont très au-dessus de ceux relevés au niveau national pour des personnes consommant du tabac (32%). [73]

La consommation de tabac a des répercussions tant sur l'état général (insuffisance respiratoire, maladies cardio-vasculaires...) que sur la sphère orale. Les conséquences bucco-dentaires de la consommation de tabac peuvent aller de la simple kératose tabagique au développement de carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés. Le tabac induit une baisse de la vascularisation dont les retentissements au niveau buccal correspondent à une aggravation des problèmes parodontaux.

Contrairement à l'alcool et la drogue, la consommation tabagique bénéficie d'une image sociale plus neutre. Au sein de cette population, le tabac peut être associé à une certaine forme de convivialité tant au niveau du partage de l'objet "cigarette" qu'au niveau social.

3) Drogues

Au sein de notre échantillon, quatre personnes sur dix consomment régulièrement de la drogue (41%) (figure 11).

Sur le plan social, la consommation de drogues par les personnes précarisées ne fait qu'accentuer leur isolement et leur marginalisation. Pour cette population, la banalisation de la consommation de drogues implique un certain déni de sa dangerosité et des risques encourus.

Les personnes consommatrices ne faisant plus vraiment elles-mêmes la différence entre drogues dures et drogues douces, nous avons donc choisi de ne pas faire cette distinction.

Au sein de notre échantillon, nous constatons que la consommation de drogue diminue régulièrement avec l'âge pour disparaître à partir de 55 ans (figure 12). Cette diminution peut s'expliquer par la conjonction de deux phénomènes :

- d'une part, une mortalité accrue au sein de ces consommateurs qui limite leur espérance de vie,
- d'autre part, une certaine prise de conscience des personnes consommatrices qui voient leur état de santé se dégrader ainsi qu'éventuellement le décès d'une partie de leur entourage.

Les risques sanitaires varient en fonction des produits consommés (drogues douces ou drogues dures) et de leurs modes d'administration:

- la consommation de cannabis expose à des risques immédiats et à long terme (effets psychiques et broncho-pulmonaires).
- la consommation d'héroïne expose à des risques importants de mortalité (surdoses) ainsi qu'à des risques infectieux dus à la transmission d'agents pathogènes (hépatite B, hépatite C, Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)...) par l'injection de drogues intraveineuses telles que les opiacés ou les stimulants.

Au niveau de la sphère orale, la consommation de drogues ou de substituts a différentes répercussions. Une diminution du flux salivaire est fréquemment observée, ce qui peut entraîner une fragilisation gingivale (prévalence accrue de gingivites et parodontites) ainsi qu'un risque carieux plus élevé (caries de Lowenthal).

La co-consommation d'autres substances psychoactives augmente ces risques

4) Polyaddiction

Au sein de notre échantillon, deux tiers des personnes présentent deux (29%) ou trois addictions (32%) (figure 13). Ces chiffres sont très au-dessus de ceux constatés au sein de la population générale : d'après le rapport de l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies) de 2015, en 2014 seulement 9% de la population des adultes en France sont poly consommateurs. [74]

On peut supposer que la polyaddiction accapare un temps considérable, entraîne des dépenses financières importantes qui sont souvent prioritaires sur les soins et autres impératifs de la vie quotidienne (alimentation, hygiène, logement...) et, de fait, fragilise cette population.

La polyaddiction démultiplie le risque de maladies systémiques, de l'apparition des cancers et réduit l'espérance de vie comme semble le montrer la distribution de la pyramide des âges de notre échantillon (figure 1). Les manifestations orales se trouvent majorées, tant sur le plan de la gravité que sur le plan de l'expression clinique: stomatites alcoolo-tabagiques, gingivites ulcéro-nécrotiques...

E. Délai écoulé depuis la dernière visite chez le chirurgien-dentiste et raisons du défaut de suivi

Il est étonnant d'observer qu'aucune tendance ne se dégage sur cette question; en effet, la situation personnelle, sociale et financière des personnes interrogées nous amène à penser que les réponses apportées ne reflètent pas toujours la réalité (difficultés à planifier des prises de rendez-vous...). De plus, la faible densité de praticiens ne facilite pas l'accès aux soins pour cette population (délais trop longs, possibilités de déplacement...) (figure 15).

Toutefois, l'hétérogénéité de notre échantillon pourrait créditer l'absence de tendance : certaines personnes sont des travailleurs pauvres bénéficiant de la CMU qui leur permet un accès aux soins, tandis que d'autres sont complètement marginalisées et n'ont donc aucun régime social leur permettant de consulter (figures 14 et 15).

Les raisons du manque de suivi sont multiples au sein de notre échantillon. Le facteur "*Difficultés financières*" semble être le plus exprimé dans les différentes catégories d'âges. Les facteurs "*Pas besoin*" ou "*Pas la priorité*" sont aussi fréquemment rencontrés; ceci est à mettre en lien avec les difficultés rencontrées au quotidien (logement, nourriture...) (figure. 15)

III. Réponses au questionnaire OHIP (tableau 2)

Les facteurs ayant une influence prépondérante sur la qualité de vie semblent être : "*l'inconfort pour manger*"(Q4), le "*repas moins agréable*"(Q7), la "*douleur*" (Q3), et la "*perception du goût des aliments*" (Q2). Il est intéressant de noter, que, hormis le facteur "*douleur*", tous les facteurs prépondérants sont liés à l'alimentation. En effet, celle-ci revêt une importance capitale au même titre que le logement au sein de cette population.

A contrario, l'état bucco-dentaire semble assez peu impacter la vie relationnelle et sociale des personnes au sein de notre échantillon. En effet, les facteurs les moins prépondérants de notre enquête semblent être en lien avec *la "gêne ou l'embarras dans la vie sociale et dans les rapports avec autrui"* (Q5, Q11 et Q12). On peut poser l'hypothèse que, pour cette population, la gêne esthétique et l'halitose revêtent une moindre importance dans leur endogroupe, tant la perte de norme sociétale d'apparence augmente avec leur marginalisation.

On remarque également qu'avec l'avancée en âge, les problèmes liés aux dents, à la bouche ou aux prothèses semblent occasionner des difficultés croissantes pour l'élocution (Q1).

Ces résultats obtenus via le questionnaire OHIP ne nous permettent pas d'obtenir des données suffisamment précises pour établir un profil du ressenti de la qualité de vie en fonction de l'état bucco-dentaire dans la population étudiée. En effet, le questionnaire OHIP est un outil normé utilisé dans de nombreuses études sur des populations homogènes. Dans notre étude, le caractère hétérogène de la population étudiée met en évidence le besoin de créer des outils de recueil spécifiques.

IV. Bilan clinique

A. Indice CAOD (tableau 3)

L'indice CAOD de notre échantillon est de 18,39. On observe une différence significative entre cet indice et celui observé dans la population générale. [75] Cette différence, de l'ordre de 25%, dénote une prévalence supérieure des problèmes de santé bucco-dentaire au sein de la population étudiée.

On peut facilement déterminer les causes de cette différence de par le mode de vie des individus : manque d'hygiène, addictions, alimentation peu équilibrée, soins tardifs qui impliquent souvent une avulsion... On note que la tendance générale de cet indice augmente avec l'âge. L'exposition aux facteurs de risques précédemment cités ainsi que le défaut de soins impactent durablement leur santé bucco-dentaire.

B. Indice prothétique (tableau 4)

Globalement, quelle que soit la catégorie d'âges, les dents absentes ne sont généralement pas remplacées (tableau 4). On note une augmentation progressive du nombre de dents non remplacées de 18 à 55 ans. Ce constat est à associer à l'indice CAOD où la même tendance est objectivable (tableau 3).

Les classes d'âges les plus avancées sont celles qui ont bénéficié d'une réhabilitation prothétique; nous pouvons émettre l'hypothèse que ces catégories d'âges se composent d'individus ayant pu avoir accès à un suivi médical : personnes dans une précarité moindre (travailleurs pauvres) ou encore personnes précarisées plus tardivement. Ce constat est à rapprocher d'une diminution de l'espérance de vie observable sur la pyramide des âges de l'échantillon (figure 1).

C. EVA (tableau 5)

La douleur semble peu impacter les personnes de cet échantillon au quotidien : les médianes des EVA au repos sont dans la grande majorité nulles. Toutefois, des manifestations algiques ponctuelles se présentent principalement au sein des catégories d'âges les plus jeunes (18-49 ans) où nous observons des médianes d'EVA en crise allant de 1 à 8,5 (tableau 5). Cette tendance semble quasiment disparaître au sein des classes d'âges supérieures où l'on observe des médianes d'EVA majoritairement proches de 0 (tableau 5).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les éléments dentaires algiques ont fait l'objet d'avulsions. La douleur pourrait aussi expliquer la prépondérance de la consommation d'alcool et de drogues au sein des classes d'âges les plus jeunes (figures 8, 10 et 12).

D. Indice de plaque de Loë et Silness (figure 16 et tableau 6)

L'examen clinique a mis en évidence la présence de plaque sur la très grande majorité des éléments dentaires observés (figure 16); 97% de ces derniers présentent un indice de plaque supérieur ou égal à 1. Ce constat témoigne d'un défaut d'hygiène bucco-dentaire quotidienne.

Il semblerait que la tendance observée dans notre échantillon soit corroborée au sein des différentes classes d'âges (tableau 6); en effet, le pourcentage du nombre moyen de dents ayant un indice de plaque égal à 0 oscille entre 0 et 5,05%, confirmant ainsi le défaut d'hygiène quotidienne et ce, quelle que soit la classe d'âge. Ce constat pourrait s'expliquer par le mode de vie de cette population où l'hygiène bucco-dentaire reste dépendante de l'accès aux équipements adéquats (douches publiques, foyers ou logements...).

Il semblerait qu'aucune tendance ne se dessine quant à la quantité de plaque observée (variation de l'indice de plaque de 1 à 3) avec l'avancée en âge. Le facteur

quantité de plaque semblerait donc principalement lié au mode de vie quel que soit l'âge.

E. Indice gingival de Loë et Silness (figure 17 et tableau 7)

En général, on note, au sein de notre échantillon, que 75% des indices gingivaux par élément dentaire sont supérieurs ou égaux à 1 (figure 17); une inflammation est donc objectivable sur trois quarts des éléments dentaires observés (figure 17). La cause de cette inflammation serait principalement liée au mode de vie (défaut d'hygiène quotidienne).

Il est surprenant de constater que 25% de notre échantillon présente un indice gingival égal à 0 alors que seulement 3% des éléments observés étaient exsangues de plaque. On peut émettre l'hypothèse que l'inflammation que nous nous attendions à observer est en partie occultée par les effets vasoconstricteurs du tabac et des stupéfiants (figure 17). "Le tableau clinique typique de la parodontite du fumeur montre une gencive marginale relativement pâle avec des signes d'inflammation réduits (...) et une tendance réduite aux saignements lors du sondage". [76]

Il semblerait qu'aucune tendance ne se dessine quant à l'importance de l'inflammation gingivale observée avec l'avancée en âge. La tendance observée au sein de l'échantillon semble se confirmer dans les différentes classes d'âges (tableau 7).

F. Indice de Mühleman (figure 8 et tableau 8)

Il est surprenant de constater que près des trois quarts des éléments dentaires de notre échantillon (72%) présentent une mobilité physiologique (ARPA 1) (figure 8 et tableau 8). Ces résultats semblent en inadéquation avec les facteurs de risques inhérents au mode de vie de cette population : défaut d'hygiène bucco-dentaire, tabac et stupéfiant, alimentation peu équilibrée...

Il est notable de constater que l'indice ARPA 4 n'est pas représenté. En effet, la gêne fonctionnelle occasionnée par la mobilité terminale inciterait ces personnes, selon leurs propres aveux, à procéder elles-mêmes à l'avulsion de ces éléments dentaires.

G. Etat musculo-articulaire

Notre échantillon présente une moyenne globale de 16% de douleurs musculaires - tous muscles confondus (figures 25 et 26). Ce pourcentage est à rapporter aux 11% de limitation d'ouverture buccale observés au sein de notre échantillon (figure 19).

Ces résultats sont significativement supérieurs à ceux observés dans la population générale oscillant entre 4 et 12%. [77]

Les perturbations fonctionnelles articulaires telles que les bruits articulaires (41%) ou la déviation de trajet d'ouverture buccale (38%) observées au sein de notre échantillon sont proches de 40% (figures 21 et 23). Ces résultats sont trois fois supérieurs à ceux observés dans la population générale. [78]

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la perte précoce d'éléments dentaires occasionnant un défaut de calage postérieur pourrait être la cause principale de la prévalence de problèmes musculo-articulaires au sein de notre échantillon. En effet, le nombre de dents absentes au sein de notre échantillon est significativement plus important que celui observé dans la population générale [79], et cette perte s'accroît progressivement avec l'âge -**Annexe 13**. Cette tendance est à mettre en parallèle avec celle observée pour les bruits articulaires avec l'avancée en âge (figure 22) ainsi que la tendance à l'aggravation des phénomènes de limitation d'ouverture buccale épargnant les classes d'âges les plus jeunes (18-34 ans) et touchant majoritairement les classes d'âges plus âgées (35-64 ans) (figure 20).

H. Lésions buccales

La tendance est une croissance avec l'âge du pourcentage de lésions buccales (figure 29). En effet leurs apparitions nécessitent souvent une exposition longue aux différents facteurs de risques (défaut d'hygiène, alcool, tabac, stupéfiants, carences alimentaires...).

La dégradation de l'état bucco-dentaire avec l'âge ainsi que la prévalence carieuse sont susceptibles d'occasionner des reliefs irritant en bouche à l'origine de lésions ou d'ulcérations.

CONCLUSION

Cette étude innovante portant sur la population en situation de précarité est la première de ce type dans la région.

Elle a permis de confirmer le ressenti des différents acteurs sociaux de terrain : les besoins en soins bucco-dentaires sont importants au sein de cette population et leurs réponses doivent être adaptées et spécifiques car directement en lien avec leur mode de vie.

Plusieurs résultats de nos investigations semblent confirmer ce que l'on s'attendait à observer : la prévalence de la maladie carieuse, des problèmes parodontaux et des manifestations musculo-articulaires, est plus importante au sein de cette population que dans la population générale. Cependant, d'autres facteurs ne se sont pas révélés aussi prépondérants que ce à quoi nous nous attendions tels que le délai écoulé depuis la dernière visite chez le chirurgien-dentiste ou encore les raisons du défaut de suivi...

Les réponses obtenues via le questionnaire OHIP ne nous ont pas permis d'obtenir des résultats suffisamment précis pour établir le profil du ressenti de la qualité de vie en fonction de l'état bucco-dentaire pour cette population. Le caractère hétérogène de la population étudiée met en évidence le besoin de créer des outils de recueil spécifiques. De plus il serait pertinent de compléter ce travail par une étude longitudinale permettant de suivre l'évolution de l'état de santé bucco-dentaire des individus composant cette population. D'autres études du même type pourraient être reconduites au sein d'autres agglomérations afin d'obtenir une vision plus globale des personnes en situation de précarité au niveau national.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'autobus.fr. Les maraudes à pied. [internet] Disponible sur : <http://www.lautobus.fr/index.php/les-maraudes>
2. Observatoire des inégalités. La pauvreté progresse en France Mars 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>
3. Petit Robert ®, 2016
4. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Paris, Avis du Conseil Economique et Social, Journal Officiel de la République Française, 28 février 1987, p 6
5. CETAF. Le score EPICES: l'indicateur de précarité des Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie janvier 2005 [Internet]. Disponible sur: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_precairite.pdf
6. Labbe et al. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. La Revue de l'Ires. 2007-03-01, p 3-49
7. Précarité à l'hôpital. Évaluation et prise en charge. Fondation la renaissance sanitaire n°16. 2014. [Internet]. Disponible sur : https://www.larenaissancesanitaire.fr/kiosque/regards_16.pdf
8. Petit Larousse ®, 2016
9. OMS, 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 par les représentants de 61 États. 1946 et entré en vigueur le 7 avril 1948; actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé n°2 p 100.
10. OMS. Santé bucco-dentaire Aide-mémoire n°318. 2012 [Internet] disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
11. Sécurité Sociale ; Historique du système français de Sécurité sociale. 16 juin 2011 mis à jour le 12 avril 2013 [internet] disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale>
12. INSEE minima sociaux définition [internet] disponible sur www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/minima-sociaux.htm].

13. INSEE RMI définition [internet] disponible sur
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/revenu-minimum-insertion.htm>
14. Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion [internet] dec 1, 2008 disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019860428>
15. Service-public.fr. Revenu de Solidarité Active [internet] disponible sur
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19775>
16. Caisse d'Allocation Familiale. Les foyers bénéficiaires du RSA. RSA conjoncture n°13 [Internet]. Mars 2016. Disponible sur :
<https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/rsa%20conjoncture/Rsa%20Conjoncture%20n%C2%B0%2013.pdf>
17. Service-Public.fr. Allocation Solidarité Spécifique [internet] juin 2016. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12484>
18. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [internet] juin 30 1975. Disponible sur
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>
19. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. L'Allocation aux Adultes Handicapés [internet] oct 8 2015. Disponible sur
<http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/prestations-du-handicap,1897/l-allocation-aux-adultes,12300.html>
20. Service-public.fr. Peut-on encore bénéficier du Minimum Vieillesse. [internet] Vérifié le 1^{er} avril 2016. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2544>
21. Senat.fr Rapport d'information N° 181 SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013, [internet] dec 5 2012. Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/l12-181/l12-1811.pdf>
22. Ameli.fr. La Protection Universelle MALadie [internet] 2016. Disponible sur
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/la-protection-universelle-maladie.php>

23. Ameli.fr. Pourquoi la CMU de base n'existe plus. [internet] 2016 Disponible sur <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/la-cmu-de-base-n-existe-plus/pourquoi-la-cmu-de-base-est-elle-supprimee.php>

24. Ameli.fr. CMU complémentaire [internet] 2016. Disponible sur <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/la-prise-en-charge-de-vos-soins-a-100.php>

25. Service-Public.fr. Aide Médicale de l'État (AME) [internet] 2015. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

26. Insee.fr. Les revenus et le patrimoine des ménages [internet] 2014. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/REVPMEN14.pdf

27. Fondation Abbé Pierre. Rapport 2015 sur l'état du mal logement [internet] 2015. Disponible sur :http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/synthese_20e_rapport_sur_letat_du_mal-logement_en_france_2015_-_les_chiffres_du_mal-logement.pdf

28. Insee.fr. Intensification de la pauvreté pour les ménages les plus précaires Analyses Haute Normandie n°16 [internet] dec 2015. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=23801#sommaire

29. Insee.fr. L'économie mondiale en 2008 : du ralentissement à la récession, l'économie française [internet] 2009. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/ECOFRA09b.PDF

30. Allégre G., Cochard M., Heyer E., Plane M. et Timbeau X., "Impact de la crise sur la pauvreté", Les Travaux de l'Observatoire 2009-2010, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, [internet] 2010 disponible sur http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONPES_2009-2010.pdf

31. Lelièvre M. Les bénéficiaires de minima sociaux d'insertion dans la crise économique Vue d'ensemble - Conditions de vie [internet] 2014. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FPORSOC14h_VE8_minim

32. ARS, Contrat local de santé entre la ville de Rouen et l'Agence Régionale de Santé de Haute Normandie 2014-2016 [internet] janv 2014. Disponible sur : <http://www.rouen.fr/sites/default/files/contrat-local-sante.pdf>
33. Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Question d'économie de la Santé. [Internet] 2011. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
34. Beynet A., Menahem G., « Problèmes dentaires et précarité », Questions d'économie de la santé ; 48, Février 2002
35. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Les sans-domiciles méconnaissent leur santé dentaire. La lettre n°142. [internet] 2015. Disponible sur http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/LA_LETTRE_142.pdf
36. DREES, problèmes dentaires, tabac, dépression: la santé précaire des sans domiciles. Etudes et résultats, n°0932, septembre 2015
37. Castiel, D., Bréchat P-H, Mathieu-Grenouilleau M-C, and Rymer R.. "Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé." Santé Publique Vol. 21, no. 2 (May 19, 2009): p196
38. Grange D. et al, Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005, mars 2013
39. Le Faou A.L., Tabac et population défavorisée, Le courrier des addictions, n°1 Janvier/février/mars 2002
40. Hugoson A, Rolandsson M. Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983-2003). J Clin Periodontol. 2011 Sep;38(9):809–16.
41. Dietrich, T., C. Walter, K. Oluwagbemigun, M. Bergmann, T. Pischon, N. Pischon, and H. Boeing. "Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss: The EPIC-Potsdam Study." Journal of Dental Research 94, no. 10 (October 2015): 1369–75. doi:10.1177/0022034515598961.
42. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. J Cancer Res Ther. 2016 Jun;12(2):458–63.

43. Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile: remise en cause d'un stéréotype, Economie et statistique, n°391-392, pp.131-150
44. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consommation de drogues illicites et exclusion sociale : état des connaissances en France. Tendances N°24 [internet] oct 2002 disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxdlia.pdf>
45. Lowenstein M. Toxicomanie et santé parodontale ParoSphère Paris, 8 février 2009 p6
46. Hassoun D, Précarité et état de santé bucco-dentaire Décembre 1998 - CREDES.
47. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. The Lancet. 12 janv 2007;369(9555):51-9
48. Loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998 [internet] juill 29 1998. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
49. Conseil National des Politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) - Le site du CNLE 2009 [Internet]. Disponible sur <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html>
50. Parlement de la Santé. Commission spécialisée « droits des usagers ». Conférence Nationale de Santé [internet] mai 2012. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CSDU_2012_05_15_CR_modif_130912.pdf p2
51. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [internet] juill 21 2009. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
52. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie [internet] nov 23 2005. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>

53. CHU Hopitaux de Rouen. La permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).
[internet] Disponible sur <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/PASS/>
54. Rouen.fr. Médecins du monde [internet] Disponible sur :
https://www.rouen.fr/associations/medecins_du_monde_mdm
55. La Boussole. CAARUD La Boutik [internet] Disponible sur
<http://www.laboussole.asso.fr/caarud/la-boutik/>
56. Insee.fr. Territoires de santé et de proximité [internet] 2012. Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=18262&page=documents/guide_des_zonages/territoires_sante.htm
57. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. [internet] dec 2013.
Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
58. Rouen.fr. CCAS [internet] Disponible sur <https://www.rouen.fr/ccas>
59. La boussole. Service prévention, formation. [internet] disponible sur
<http://www.laboussole.asso.fr/service-prevention-formation/>
60. Lautobus.fr. Les maraudes en véhicule. [internet] Disponible sur :
<http://www.lautobus.fr/index.php/les-maraudes>
61. Restoducoeur.org. Aide aux gens de la rue. [internet] Disponible sur :
<http://www.restosducoeur.org/content/aide-aux-gens-de-la-rue>
62. Croix-rouge.fr. Samu-Social et équipe mobile [internet] Disponible sur :
http://rouen.croix-rouge.fr/rubrique.php?id_rubrique=42702
63. Médecin du Monde. A Rouen, une nuit au cœur de la précarité. [internet]
Disponible sur :
<http://www.medecinsdumonde.org/actualites/temoignage/2014/03/26/rouen-une-nuit-au-coeur-de-la-precarite>
64. Action Sociale. Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) en région Haute-Normandie. [internet] Disponible sur : <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale---c-h-r-s---214/rgn-haute-normandie.html>
65. Unapei.org. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre, [internet] Disponible sur
http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf

66. HAS. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [internet] Nov 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_rap.pdf
67. Bercy P, Tenenbaum H. Parodontologie: Du diagnostic à la pratique. De Boeck Supérieur; 1996. 288 p.
68. Gaye D. Contribution à l'étude et au traitement de la mobilité dentaire en parodontie [thèse d'exercice] [Sénégal] Université Cheikh Anta Diop de Dakar 2005
69. Chossegros^[1], L. Guyot^[2], O. Richard^[2], F. Cheynet^[1], P. Rougé^[1], B. Mantout^[1], J.-L. Blanc^[1] Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale Vol 106, N° 4 – septembre 2005 pp. 218 C.
70. Insee.fr. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas. [internet] 2012. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=20&ref_id=21375&page=alpage/alap423/alap423_tab.htm#tab1
71. Insee.fr. Population selon le sexe et l'âge quinquennal de 1968 à 2012 [internet] 2015. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=pop-sexe-age-quinquennal
72. Alcool-info-service.fr. La consommation d'alcool des Français. L'alcool en France, état des lieux. [internet] Disponible sur : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/alcool-francais>
73. Tabac-info-service.fr. Chiffre du tabac [internet] Disponible sur : <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
74. OFDT.fr. principales évolutions du phénomène des drogues et des toxicomanies en France. Rapport national à l'OEDT [internet] 2015. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/>
75. HAS. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Recommandations en Santé Publique [internet] Mars 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

76. At-suisse. Influence du tabagisme sur le parodonte [internet] Disponible sur : <https://www.at-suisse.ch/fr/tabagisme-et-sante-buccale/influence-du-tabagisme-sur-le-parodonte.html>
77. Iasp-pain.org. Douleur du trouble de l'articulation temporomandibulaire [internet] Disponible sur : http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/Temporomandibular_French.pdf
78. Munier F. Traitement des dysfonctions crânio-mandibulaires : un carrefour multidisciplinaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine ; 2013
79. HAS. Note de cadrage. Evaluation des prothèses plurales fixées en extension (bridges cantilever) et des prothèses plurales fixées à ancrages coronaires partiels. [internet] 2015. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/cadrage_bridges_dentaires_vd.pdf
80. ARS. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé = PASS en Haute-Normandie [internet] Disponible sur http://www.ars.normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Votre_Sante/dossiers_a_a_z___prevenir_les_risques___sante_public/personnes_en_situation_de_precaire/V0ComPASS.pdf
81. Bouhy A., Lamy M. Évaluation de la qualité de vie des patients édentés complets porteurs d'une réhabilitation sur implants. L'information dentaire n°20 - 22 mai 2013
82. Insee.fr. Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2006. [internet] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide_aide.htm

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges de l'échantillon

Figure 2 : Répartition du nombre d'aides sociales au sein de l'échantillon

Figure 3 : Répartition du type d'aides sociales au sein de l'échantillon

Figure 4 : Proportion des personnes bénéficiant d'une mutuelle au sein de l'échantillon

Figure 5 : Répartition du nombre d'aides sociales au sein l'échantillon par classes d'âges

Figure 6 : Répartition démographique de l'échantillon par aides sociales en fonction des classes d'âges

Figure 7 : Proportion des personnes consommant de l'alcool au sein de l'échantillon

Figure 8 : Répartition des personnes consommant de l'alcool au sein de l'échantillon par classes d'âges

Figure 9 : Proportion des personnes consommant du tabac au sein de l'échantillon

Figure 10 : Répartition des personnes consommant du tabac au sein de l'échantillon par classes d'âges

Figure 11 : Proportion des personnes consommant de la drogue au sein de l'échantillon

Figure 12 : Répartition des personnes consommant de la drogue au sein de l'échantillon par classes d'âges

Figure 13 : Proportion de personnes présentant une polyaddiction au sein de notre échantillon

Figure 14 : Répartition de l'intervalle de temps depuis la dernière consultation dentaire par classes d'âges au sein de l'échantillon

Figure 15 : Répartition démographique de l'échantillon par raison du manque de suivi en fonction des classes d'âges

Figure 16 : Répartition de l'indice gingival par élément dentaire au sein de l'échantillon

Figure 17 : Répartition de l'indice de plaque par élément dentaire au sein de l'échantillon

Figure 18 : Répartition de la mobilité par élément dentaire selon la classification ARPA au sein de l'échantillon

Figure 19 : Proportion des personnes présentant une limitation de l'ouverture buccale au sein de l'échantillon

Figure 20 : Répartition des personnes présentant une limitation de l'ouverture buccale par tranches d'âges au sein de l'échantillon

Figure 21 : Proportion des personnes présentant un bruit articulaire à l'auscultation au sein de l'échantillon

Figure 22 : Répartition des personnes présentant des bruits articulaires à l'auscultation par tranches d'âges au sein de l'échantillon

Figure 23 : Proportion des personnes présentant une déviation du trajet mandibulaire à l'ouverture au sein de l'échantillon

Figure 24 : Répartition des personnes présentant une déviation du trajet mandibulaire à l'ouverture par tranche d'âge au sein de l'échantillon

Figure 25 : Proportion des personnes présentant une douleur musculaire au sein de l'échantillon

Figure 26 : Répartition par type musculaire des personnes présentant une douleur musculaire à la palpation au sein de l'échantillon

Figure 27 : Répartition par classes d'âges des personnes présentant une douleur en fonction du type musculaire

Figure 28 : Proportion des personnes présentant une lésion orale au sein de l'échantillon

Figure 29 : Répartition des personnes présentant une lésion orale par classes d'âges au sein de l'échantillon

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comparaison de la répartition par tranche d'âge de notre échantillon avec la population en situation de précarité de l'agglomération parisienne

Tableau 2 : Moyenne des réponses au questionnaire OHIP par tranches d'âges

Tableau 3 : Répartition de l'indice CAOD par classes d'âges

Tableau 4 : Répartition par classes d'âges de la médiane du nombre de dents remplacées par une prothèse

Tableau 5 : Répartition par classes d'âges de la médiane de l'échelle visuelle analogique

Tableau 6 : Pourcentage du nombre moyen de dents par catégories d'âges selon l'indice de plaque de Loë et Silness

Tableau 7 : Répartition du nombre moyen de dents par catégories d'âges en fonction de l'indice gingival de Loë et Silness

Tableau 8 : Répartition du nombre moyen de dents mobiles par classes d'âges selon la classification ARPA

ANNEXES

Annexe 1 : Les 11 questions du scores EPICES [6]

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

Annexe 2 : Etat de santé bucco-dentaire chez les sans-domiciles comparé à celui de la population générale [36]

État de santé bucco-dentaire	18-24 ans		25-34 ans		35-59 ans		60-75 ans		18-75 ans	
	Sans-domicile	Population générale	Sans-domicile	Population générale	Sans-domicile	Population générale	Sans-domicile	Population générale	Sans-domicile	Population générale
A toutes ses dents intactes	53	47	32	26	18	10	4	4	26	16
A toutes ses dents intactes mais certaines ont été traitées/remplacées	38	48	47	65	42	63	36	43	43	58
A perdu une partie de ses dents	9	5	20	9	31	22	37	31	24	19
A perdu toutes ses dents ou presque	0	0	1	0	9	5	23	22	7	7

Champ = Population âgée de 18 à 75 ans, France métropolitaine.
Sources = Enquête auprès des personnes hébergeant les services d'hébergement ou de distribution de repas 2012, INJL, INJL, INJL. Enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages » (ISM 2004) INJL.

Annexe 3 : Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé = PASS en Haute-Normandie [80]

	Commune	Dénomination de la PASS somatique et établissement de rattachement	Coordonnées de la PASS	Personnels
EURE	Evreux	La PASS Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine	Rue Léon Schwartzberg 27015 Evreux Tel: 02.32.33.82.40 pass.evreux@chi-eureseine.fr	2 référents médicaux 1 assistante sociale 1 infirmière
	Gisors	La PASS Centre Hospitalier de Gisors	Route de Rouen 27140 Gisors Tel: 02.32.27.78.86 pass.gisors@ch-gisors.fr	1 référent médical 1 assistante sociale
	Louviers	La PASS Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil	2, rue Saint Jean BP 612 27406 Louviers Cedex Tel: 02.32.25.76.12 pass.louviers@chi-elbeuf-louviers.fr	2 référents médicaux 1 assistante sociale 1 infirmière 1 psychologue
	Pont-Audemer	La PASS Centre Hospitalier de la Risle	64, route de Lisieux 27504 Pont-Audemer Tel: 02.32.41.65.78 pass@ch-pontaudemer.fr	1 référent médical 1 assistante sociale 1 infirmière 1 diététicienne 1 psychologue
	Vernon	La PASS Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine	5, rue du docteur Brunet 27200 Vernon Tel: 02.32.71.69.44 passvernon@chi-eureseine.fr	1 référent médical et des médecins libéraux 1 assistante sociale 1 infirmière 1 psychologue
SEINE-MARITIME	Dieppe	La PASS Centre Hospitalier de Dieppe	Avenue Pasteur BP 219 76202 Dieppe Cedex Tel: 02.32.14.77.07 pass@ch-dieppe.fr	1 référent médical 1 assistante sociale (fonctionnement en lien avec la Croix Rouge de Dieppe)
	Elbeuf	La PASS Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil	32, rue Jean Jaurès BP 141 76500 Elbeuf Tel: 02.32.96.27.75 pass.elbeuf@chi-elbeuf-louviers.fr	1 référent médical 1 assistante sociale 1 infirmière 1 psychologue
	Fécamp	La PASS Centre Hospitalier Intercommunal du pays des Hautes Falaises	100, avenue du président François Mitterrand 76405 Fécamp Tel: 02.35.10.90.46 pass.fecamp@ch-fecamp.fr	1 travailleur social
	Le Havre	La PASS somatique et la PASS bucco-dentaire Groupe Hospitalier du Havre	55 bis, rue Gustave Flaubert BP 24 76600 Le Havre Tel: 02.32.73.38.08 sec.pass@ch-havre.fr	1 généraliste vacataire 1 assistante sociale 1 infirmière
	Lillebonne	La PASS Centre Hospitalier Intercommunal	19, rue du Président Coty 76170 Lillebonne Tel: 02.35.39.10.00 PASS@chi-cauxvalleedeseine.fr	1 assistante sociale
	Rouen	La PASS Centre Hospitalier Universitaire- Hôpitaux de Rouen	Service social 1, rue de Germon 76031 Rouen cedex Tel: 02 32 88 02 69 pass.rouen@chu-rouen.fr	3 médecins vacataires 1 assistante sociale 1 infirmière
Eure	Commune	Etablissement de rattachement de la PASS psychiatrique	Coordonnées de la PASS	Personnels
	Evreux	Nouvel hôpital de Navarre	14 rue Georges Bernard- Résidence du mail- apt 101 27 000 Evreux 02 32 33 83 88 Pass.psy.evreux@chs-navarre.fr	1 référent médical 1 assistante sociale 1 éducateur spécialisé 1 cadre supérieur de santé

Annexe 4 : Territoires de santé de la Haute-Normandie [56]



Annexe 5 : Questionnaire OHIP 14 [81]

1. Questionnaire OHIP-14	1	2	3	4	5
Limitation fonctionnelle					
1) Avez-vous eu des difficultés à prononcer certains mots à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
2) Avez-vous remarqué que votre sens du goût avait diminué suite à un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Douleur physique					
3) Avez-vous eu des douleurs dans la bouche ?					
4) Vos dents, votre bouche ou vos prothèses ont-elles été inconfortables pour manger certains aliments ?					
Inconfort psychologique					
5) Avez-vous été dérangé/gêné par vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
6) Vous êtes-vous senti tendu (nerveux) à cause de problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Incapacité physique					
7) Votre alimentation a-t-elle été insatisfaisante suite à un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
8) Avez-vous dû interrompre un repas à cause d'un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Incapacité psychologique					
9) Avez-vous eu des difficultés à vous détendre (à être relax) à cause d'un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
10) Avez-vous été un peu embarrassé/ennuyé à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Incapacité sociale					
11) Avez-vous été un peu irritable en compagnie d'autres personnes à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
12) Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail habituel à cause d'un problème lié à vos dents, bouche ou prothèses ?					
Handicap					
13) Avez-vous ressenti que la vie en général était moins satisfaisante à cause d'un problème lié à vos dents, bouche ou prothèses ?					
14) Avez-vous eu une incapacité fonctionnelle totale suite à un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					

Annexe 6 : Questionnaire OHIP 14 modifié selon les règles du « Facile à lire et à comprendre »

Limitation fonctionnelle :

Avez-vous eu des difficultés à prononcer certains mots à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous remarqué que le goût des aliments avait diminué suite à un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Douleur physique :

Avez-vous eu des douleurs dans la bouche ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Vos dents, votre bouche ou vos prothèses ont-elle été inconfortables pour manger certains aliments ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Inconfort psychologique :

Avez-vous été dérangé/gêné dans votre vie sociale par vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Vous êtes-vous senti tendu (nerveux) à cause de problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Incapacité physique :

Votre repas a t'il été moins agréable suite à un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous dû arrêter un repas à cause d'un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Incapacité psychologique

Avez-vous eu des difficultés à vous détendre (à être relax) à cause d'un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous été un peu gêné ou embarrassé vis-à-vis d'autres personnes à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Incapacité sociale :

Avez-vous été un peu agacé ou irritable en compagnie d'autres personnes à cause d'un problème lié à vos dents votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous eu des difficultés à faire vos activités habituelles à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Handicap :

Votre vie vous semble-t-elle plus difficile à cause de vos dents, votre bouche ou vos prothèses?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous été incapable de manger, avaler votre salive, parler suite à un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

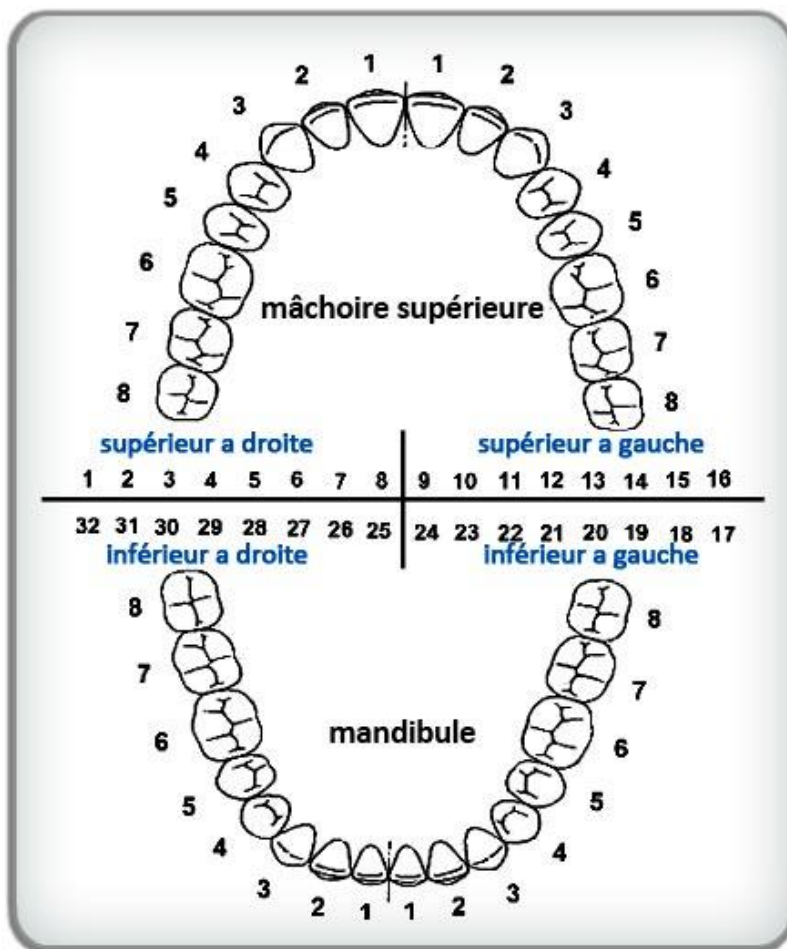
Annexe 7 : Protocole d'examen :

Sexe :

Age :

N° identification :

Schéma dentaire



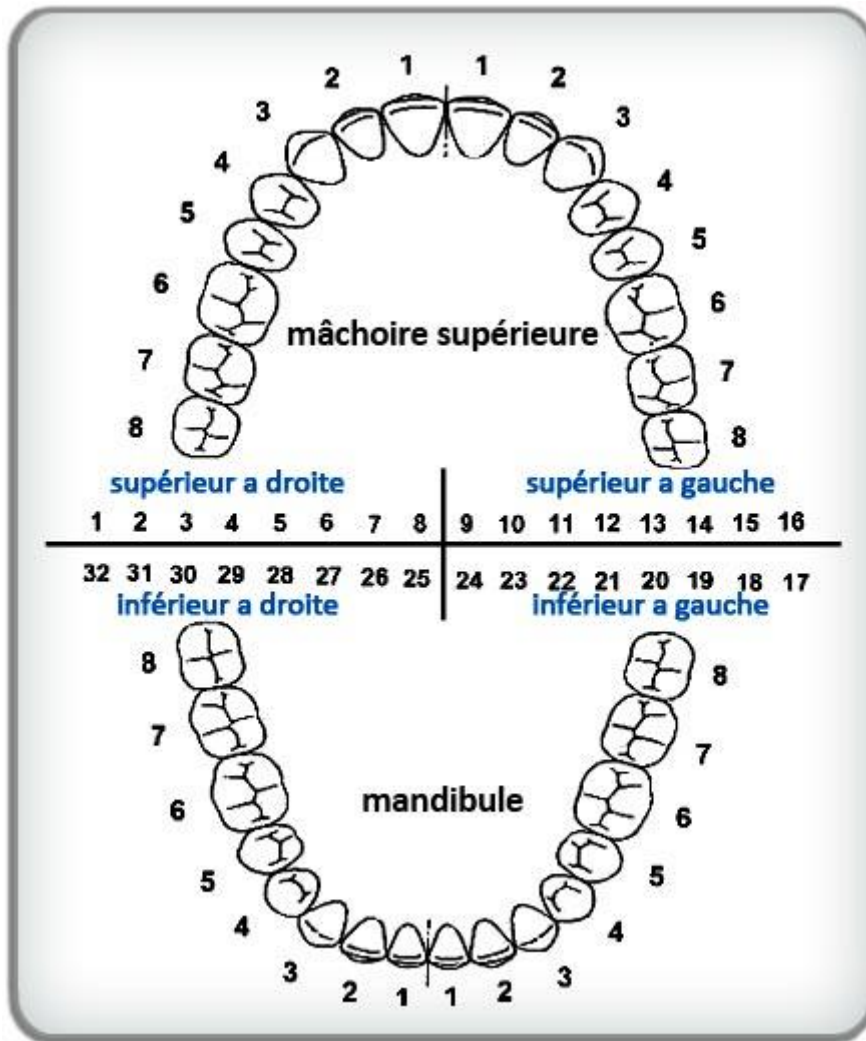
Indice CAOD

Nombre de dent(s) cariée(s) :

Nombre de dent(s) obturée(s) :

Nombre de dent(s) absente(s) :

Schéma prothétique :



Nombre de prothèse(s) fixée(s) :

Nombre de dent(s) remplacée(s) par une prothèse amovible :

Nombre de dent(s) non remplacée(s)

Douleur :

EVA au repos :

EVA en crise :

Indice gingival de Loë et Silness :

0 = pas d'inflammation

1 = inflammation légère sans saignement

2 = inflammation modérée + saignement provoqué

3 = inflammation sévère +/- ulcération + saignement spontané

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Indice de plaque de Loë et Silness :

0 = pas de plaque

1 = un film adhère au bord marginal libre de la dent

2 = accumulation modérée de dépôt mou

3 = surface dentaire recouverte d'une quantité abondante de plaque

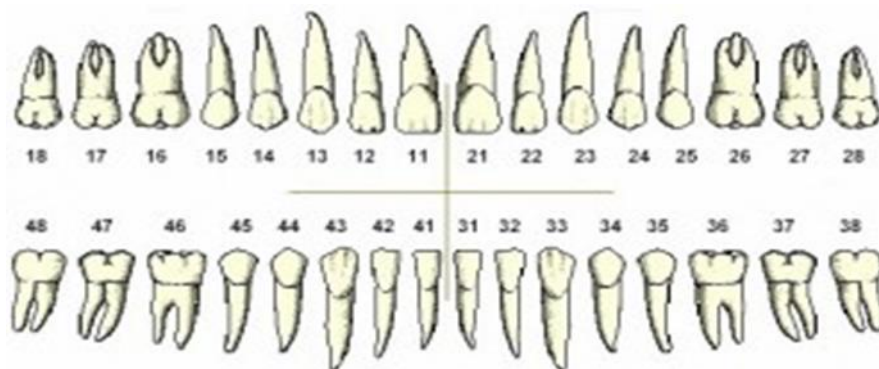
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mobilité : classification ARPA

- . 0 : mobilité perceptible entre pouce et index non visible.
- . 1 : mobilité physiologique perceptible et visible.
- . 2 : mobilité de 2 mm dans le sens VL.
- . 3 : mobilité qui dépasse 2 mm dans les deux sens VL et MD.
- . 4 : mobilité axiale la dent est vouée à l'extraction.



Signe de dysfonctionnement de l'ATM :

Craquement : oui non

Déviaton du chemin de fermeture visible à l'œil nu : oui non

Limitation de l'ouverture : oui non

Palpation musculaire douloureuse

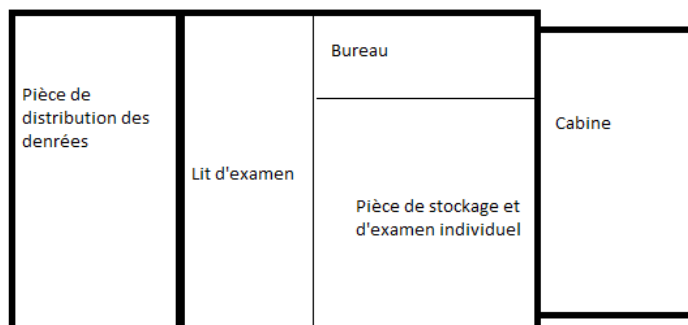
	oui	non
Temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trapèze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sterno-cléido-mastoïdien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ptérygoïdien médial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ptérygoïdien latéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masséter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lésion de la muqueuse buccale :

Non






Oui Préciser :

Annexe 8 : Plan du camion de l'Autobus Samu Social



Annexe 9: Plan de la ville



-  Hotel de Ville de ROUEN (L'Autobus Samu Sociale) 20h-21h
-  Gare SNCF de Rouen (L'Autobus Samu Social) 21h-22h
-  Eglise Saint Sever (L'Autobus Samu Social) 22h-23h
-  CHRS Abbé Bazire
-  CAARUD La Boutik

Annexe 10 Affiche informative utilisée en amont de la réalisation du recueil de données



Annexe 11 : Questionnaire médical

N° identification :

Sexe :

Age :

Année de naissance :

Type d'aide sociale :

- CMU
- CMUc
- RSA
- AAH
- FSV
- ASPA
- autre (préciser) :

Pathologie médicale :

- diabète
- maladies infectieuses : SIDA, hépatite
- cancer
- Pneumopathie : maladie des poumons
- Maladie du foie :
 - Hépatite
 - Cirrhose
- maladie auto-immune
- Autre (préciser) :

Traitement médical :

Date de la dernière visite chez un dentiste :

Avez-vous un suivi dentaire régulier : oui non

Jugez-vous votre état de santé bucco-dentaire satisfaisant : oui non

Ressentez-vous un besoin de soin(s) dentaire(s) : oui non

Réalisez-vous un brossage quotidien : oui non

Avez-vous des soins en cours : oui non

Avez-vous renoncé à vous faire soigner et pourquoi :

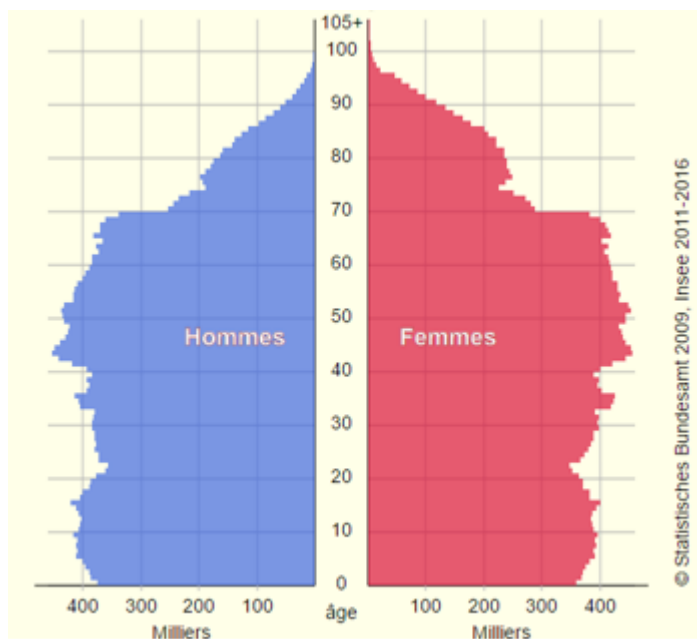
- peur :
- difficulté financière :
- Vous n'en voyez pas l'utilité :
- Echec des soins précédents :
- manque de temps :
- cabinet dentaire trop éloigné :
- autre (préciser) :

Fumez-vous : oui combien : non

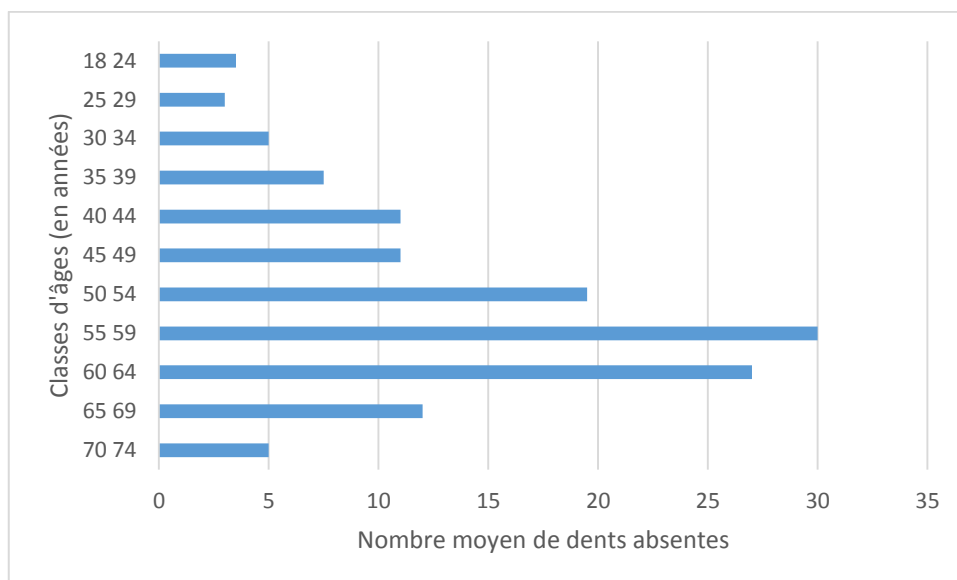
Consommez-vous de l'alcool : oui non

Consommez-vous de la drogue : oui non

Annexe 12 : Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016 en France métropolitaine [82]



Annexe 13 : Répartition du nombre moyen de dents absentes par classes d'âges



Etat de santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité de l'agglomération de Rouen : Etat des lieux et besoins spécifiques/ **CORDIER Oriane**.- p.93 ; réf. 82.

Domaines : Epidémiologie - statistiques

Mots clés Rameau: Soins dentaires – Personnes en situation de précarité ; Santé Publique - Enquêtes – Haute-Normandie (France)

Mots clés FMeSH: Soin dentaire ; précarité ; Santé- Publique ;

Résumé de la thèse :

Objectif : L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité de l'agglomération de Rouen et d'évaluer l'impact de leur santé bucco-dentaire sur leur qualité de vie à l'aide du questionnaire OHIP 14.

METHODE : Une étude a été réalisée entre novembre 2015 et Février 2016 auprès de 77 personnes en situation de précarité au sein l'agglomération rouennaise. La participation à cette étude était basée sur le volontariat ; les personnes incluses devaient maîtriser la langue Française et être majeures.

RESULTATS : Au sein de notre échantillon, l'état de santé bucco-dentaire influence principalement les facteurs de qualité de vie en rapport avec l'alimentation et la douleur, et très peu ceux ayant trait à l'esthétique. La prévalence de la maladie carieuse, des problèmes parodontaux et des manifestations musculo-articulaires est plus importante au sein de notre échantillon que dans la population générale.

CONCLUSION : L'hétérogénéité et le caractère erratique de cette population nécessite d'adapter le dépistage et la prise en charge bucco-dentaire afin de répondre au mieux aux problématiques et enjeux de santé publique inhérents à ces personnes en situation de précarité.

JURY :

Président : **Professeur Thomas Colard**

Assesseurs : Docteur Thomas Trentesaux

Docteur Céline Catteau

Docteur Jocelyn Croze, Directeur de Thèse