

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2016

Par HERNU Pierre-André

Né le 19 MARS 1987 à Roubaix – France

ACCES AUX SOINS DENTAIRES :

LES DIFFERENTES STRUCTURES PERMETTANT D'EVITER LE RENONCEMENT

JURY

Président : Pr. T. COLARD

Assesseurs : Dr. M. SAVIGNAT

Dr. A. BLAIZOT

Dr. N. LEGRAND

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 : Pr. X. VANDENDRIESSCHE

Directeur Général des Services de l'Université : P-M. ROBERT

Doyen : Pr. E. DEVEAUX

Vice-Doyens : Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL

Responsable des Services : S. NEDELEC

Responsable de la Scolarité : L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN Prothèses

T. COLARD Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

E. DELCOURT-DEBRUYNE Responsable de la Sous-Section de Parodontologie

E. DEVEAUX Odontologie Conservatrice - Endodontie
Doyen de la Faculté

G. PENEL Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques

M.M. ROUSSET Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

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,

Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie
Biologique

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury
et je vous en remercie.*

*Veillez trouver dans ce travail le témoignage de
mon profond respect et de mon admiration.*

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie*

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
- Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et Neurosciences
- Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

*Votre soutien, votre dynamisme et votre
disponibilité ont permis d'aboutir à ce travail.*

Je vous en suis reconnaissant.

*Veillez trouver dans cet ouvrage, l'expression de
mes remerciements les plus sincères.*

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Chargé d'Enseignement – Attaché Hospitalier des CSERD

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

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Master II Méthodes d'Analyses et Gestion en Santé Publique (MAGSP) Toulouse III
- Diplôme Universitaire de Recherche Clinique Odontologique Toulouse III
- Master II Recherche en éthique médicale (Paris Descartes)

*C'est pour moi un honneur de vous
compter parmi les membres de ce jury.*

*Veillez trouver dans cette thèse
l'expression de ma reconnaissance et de
mes remerciements les plus sincères.*

Monsieur le Docteur Nicolas LEGRAND

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD

*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie*

– Docteur en Chirurgie Dentaire

*Il m'est difficile de résumer en quelques mots
l'étendue de ma gratitude. Pendant toutes ces
années en chirurgie dentaire, de mon
engagement corporatiste à la cafet' et la revue,
aux vacations cliniques, tu as toujours été là pour
m'apporter tes connaissances et ton soutien, bien
plus qu'un ami tu as été un mentor.
Tu renouvelles cela en me faisant l'honneur d'être
mon directeur de thèse. Saches que je te suis
infiniment reconnaissant.
Je t'adresse l'expression de ma plus profonde gratitude.*

Table des matières

Introduction	13
1 Rappel sur le système de santé français : l'assurance maladie	14
1.1 La naissance de l'assurance maladie en France	14
1.1.1 De 1920 à 1945 : les premières étapes.....	14
1.1.2 A partir de 1945 : la fondation de la Sécurité Sociale	16
1.1.3 Les premières réformes de la sécurité sociale	18
1.1.4 A partir de 1996 : la refondation	19
1.2 Les différents régimes obligatoires de l'assurance maladie.....	21
1.2.1 Le régime général	22
1.2.2 Le régime agricole.....	22
1.2.3 Le régime social des indépendants	22
1.2.4 Les régimes spéciaux.....	23
1.3 Les régimes et les aides complémentaires de l'état	23
1.3.1 Les régimes publics.....	23
1.3.1.1 La protection universelle maladie (PUMA)	23
1.3.1.2 La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)	24
1.3.1.3 L'aide médicale de l'état	25
1.3.2 L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	25
1.4 Les complémentaires santé d'organismes privés	26
1.4.1 Les mutuelles	26
1.4.2 Les institutions de prévoyance	26
1.4.3 Les sociétés d'assurance	27
2 Le renoncement aux soins dentaires	28
2.1 Définition du renoncement.....	28
2.2 Les études et leurs chiffres	29
2.2.1 L'enquête « statistiques sur les ressources et conditions de vie » de 2007.....	29
2.2.1.1 Présentation de l'étude.....	29
2.2.1.2 Résultats et Analyse	30
2.2.2 L'enquête sur la santé et la protection sociale de 2012.....	33
2.2.2.1 Présentation de l'étude.....	33
2.2.2.2 Résultats et analyse	34
2.2.3 L'enquête de la DREES de 2013	38
2.2.3.1 Présentation de l'étude.....	38
2.2.3.2 Résultats	39
2.3 Les raisons du renoncement aux soins dentaires	40
2.3.1 Les raisons socio-économiques	40
2.3.1.1 L'obstacle financier	40
2.3.1.2 La précarité.....	40
2.3.1.3 L'absence de complémentaire santé	41
2.3.2 Les raisons psycho-cognitives	41
2.3.2.1 La peur du chirurgien-dentiste	41
2.3.2.2 L'embarras.....	41
2.3.2.3 Le niveau de compréhension	42
2.3.3 Les raisons « espace-temps »	42
2.3.3.1 L'éloignement	42
2.3.3.2 La mobilité	44

2.3.3.3	Le temps.....	44
3	Des solutions pour l'accès aux soins dentaires en France	46
3.1	La Prévention.....	46
3.1.1	Définition	46
3.1.2	Les acteurs.....	46
3.1.2.1	L'assurance maladie.....	46
3.1.2.1.1	Le dispositif « M'T dents ».....	46
3.1.2.1.2	La prévention pour la femme enceinte	47
3.1.2.1.3	Le bilan de santé gratuit de l'assurance maladie	47
3.1.2.2	L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	48
3.1.2.3	Les Comités d'hygiène bucco-dentaire.....	49
3.1.2.4	Le Secours Populaire Français.....	50
3.1.2.5	Emmaüs	50
3.2	L'offre de soins	51
3.2.1	Les Unités Mobiles	51
3.2.1.1	Le Bus Social Dentaire	51
3.2.1.2	Dent'Adom.....	52
3.2.1.3	Incisiv	52
3.2.1.4	L'unité mobile de soins dentaires et du pôle de services mutualistes	53
3.2.1.5	L'unité dentaire mobile du centre hospitalier de Sambre-Avesnois	54
3.2.1.6	Le Buccobus de Rouen	54
3.2.1.7	Le Bus Handident Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)	54
3.2.2	Les centres de soins	55
3.2.2.1	Les Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS).....	55
3.2.2.2	Les centres mutualistes	56
3.2.2.3	Les centres de la Croix Rouge Française (CRF)	57
3.2.2.4	Les centres de Médecins du Monde (MDM)	58
3.2.2.5	Une initiative humanitaire : l'aide aux réfugiés	58
3.2.2.6	La création de fauteuils en établissement d'accueil et d'hébergement.....	59
	Conclusion.....	60
	Références bibliographiques	61
	Table des figures	67
	Table des tableaux.....	68
	Annexes	69
	Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents régimes spéciaux, leur organisme de rattachement et les risques couverts.....	69
	Annexe 2 : Les différentes complémentaires santé proposées par L'ACS.....	71
	Annexe 3 : Charte de Prise en charge des personnes handicapées.....	74
	Annexe 4 : Liste des PASS Bucco-Dentaire et PASS généralistes ayant une activité bucco-dentaire en France métropolitaine	75

Introduction

Le Droit à la Santé se définit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, comme un droit fondamental pour tout homme de jouir du meilleur état de santé possible et implique un ensemble de critères sociaux favorables à la bonne santé, comme notamment l'accessibilité des services de santé à tous.

En France, ce droit fait partie du débat politique depuis des siècles, et la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen ainsi que la constitution de 1793 y font mention de manière implicite dans l'article 21, en reconnaissant que la société se doit de subvenir à l'existence des plus pauvres, de par un apport de société d'assistance et de protection sociale.

La constitution de 1946 y apporte plus de précision, en affirmant que l'état se doit de pourvoir à la bonne santé de tous ses concitoyens de par l'organisation d'un système de protection sanitaire et sociale généralisé à l'ensemble de la population. Si on y voit là des efforts concernant la promotion de la santé, qu'en est-il de la notion de l'accessibilité ?

Depuis une vingtaine d'années, dans nos sociétés dites développées et modernes apparaît une nouvelle notion, le renoncement aux soins, et un constat éloquent, plus d'un français sur dix renonce à se soigner tous les ans.

Dans ce travail, l'objectif sera dans un premier temps d'expliquer le contexte historique de l'élaboration initiale de l'assurance maladie à son évolution actuelle, puis de comprendre la notion du renoncement ainsi que les raisons de celui-ci, et en dernier de présenter les solutions existantes en matière de santé bucco-dentaire et d'ouvrir sur des perspectives possibles d'avenir de la profession.

1 Rappel sur le système de santé français : l'assurance maladie

1.1 La naissance de l'assurance maladie en France

1.1.1 De 1920 à 1945 : les premières étapes

Au sortir de la grande guerre, le bilan est lourd pour la France, on dénombre plus de 1,5 million de morts dont des centaines de milliers de civils, le nombre de blessés s'élève à plus de 4 millions, à cela s'ajoutent les veuves et les orphelins.

La France vient de récupérer l'Alsace Lorraine, laquelle conserve son régime de santé bismarckien. Une inégalité patente apparaît donc entre la région ainsi récupérée et le reste de la France, dépourvu, en ce temps, de couverture sociale.

C'est donc à partir de 1920, que naît la volonté par le gouvernement français d'étendre les principes d'assurances sociales à l'ensemble du territoire français. Le président du conseil Alexandre Millerand délègue cette responsabilité à Paul Jourdain (d'origine alsacienne) alors ministre du travail. Le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale est créé le 13 juillet de la même année. (1)

Il faudra près de 10 ans pour qu'une loi voit le jour. Cette lenteur s'explique de par un travail des parlementaires long et laborieux, opposant deux conceptions distinctes, l'une préconisant le rôle de la mutualité, l'autre en faveur du principe d'assurance obligatoire et la création d'organismes spécifiques gérés et financés par les assurés et l'état, ainsi qu'une troisième contribution à charge des entreprises. Le projet déposé en 1921 sera travaillé et débattu jusqu'au 9 juin 1927 par la commission parlementaire, puis encore remanié par le sénat, il donnera finalement naissance à la loi du 5 avril 1928, dont l'application est prévue au 5 février 1930.

De plus, tout au long de son élaboration, le projet est vivement critiqué. La population lui reproche de s'inspirer du système allemand de protection sociale, alors que les plaies de la grande guerre ne sont pas encore refermées. Les mutualistes y voient une remise en cause de leur mission. Les patrons ne sont pas favorables à

l'idée d'un financement collectif des risques sociaux. Les syndicats suspectent une diminution de l'autonomie ouvrière. Le corps médical craint l'apparition d'un contrôle total des dépenses de soins et de l'activité médicale par les organismes de protection sociale. Et le monde agricole demande à voir sa spécificité propre reconnue aussi bien pour le financement que l'organisation de l'assurance maladie.

Cette loi pose les principes de l'assurance maladie et institue la mise en place d'une prévoyance sociale obligatoire couvrant la maladie, l'invalidité, la maternité et les conséquences des accidents, ainsi que le risque vieillesse. L'assuré a le droit de souscrire à une assurance complémentaire auprès des mutualités. (2)

Elle concerne les ouvriers dont le revenu annuel ne dépasse pas un « seuil de respectabilité » fixé à 15 000 francs de l'époque (soit 8571,91 euros).

Le système est géré au niveau national par une caisse générale, qui délègue aux caisses départementales uniques auxquelles se rattachent les caisses primaires.

Avant la date d'application de cette loi, les opposants (corps médical et agriculteurs) obligent le gouvernement à réformer la loi. (3)

Donc un nouveau projet est porté au sénat en mars 1930, la nouvelle loi qui en découle (votée le 25 avril 1930) est promulguée le 30 avril 1930 et publiée au journal officiel le 1^{er} mai, sa date d'application est fixée au 1^{er} octobre de la même année.

Elle reprend les grandes lignes de la loi de 1928, couvrant les mêmes risques, pour les ouvriers au revenu inférieur à 15 00 francs, mais s'étend à son conjoint et leurs enfants de moins de 16 ans. La garantie maladie porte sur les frais médicaux, pharmaceutiques, dentaires, et l'hospitalisation. Elle amorce un régime de prestations familiales et met en place une convention entre les caisses et les professionnels de santé afin de fixer les tarifs des différentes prestations, éliminant ainsi les stigmates d'une « médecine de caisse ». Un régime spécial est aussi créé pour les agriculteurs. La même année le ministère de la Santé Publique verra le jour.

C'est sous le régime de Vichy en 1942, que les droits d'affiliation seront ouverts à tous les ouvriers sans plafond de revenu, ainsi qu'à d'autres corps de métier comme les représentants de commerce, les vendeurs de journaux, les militaires ainsi qu'aux chômeurs. (2)

1.1.2 A partir de 1945 : la fondation de la Sécurité Sociale

C'est grâce à l'initiative du conseil national de résistance et de son programme de 1944 que naît la volonté d'établir un « plan complet de sécurité sociale ». Au lendemain d'une guerre au bilan désastreux, s'ajoutent les inégalités sociales d'une France en reconstruction et la prise de conscience de la cruauté des allemands, l'idée de « sécurité sociale » fait l'unanimité.

Ainsi à partir de la fin de la deuxième guerre mondiale, et des ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945, naît la Sécurité sociale. Le premier texte pose l'organisation de la nouvelle structure administrative et le deuxième énumère les prestations prises en charge par les assurances sociales. Par rapport à 1930, le compromis d'affinité avec les mutuelles est supprimé mais on assiste bien à un désir d'étendre les dispositions en matière d'assurances sociales. (3)

Le ministère de la Sécurité Sociale est créé dans ce contexte.

Mais il faut prendre en compte la loi du 22 août 1946 relative aux prestations familiales, et celle du 30 octobre 1946 concernant les accidents du travail et maladies professionnelles, pour comprendre la volonté d'unifier les différentes législations sociales, considérées comme indépendantes. La caisse nationale de sécurité sociale se voit donc confier les cinq fonds nationaux correspondant aux différents risques :

- L'assurance maladie,
- Les accidents du travail et maladie professionnelle,
- Les allocations familiales,
- Les actions sanitaires et sociales,
- La prévention.

Les bases du régime général sont établies par les ordonnances de 1945, sans qu'il y soit précisée l'appellation de « général », il y est décrit comme un régime se devant de couvrir l'ensemble de la population française. Les régimes spéciaux (agricole) sont maintenus. Mais d'autres catégories se voient rattachées au régime principal comme les fonctionnaires et assimilés, les ouvriers de l'état, les agents des collectivités territoriales, agents EDF GDF, mais conservent des modes de gestion spécifiques. De plus, les pouvoirs publics s'octroient, dans les textes, la capacité de régulation des tarifs en matière de santé. (4)

La loi du 22 mai 1946 réaffirme la règle d'universalité, cette généralisation ne se fera pas, puisque dès décembre 1946, une proposition établit la volonté de créer des structures de sécurité sociale distinctes pour :

- Les salariés du commerce et industrie,
- L'agriculture,
- L'artisanat,
- Les chefs d'entreprises,
- Les professions libérales.

Cette loi met en place l'assurance longue maladie, qui permet la prise en charge des soins et des indemnités journalières au-delà des 6 mois (prévus par l'assurance maladie « classique ») et cela pendant 3 ans à partir de la première constatation médicale de l'état pathologique. Les 2 réglementations différentes se verront fusionner pour donner la notion d'affection longue durée, concernant seulement le cancer, la tuberculose, les maladies mentales, et la poliomyélite, par la loi du 27 juin 1955. (2)

Le mouvement de généralisation de couverture sociale se poursuit, ainsi des législations relatives à des catégories de population paraissent pour les étudiants en 1948, pour les militaires et écrivains non-salariés en 1949 et les invalides, veuves et orphelins de guerre en 1954.

1.1.3 Les premières réformes de la sécurité sociale

Du fait du traité de 1957 constituant les bases de l'union européenne, avec la libre circulation de travailleurs dans les six premiers états membres, apparaît la nouvelle problématique des travailleurs migrants. Le centre de sécurité sociale des travailleurs migrants sera créé en France par les lois du 27 mars 1959 et du 21 septembre 1961. (2) (4)

Puis, il y a la création, en 1961, du régime obligatoire maladie maternité des exploitants agricoles non-salariés, et enfin en 1966 celui des non-salariés non agricoles, c'est-à-dire des artisans, commerçants, professions libérales, et bateliers. Ces deux nouveaux régimes s'inscrivent donc dans la volonté émise en 1945 de la généralisation de protection sociale maladie. De plus, les assurés retrouvent le choix libre de leur organisme de gestion.

A cela vient s'ajouter la réforme du 21 août 1967, constituée de quatre ordonnances, qui sépare les risques maladie, vieillesse et prestations familiales, en trois caisses nationales distinctes et autonomes, mais dont la gestion de la trésorerie est déléguée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

La loi du 24 décembre 1974 réamorce la généralisation de la sécurité sociale, ainsi que la volonté de rattacher tous les français à un régime, on y précise le principe d'harmonisation des régimes. En 1975, on définit les conditions d'affiliation de toutes les personnes ne bénéficiant pas encore d'un régime d'assurance maladie, cela concerne les jeunes demandeurs d'emploi, les veufs et veuves, les divorcés, les jeunes du service national, les détenus. Ces catégories seront complétées par la loi du 2 janvier 1978 définissant un régime particulier pour les membres de cultes et des congrégations religieuses. De même, elle accorde les droits au conjoint d'un assuré social, et institue l'assurance personnelle gérée par et pour le régime général. (2)

Il s'ensuit une période marquée par les plans de réforme sociale et de redressement, deux avancées majeures sont à retenir :

- La contribution sociale généralisée (CSG), qui introduit le principe de prélèvement fiscal (loi du 29 décembre 1990),
- Et le concept de « maîtrise des dépenses médicales », dont les lois du 4 janvier 1993 et du 18 janvier 1994 établissent des normes de régulation : les objectifs quantifiés nationaux, les références médicales opposables (sorte de guides de bonnes pratiques médicales), et le système de codage des actes, des pathologies et des prescriptions.

1.1.4 A partir de 1996 : la refondation

Puis une nouvelle série d'ordonnances (le plan Juppé en 1996) réorganisent la sécurité sociale, le fonctionnement de ses organismes, son financement, et les relations entre l'assurance maladie, les professionnels de santé et les établissements de soins. Elles légifèrent aussi sur une réforme de l'hospitalisation ainsi que sur le contrôle des dépenses de santé et signent l'apparition de la carte vitale et la carte professionnel de santé.

A l'initiative de la loi contre les exclusions de 1998, afin d'élargir le champ d'action de l'assurance maladie aux populations exclues des règles d'affiliation, la couverture maladie universelle (CMU) est créée par la loi 27 juillet 1999, son application est portée au 1^{er} janvier 2000.

Partant du constat que 700000 personnes n'avaient pas d'accès à un régime de base obligatoire et que près de 200000 n'ont pas de droit à l'assurance maladie, ce projet de lutte contre la précarité, accorde, à toutes personnes résidant en France depuis plus de 3 mois de manière stable et régulière, le rattachement gratuit au régime général, l'obtention d'une couverture complémentaire gratuite et une dispense de l'avance de frais médicaux. Les personnes sans domicile fixe peuvent en bénéficier en justifiant d'une domiciliation auprès d'un organisme agréé. La protection complémentaire concerne les plus démunis (plafond de revenu fixé par la loi), les

personnes qui touchent le RMI (affiliées d'office), les mineurs de plus 16 ans indépendants et autonomes et les étrangers en condition de régularité. (5)

De nouveau en 2004, la loi Douste Blazy va porter en 3 titres sur l'organisation de l'offre et la maîtrise des dépenses de santé, sur l'organisation de l'assurance maladie, et sur le financement. Confirmant et approfondissant les mesures de 1996, elle permet la création de la haute autorité de santé, de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, et de l'union nationale des professionnels de santé. Cette loi instaurera l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et concerne les personnes dont les revenus sont supérieurs (à hauteur de 15%) au plafond de la CMU

Peu de temps après vont suivre les plans Bertrand (2006) et Bachelot (2007) qui s'occuperont essentiellement de l'équilibre financier de l'assurance maladie.

La loi « hôpital patient santé et territoires » du 21 juillet 2009 traitera :

- De la modernisation des établissements de santé (statuant sur la coopération entre établissements et groupements de coopération sanitaire),
- De l'organisation territoriale du système de santé, créant ainsi les agences régionales de santé,
- De l'accès de tous à des soins de qualité (introduisant la notion de « pôle de santé » pour l'organisation des premiers secours),
- De prévention et santé publique, créant une fondation pour le développement des comportements favorables à la santé. (6)

La dernière grande réforme en date du 26 janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé portée par madame le ministre Marisol Touraine, se compose de cinq titres :

- La prévention et la promotion de la santé,
- La facilitation du parcours de santé français,
- Les innovations pour la pérennité du système de santé,
- Le renforcement de l'efficacité des politiques publiques et de la démocratie sanitaire,
- La mise en place de mesures de simplification et d'harmonisation.

Elle réaffirme la volonté de rassembler les acteurs de santé autour d'une stratégie commune et partagée, de lutter contre les inégalités sociales et territoriales, et d'améliorer l'état de santé de la population. Elle confirme les politiques de prévention et d'information des populations, de soutien et de valorisation de la santé au travail et de l'accès pour tous à la prévention, et d'amélioration de la qualité des soins en milieu carcéral.

En ce qui concerne le parcours de santé, elle fait mention de lutter contre les déserts médicaux, de garantir l'accès aux soins et de mieux accompagner les usagers, et de faciliter les échanges d'informations entre professionnels de santé.

Pour la pérennité du système, les innovations retenues intéressent la formation des professionnels de santé, la qualité des pratiques et le développement de la recherche en santé. (7)

2016, c'est aussi l'année de la réforme de la CMU. Depuis le 1^{er} janvier, elle est devenue la protection universelle maladie (PUMA). Les changements apportés sont d'ordre à simplifier l'affiliation des personnes travaillant et résidant en France, par la suppression de rattachement à un ayant droit et de la nécessité de justificatifs afin de faire valoir ses droits (au renouvellement annuel de la protection), ainsi que le maintien au régime même en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. (8)

1.2 Les différents régimes obligatoires de l'assurance maladie

Le système français d'assurance maladie se divise en plusieurs régimes différents, qui ont tous la particularité d'être obligatoires pour les catégories de population auxquelles ils sont destinés, et ce afin de garantir pour tous un accès minimal aux soins de santé.

Leur gestion est confiée à des organismes qui leur sont propres.

1.2.1 Le régime général

Le régime général de l'assurance maladie géré par l'assurance maladie, couvre plus de 80% de la population française, quelque-soit leur revenu ou leur état de santé. Il concerne les salariés de l'industrie et du commerce, ainsi que leurs ayants-droit (conjoint et enfants), et les protège des conséquences financières de la maladie, de la maternité, de l'invalidité et du décès.

Les bénéficiaires de l'allocation pour l'adulte handicapé y sont inscrits d'office.

Sa gestion s'effectue par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au niveau national, d'agences régionales de santé (ARS), et de caisses primaires de l'assurance maladie (CPAM). (2) (9) (10)

1.2.2 Le régime agricole

Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA). C'est en quelque sorte une mutuelle sociale et sanitaire sous contrôle de l'état qui s'occupe de protéger les professions agricoles, salariés et non-salariés (agriculteurs ou exploitants) ainsi bien sûr que leurs ayants-droit, des risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles (guichet unique pour simplifier les démarches des assurés).

A la caisse centrale de mutualité sociale agricole s'ajoutent des caisses départementales et/ou pluri-départementales chargées de la collecte des cotisations. (2) (9) (10) (11)

1.2.3 Le régime social des indépendants

Le régime social des indépendants (RSI) assure la couverture maladie de plusieurs catégories socio-professionnelles non-salariées, artisans, commerçants, industriels, et les professions libérales, et leurs ayants-droit (sous réserve d'inscription en qualité de conjoints collaborateurs et/ou de rattachement à l'assuré).

Régime à missions d'ordre public, il est administré par des représentants des assurés. La Caisse Nationale du RSI assure la gestion de vingt-six caisses implantées dans chacune des régions administratives de la France. (2) (9) (10) (12)

1.2.4 Les régimes spéciaux

Notre système comprend aussi l'existence de nombreux particularismes. Ces régimes spéciaux, administrés par des caisses propres à chacun, permettent pour la plupart une couverture pour l'ensemble de risques, et d'autres ne concernent que certaines prestations (Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents régimes spéciaux, leur organisme de rattachement et les risques couverts).

On citera pour la maladie :

- Le régime des militaires,
- Le régime des marins,
- Le régime de la SNCF,
- Le régime des clercs et employés de notaire,
- Le régime de la RATP,
- Le régime des cultes,
- Le régime d'EDF GDF,
- Le régime du sénat,
- Le régime de l'assemblée nationale,
- Le régime des mines. (2) (9) (10)

1.3 Les régimes et les aides complémentaires de l'état

1.3.1 Les régimes publics

1.3.1.1 La protection universelle maladie (PUMA)

Applicable depuis le 1^{er} janvier 2016, la PUMA remplace la CMU de base instaurée en 1999, elle en reprend les bases et se voit dotée d'un système d'accès simplifié, afin de garantir une couverture sans interruption, une affiliation au régime général et ce même en cas de changement de statut de l'assuré. (13)

Elle s'applique à toutes personnes travaillant ou résidant sur le territoire français, à cela s'ajoutent deux conditions :

- Résider de manière régulière, pour cela il faut justifier être de nationalité française, ou titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé les démarches en ce sens (par récépissé de dépôt de demande de titre par exemple),
- Et de manière stable, et ininterrompue depuis plus de trois mois en prouvant le caractère de résidence par bail de location, ou par 3 quittances de loyer, ou encore 2 factures successives (électricité, gaz ou téléphone).

Ce qui a changé par rapport à l'ancien régime :

- La simplification paperassière ; du moment que l'on remplit les deux critères susmentionnés à la première ouverture des droits, il ne sera pas demandé les années suivantes de justificatifs.
- La continuité des droits ; elle est garantie même en cas de changement de situation personnelle (divorce) ou de perte d'activité, l'assuré pourra toujours bénéficier de ce régime.
- La suppression du statut d'ayant-droit ; les personnes majeures voulant profiter de la PUMA n'ont pas besoin de justifier le rattachement à un ouvrant droit (ce principe ne s'appliquera qu'aux mineurs), les considérant comme des assurés à part entière. (10)

L'affiliation à la PUMA est gratuite si les revenus sont inférieurs à un plafond fixé et revalorisé chaque année. Pour 2016, il a été établi à 9611 euros. (8)

1.3.1.2 La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

C'est une couverture complémentaire gratuite à visée de faciliter l'accès aux soins des personnes aux plus faibles revenus. Pour en bénéficier, la personne doit remplir les conditions :

- De résidence stable et régulière en France, selon les mêmes critères que la PUMA,
- De ressources inférieures à un plafond fixé à 8653 euros, variable selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

Quant aux personnes touchant le revenu de solidarité active (RSA), elles n'ont pas besoin de justifier des conditions de ressources afin qu'eux et les membres du foyer puissent bénéficier de la CMUC. (8) (10) (13)

1.3.1.3 L'aide médicale de l'état

L'aide médicale de l'État (AME) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Elle vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande). Toute personne de nationalité étrangère de passage sur le territoire français peut faire l'objet d'une demande d'AME à titre humanitaire si son état de santé le justifie. (10)

L'aide médicale s'adresse à tout ressortissant étranger en situation irrégulière, ainsi que leurs ayants droit, conjoint et enfants, répondant aux critères :

- De résidence stable, ininterrompue depuis plus de trois mois sur le territoire français, par des quittances de loyer, facture de plus de trois mois,
- De ressources inférieures à un certain seuil fixé et défini en fonction de la composition de votre foyer et de votre lieu de résidence (et identique à celui de la CMUC),
- De la preuve d'identité et de celle des personnes à charge, par présentation de(s) passeport(s), carte(s) nationale(s) d'identité(s), ou copie(s) d'ancien titre de séjour. (8)

1.3.2 L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire et une assistance financière afin de payer une complémentaire santé à l'assuré qui en fait la demande ainsi que ses ayants droit peut être apportée.

Pour cela il faut remplir des conditions. Il faut apporter les preuves de résidence stable et ininterrompue depuis plus de trois mois en France, être en situation régulière, et disposer de ressources comprises entre le plafond de la CMUC et ce seuil majoré de 35% (ce seuil est variable selon le lieu de résidence et la composition du foyer). (8)

Les assurés ne peuvent choisir n'importe quelle complémentaire, et doivent donc décider entre dorénavant une dizaine de contrats différents (Annexe 2 : Les différentes complémentaires santé proposées par L'ACS). (10)

1.4 Les complémentaires santé d'organismes privés

1.4.1 Les mutuelles

Elles relèvent du code de la Mutualité. Représentant 86 % des organismes complémentaires santé mais seulement 59 % du marché correspondant, en raison du morcellement du secteur, les mutuelles et groupements mutualistes qui relevaient à l'origine de la charte de la mutualité de 1898 et continuent de fonctionner en vertu de l'autogestion, sont des organismes privés à but non lucratif qui ne peuvent pas pratiquer de discrimination en fonction de l'état de santé de la personne.

Ces organismes financent une couverture sociale complémentaire de la Sécurité sociale ainsi que des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, au moyen de cotisations dont le montant est indépendant des caractéristiques individuelles des adhérents. Les remboursements maladie représentent les deux tiers de l'activité des mutuelles, mais celles-ci peuvent aussi gérer des risques longs (vieillesse, invalidité, décès) et effectuer des opérations de prévoyance d'entreprise. (2) (8)

1.4.2 Les institutions de prévoyance

Elles relèvent du code de la Sécurité Sociale. Ce sont généralement de grandes institutions : elles représentent 17 % du marché de la complémentaire santé, alors qu'elles ne constituent qu'un peu plus de 4 % du nombre des organismes complémentaires. Parmi ces institutions, 12 ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 M €.

Organismes de droit privé à but non lucratif, elles assurent une couverture complémentaire, et sont gérées de manière paritaire par les représentants des salariés adhérents, d'une part, et des entreprises employeurs, d'autre part. Elles sont nécessairement constituées sur la base d'un accord collectif d'entreprise, mais l'adhésion des salariés n'est pas toujours obligatoire. Elles interviennent aussi sur les autres champs de l'assurance : retraite, décès, incapacité, invalidité. (2) (8)

1.4.3 Les sociétés d'assurance

Elles relèvent du code des Assurances. Ce sont des organismes complémentaires à but lucratif, qui n'ont pas de mission sociale comme les précédents. Elles sont donc exclues des comptes de la protection sociale. Pourtant, les mêmes règles prudentielles sont applicables à l'ensemble des régimes complémentaires.

Représentant près de 10 % des organismes complémentaires santé et 25 % du marché, les sociétés d'assurance sont très diverses : si 20 d'entre elles ont un chiffre d'affaire santé supérieur à 100 M €, il existe un grand nombre de structures dont l'activité santé est marginale. (2) (8)

2 Le renoncement aux soins dentaires

2.1 Définition du renoncement

Le renoncement s'impose depuis les années 1990 dans les études sur la protection sociale, et s'est élargi par le biais des médias et des acteurs politiques dans un contexte de dénonciation de l'injustice sociale et des inégalités d'accès aux soins.

Le renoncement aux soins, sujet d'actualité, occupant une place importante dans le débat public, se définit comme un acte volontaire et délibéré de la personne d'abandonner les soins, d'ignorer la nécessité de ceux-ci.

Deux notions le composent : le besoin et l'abandon.

Le besoin peut être exprimé par l'individu lui-même, faisant entrer une variable de connaissance, d'attribution de place et d'attente vis-à-vis de la santé propre à chacun. Il peut être diagnostiqué par un professionnel de santé.

Concernant l'abandon lui-même, relatif à l'individu, il s'explique par plusieurs critères d'aspect financier, démographique et d'information de la population. Plusieurs études ont été menées et mettent en évidence deux concepts : le renoncement barrière et le renoncement refus.

Le premier se précise par un ensemble de contraintes liées aux patients, ne permettant pas, ou ne facilitant pas l'accès aux soins. Le renoncement barrière rassemble les problèmes financiers, et de répartition démographique, ainsi que le contexte socioculturel et la capacité de réaction du patient face à sa situation.

Le renoncement refus est associé à la volonté d'éloignement ou d'autonomie face à la médecine moderne, on y regroupe la perception et la satisfaction des patients vis-à-vis des gestes médicaux. C'est la confrontation entre les problèmes de santé ressentis par la personne elle-même et les explications de prise en charge par le corps médical.

A noter que ces deux formes ne sont pas incompatibles, et que le comportement d'une personne qui refuse certains soins ou traitements, peut s'expliquer de par les deux types de renoncement. Par exemple, une incompréhension face à des explications médicales peut amener le patient à reporter les soins ne les jugeant pas prioritaires en raison de sa situation économique. (14)

2.2 Les études et leurs chiffres

2.2.1 L'enquête « statistiques sur les ressources et conditions de vie » de 2007

2.2.1.1 Présentation de l'étude

L'enquête « statistiques sur les ressources et conditions de vie » (SRCV) est la partie française du système communautaire EU-SILC (European union-Statistics on income and living conditions). Elle est menée tous les ans par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

L'enquête de 2007 constitue la 4ème année de collecte. Ce dispositif est une enquête de cadrage général abordant de nombreux thèmes sur les revenus, la situation financière et les conditions de vie des ménages. Elle permet d'élaborer une base de référence pour les comparaisons de distributions des revenus entre États membres de l'Union Européenne et pour les actions communautaires de lutte contre l'exclusion. Les données sont collectées annuellement au moyen d'une enquête en panel.

Elle se compose d'un questionnaire ménage et d'un questionnaire individuel. Le questionnaire ménage aborde les thèmes de composition familiale, des conditions de logement, des conditions de vie, et des revenus (non individualisables) sur l'année étudiée. Le questionnaire individuel aborde, lui, la biographie et les ressources culturelles, l'activité, l'emploi, la profession, les revenus (individualisables) sur la période de référence. Un module santé y est intégré dans lequel figurent des questions sur le renoncement aux soins médicaux et aux soins dentaires. (15)

La population étudiée regroupe des individus de 16 ans ou plus, résidant en France (toutes catégories confondues) et regroupe 10 498 observations.

2.2.1.2 Résultats et Analyse

D'après cette enquête, en 2007, près de 7% des plus de 16 ans ont déjà renoncé au cours de l'année à consulter un chirurgien-dentiste, alors qu'elles en ressentaient le besoin (Tableau 1). Cela équivaut presque à un rapport d'une personne sur dix. Les chiffres, pour comparer aux années précédentes ont peu varié.

Tableau 1 : Proportion de personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (données de 2004 à 2007)

En %

	Renoncement aux soins médicaux				Renoncement aux soins dentaires			
	2004 (1)	2005	2006	2007	2004 (1)	2005	2006	2007
Hommes	4,6	4,0	3,9	4,0	8,0	6,8	6,6	6,5
Femmes	4,3	3,6	3,6	3,3	7,1	6,5	5,9	6,7
Ensemble	4,5	3,8	3,7	3,6	7,5	6,6	6,2	6,6

(1) Proportion observée dans le sous-échantillon des répondants aux vagues 1 et 2.

Lecture : en 2004, 4,6 % des hommes interrogés ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux au cours des douze derniers mois.
 Champ : ensemble des individus de 16 ans et plus.
 Source : SRCV-Silc, vagues 1-4, 2004-2007, Insee (calculs des auteurs).

Au niveau des raisons qui ont conduit à ce comportement en 2007 (Tableau 2), l'obstacle financier apparaît en tête de liste (Tableau 3), puis la peur de consulter.

Tableau 2 : Raisons principales du renoncement aux soins

En %

	Renoncement aux soins médicaux			Renoncement aux soins dentaires		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Raisons financières	27,3	37,6	32,2	42,0	56,9	49,9
Délai, file d'attente	3,6	7,6	5,5	4,7	2,2	3,4
Manque de temps	23,3	16,5	20,1	8,3	6,0	7,1
Éloignement géographique, difficultés de transport	0,3	1,2	0,7	0,5	1,6	1,1
Peur	11,8	11,5	11,6	27,6	23,0	25,2
Attente d'une amélioration	22,5	15,3	19,1	5,8	2,9	4,2
Ne connaît pas de bon médecin / dentiste	1,1	0,6	0,9	2,1	1,0	1,5
Autres raisons	10,1	9,7	9,9	9,0	6,4	7,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : pour 27,3 % des hommes ayant renoncé à des soins médicaux au cours des douze derniers mois, la décision de ne pas consulter a été principalement motivée par des raisons financières.
 Champ : individus de 16 ans et plus ayant renoncé à des soins.
 Source : SRCV-Silc, vague 4, 2007, Insee (calculs des auteurs).

Les femmes représentent un pourcentage plus élevé que les hommes concernant le renoncement pour raison financière.

Tableau 3 : Part de renoncement aux soins pour raisons financières (données de 2004 à 2007)

En %

	Soins médicaux				Soins dentaires			
	2004 (1)	2005	2006	2007	2004 (1)	2005	2006	2007
Hommes	20,7	26,6	31,0	27,3	43,1	45,8	41,4	42,0
Femmes	39,0	43,9	39,6	37,6	56,4	57,5	55,7	56,9
Ensemble	29,9	35,2	35,3	32,2	49,7	51,8	48,5	49,9

(1) Proportion observée dans le sous-échantillon des répondants aux vagues 1 et 2.

Lecture : parmi les hommes ayant déclaré en 2004 avoir renoncé à des soins médicaux, 20,7 % ont invoqué des raisons financières.

Champ : individus de 16 ans et plus ayant renoncé à des soins.

Source : SRCV-Silc, vagues 1-4, 2004-2007, Insee (calculs des auteurs).

L'enquête démontre aussi (Tableau 4) que les personnes jugeant leur état de santé comme mauvais sont plus à même de renoncer à consulter un professionnel de santé. Il en est de même pour les personnes ayant une pathologie chronique, ou encore présentant des limitations dans les activités quotidiennes.

Tableau 4 : Taux de renoncement aux soins selon l'état de santé

En %

	Renoncement aux soins médicaux			Renoncement aux soins dentaires		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
État de santé perçu						
Très bon	3,5	1,7	2,7	4,6	3,9	4,3
Bon	3,6	3,5	3,5	6,2	5,9	6,0
Assez bon	5,6	3,9	4,6	8,6	8,7	8,7
Mauvais ou très mauvais	4,9	5,1	5,0	10,6	12,7	11,9
Maladie / problème de santé chronique ou de caractère durable						
Oui	4,7	4,2	4,4	9,1	9,4	9,2
Non	3,7	2,9	3,3	5,3	5,3	5,3
Limitations dans les activités quotidiennes						
Très limité(e)	4,6	4,2	4,4	10,5	14,3	12,7
Limité(e)	5,4	4,4	4,9	9,1	9,3	9,2
Aucunement limité(e)	3,7	3,0	3,3	5,7	5,4	5,6
Ensemble	4,0	3,3	3,6	6,5	6,7	6,6

Lecture : 3,5 % des hommes percevant leur état de santé comme « très bon » ont renoncé à des soins médicaux.

Champ : ensemble des individus de 16 ans et plus.

Source : SRCV-Silc, vague 4, 2007, Insee (calculs des auteurs).

Enfin elle met en parallèle (Tableau 5) renoncement et précarité, et constate que les personnes vivant sous le seuil de pauvreté ou percevant le revenu minimum d'insertion, ou encore ayant des problèmes financiers renoncent plus souvent.

Tableau 5 : Difficultés de condition de vie selon l'existence d'un renoncement aux soins

	En %				
	Renoncement aux soins médicaux		Renoncement aux soins dentaires		Ensemble
	oui	non	oui	non	
Contrainte budgétaire					
Perception de la situation financière du ménage : « y arrive difficilement » / « ne peut y arriver sans faire de dettes »	39,0	14,0	38,9	13,3	15,0
Revenus jugés insuffisants pour couvrir les dépenses courantes	39,1	17,0	41,4	16,2	17,8
Nécessité de puiser dans les économies pour équilibrer le budget	35,0	30,3	34,9	30,2	30,5
Découverts bancaires (au moins une fois par mois)	30,2	11,9	29,5	11,3	12,5
Part du revenu mensuel consacrée aux remboursements d'emprunts : plus de 33 % (1)	17,7	16,3	13,2	16,6	16,3
Ne disposer d'aucune épargne	25,7	17,1	31,2	16,4	17,4
Retards de paiement					
Factures (électricité, eau, gaz ou téléphone)	15,6	5,3	16,9	4,9	5,7
Loyers (1)	24,1	10,7	21,9	10,2	11,5
Versements d'impôts	8,4	2,8	7,5	2,7	3,0
Restrictions de consommation					
Les moyens financiers du ménage ne permettent pas ...					
de maintenir le logement à bonne température	13,9	4,4	12,9	4,2	4,7
de se payer une semaine de vacances, au moins une fois par an	54,6	28,2	56,2	27,2	29,1
de remplacer des meubles hors d'usage	60,2	28,7	60,7	27,6	29,8
d'acheter des vêtements neufs	28,9	9,9	28,6	9,3	10,6
de manger de la viande ou du poisson tous les deux jours	17,6	5,7	18,0	5,3	6,2
de recevoir des parents ou des amis, au moins deux fois par mois	22,4	7,7	22,6	7,3	6,3
d'offrir des cadeaux, au moins une fois par an	21,6	7,5	23,7	6,9	8,0
de posséder deux paires de chaussures	22,7	6,7	23,2	6,1	7,2
Avoir passé au moins une journée sans prendre un repas complet, pour des raisons financières, au cours des deux dernières semaines	12,5	2,2	9,1	2,1	2,5
Difficultés liées au logement					
Nombre de pièces inférieur au nombre de personnes	9,2	6,3	11,1	6,1	6,3
Absence de salle de bains à l'intérieur du logement	1,7	0,9	2,3	0,9	0,9
Absence de toilettes à l'intérieur du logement	1,3	1,0	2,0	0,9	1,0
Absence d'eau chaude	1,2	0,7	1,1	0,7	0,8
Absence de système de chauffage	2,3	1,6	2,7	1,6	1,7
Logement trop petit	23,6	12,9	22,4	12,7	13,3
Logement difficile ou trop coûteux à chauffer	36,9	21,4	36,1	20,9	21,9
Logement humide	27,6	12,6	27,4	12,4	13,4
Logement bruyant	26,9	16,9	28,1	16,6	19,2

(1) Pourcentage calculé parmi l'ensemble des individus appartenant aux ménages concernés par ce type de dépense.

Lecture : on a repris ici les vingt-sept indicateurs habituellement utilisés en France pour mesurer, à partir de l'enquête SRCV, la pauvreté en conditions de vie. 39 % des individus ayant renoncé à des soins médicaux vivent dans un ménage dont la situation financière est jugée difficile.

Champ : ensemble des individus de 16 ans et plus.

Source : SRCV-Silc, vague 4, 2007, Insee (calculs des auteurs).

Grâce à sa dimension longitudinale de 2004 à 2007, cette enquête montre que plus de 40% des personnes ayant renoncé une année aux soins dentaires, sont amenées à agir pareillement l'année suivante, dont 80% toujours pour la raison financière. (16)

2.2.2 L'enquête sur la santé et la protection sociale de 2012

2.2.2.1 Présentation de l'étude

Menée tous les deux ans par l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), cette enquête a pour mission d'établir un état de santé global rapporté à la population française.

Pour cela l'IRDES dispose pour l'année 2012 d'un échantillon de 23 047 individus, choisis au hasard, constitués d'assurés provenant des trois régimes principaux de l'assurance maladie (régime général, agricole, et des indépendants) ainsi que de bénéficiaires de la CMU et CMUC. L'échantillon est rendu représentatif à 95% de la population grâce à un système de pondération et avec l'aide de l'unité « méthode statistique » de l'INSEE.

Les questionnaires portent sur les caractéristiques des ménages et des logements, sur les revenus, sur la santé en général, et sur les habitudes de vie.

La méthode d'échantillonnage ayant changé depuis 2010, la comparaison entre les chiffres des années précédentes n'est pas possible.

Depuis 1992, l'IRDES s'intéresse à la notion du non-recours et a contribué à faire de celle-ci un indicateur de l'accès aux soins qui servira de base à l'élaboration de la CMU en 1999.

De plus, en 2012 l'IRDES a voulu affiner les questions en matière de renoncement afin d'apporter plus de précision sur le sujet. La question générale a été remplacée par des questions successives portant sur les types de soins médicaux les

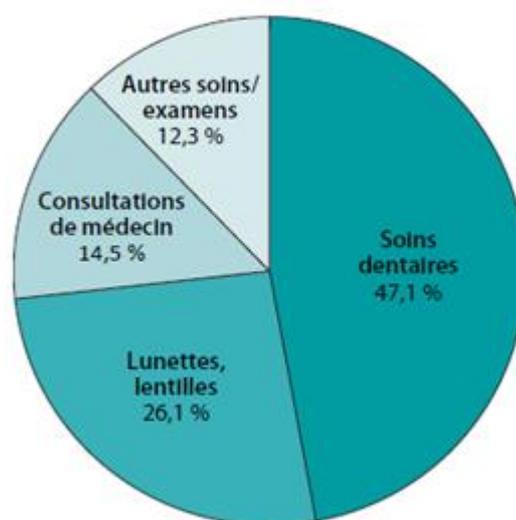
plus concernés par le renoncement. Et des nouvelles séries de questions s'intéressent aux différentes raisons autres que l'aspect financier. (17)

2.2.2.2 Résultats et analyse

Cette enquête santé et protection sociale (SPS) de 2012 permet de démontrer (Figure 1) que les personnes renoncent plus facilement aux soins dentaires qu'aux autres catégories médicales étudiées. (17)

Figure 1 : Répartition des motifs de renoncements par types de soins

Il s'agit d'une répartition des motifs de renoncement. Une personne pouvant avoir renoncé à plusieurs types de soins, les effectifs bruts par type de soins¹ sont supérieurs à celui des personnes ayant déclaré un renoncement.



¹ Soins dentaires : 1 513, Lunettes, lentilles : 881, Consultations de médecin : 455, Autres soins : 387.

Source: ESPS 2012.

Ainsi, rapporté à l'ensemble de l'échantillon (constitué de 8413 personnes ayant répondu) c'est un total de 17,7% des bénéficiaires de l'assurance maladie qui en 2012 se sont refusés à consulter un chirurgien-dentiste. L'IRDES nous offre la compilation de toutes leurs données relatives au renoncement pour raisons financières en fonction des différentes caractéristiques de la population étudiée (Tableau 6).

Tableau 6 : Personnes ayant renoncé à des soins dentaires pour raisons financières au cours des 12 derniers mois

Nombre de personnes ayant répondu = 8 413
Non réponses = 0

	Effectif brut	% pondéré	Indice à âge et sexe comparable
Variables sociodémographiques			
Âge			
18 à 39 ans	436	17,6	
40 à 64 ans	797	18,7	
65 ans ou plus	280	15,6	
Sexe			
Homme	572	16,1	
Femme	941	19,2	
Occupation principale			
Actif occupé	783	16,7	0,92
Chômeur	196	26,9	1,49
Retraité / veuf inactif	346	15,4	0,94
Femme / homme au foyer	93	21,7	1,15
Etudiant / enfant	21	12,4	0,70
Autre situation	74	32,7	1,78
Profession de la personne de référence du ménage			
Agriculteur	41	9,7	0,58
Artisan, commerçant	103	14,8	0,84
Cadre et profession intellectuelle	166	11,2	0,63
Profession intermédiaire	257	16,6	0,93
Employé administratif	171	21,1	1,17
Employé de commerce	143	25,7	1,41
Ouvrier qualifié	440	20,2	1,14
Ouvrier non qualifié	167	23,0	1,31
Inactif n'ayant jamais travaillé	22	20,3	1,20
Non renseigné	3		
Diplôme obtenu le plus élevé			
Aucun diplôme	255	23,6	1,36
Certificat d'études primaires (CEP)	141	16,7	1,01
1 ^{er} cycle : brevet jusqu'à CAP/BEP	566	20,0	1,13
2 nd cycle : baccalauréat	223	16,7	0,93
Supérieur	285	13,2	0,74
Scolarité / études en cours	21	12,6	0,71
Autre diplôme ou non renseigné	22		
Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintiles (indice OCDE)			
1 ^{er} quintile [0 - 926 €]	352	27,6	1,56
2 ^e quintile [926 - 1 264 €]	267	21,4	1,22
3 ^e quintile [1 264 - 1 600 €]	221	17,1	0,97
4 ^e quintile [1 600 - 2 120 €]	203	14,7	0,83
5 ^e quintile [2 120 € - Max]	113	8,6	0,49
Non renseigné	357	17,3	0,97

Variables sociodémographiques (suite)			
Type de ménage			
Personne seule	311	19,7	1,18
Famille monoparentale	178	26,7	1,45
Couple sans enfant	375	14,3	0,83
Couple avec enfant(s)	586	17,0	0,94
Autre situation	63	26,2	1,47
Zonage en aires urbaines			
Grands pôles	856	19,2	1,08
Espaces périurbains des grands pôles	374	16,0	0,90
Moyens/petits pôles	112	18,1	1,04
Espaces périurbains des moyens/petits pôles	95	14,4	0,82
Espaces hors de l'aire de l'influence des villes	76	15,8	0,90
Variables de protection sociale			
Exonération du ticket modérateur pour raison médicale			
Oui	397	21,4	1,28
Non	1 112	16,9	0,94
Non renseigné	4		
Présence d'une complémentaire santé (CS) privée ou de la CMU complémentaire (CMU-C)			
Bénéficie d'une CS privée	1 213	16,2	0,91
Bénéficie de la CMU-C	134	21,6	1,19
Ne bénéficie pas d'une CS	160	41,4	2,41
Situation indéterminée	6		
Variables d'état de santé			
Comment est votre état de santé en général ?			
Très bon	131	11,0	0,61
Bon	413	13,5	0,76
Assez bon	380	23,1	1,33
Mauvais	152	32,3	1,93
Très mauvais	18	36,0	2,32
Non renseigné	419		
Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?			
Oui	536	21,6	1,26
Non	514	13,6	0,76
Ne sait pas	39	23,3	1,31
Non renseigné	424		
Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?			
Oui, fortement limité	149	28,8	1,77
Oui, limité, mais pas fortement	289	22,1	1,28
Non	652	14,3	0,80
Non renseigné	423		
Ensemble	1 513	17,7	1,00

Source : Irdes-ESPS 2012

On remarque que d'une part, ce sont les femmes qui tendent le plus à renoncer, et d'autre part que les personnes âgées de plus de 65 ans font figure de bonnes élèves.

Au niveau des revenus perçus, on constate une régression progressive du non-recours, du premier au cinquième quintile, passant de 27,6% à 8,6%, affirmant ainsi que plus les revenus sont bas et plus les personnes ont tendance à renoncer. De plus ce sont les personnes sans activité/chômeurs qui sont les plus touchées.

Il en est de même pour le « degré d'éducation », ainsi les personnes n'ayant pas de diplôme sont plus concernées que les personnes ayant fait des études supérieures. Cette ressemblance peut s'expliquer du fait de l'étroite corrélation entre le niveau de vie et celui des études. Mais on peut aussi penser que les personnes ayant fait ou faisant des études sont peut-être mieux informées sur la santé et les risques.

Pour le rapport entre la santé et le renoncement, on observe que si les personnes s'estiment en mauvaise santé, et/ou présentent une maladie chronique, ou des limitations dans les activités quotidiennes, elles seront plus à même d'abandonner.

Enfin, on constate que le fait de disposer d'une complémentaire santé joue beaucoup dans la décision de consulter un chirurgien-dentiste.

Du fait de leurs nouvelles orientations en matière de renoncement, l'IRDES permet d'établir aussi qu'en 2012, 17,1% de la population étudiée (de 8413 personnes ayant répondu), ont renoncé en raison des délais d'attentes trop longs et 3% en raison d'un éloignement géographique. Ces deux chiffres concernent tous les types de soins confondus.

2.2.3 L'enquête de la DREES de 2013

2.2.3.1 Présentation de l'étude

On se rend compte à la lecture des deux enquêtes précédentes, de l'importance de la précarité et de l'obstacle financier dans la part de renoncement aux soins dentaires, ce qui en fait un indicateur majeur pour étudier l'accès aux soins.

Mais la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) s'est interrogée sur l'effet réel de la formulation des questions sur le renoncement. Ainsi à l'occasion de la mise en place du baromètre d'opinion de 2013, des items relatifs au renoncement ont été introduits dans leur questionnaire.

L'étude est réalisée selon une technique d'échantillonnage partagé (*split sample*). Une population globale de 4000 répondants est divisée en 4 sous échantillons (de 1000 individus) auxquels sont attribués un questionnaire aux formulations différentes (Tableau 7). (18)

Tableau 7 : Les différentes formulations utilisées pour chacun des 4 sous-échantillons

Jeu de formulation	Questions posées
Échantillon A Raisons financières du renoncement précisée d'emblée Types de soins précisés d'emblée	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins dentaires pour des raisons financières ? (déclinée 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins)
Échantillon B Raison principale du renoncement précisée dans un second temps Types de soins précisés d'emblée	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même à ... ? (déclinée 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins) • Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous avez renoncé à ... ? (déclinée au maximum 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins)
Échantillon C Raison financière du renoncement précisée d'emblée Types de soins précisés dans un second temps	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins pour des raisons financières ? • A quels soins avez-vous renoncé pour des raisons financières ? L'enquêteur décline les 6 postes de soins possibles.
Échantillon D Raison principale du renoncement précisée dans un second temps Types de soins précisés dans un second temps	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins ? • A quels soins avez-vous renoncé ? (6 postes de soins possibles) Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous avez renoncé à ce soin ? (déclinée au maximum 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins précédents)

Les types de soins proposés par l'enquêteur sont la chirurgie-dentaire, la médecine générale ou autre spécialité, la kinésithérapie, les achats de médicaments et autres soins.

Les raisons qui ont conduit les enquêtés à renoncer sont, dans l'ordre proposé :

- L'obstacle financier,
- La complexité,
- Les délais d'attente,
- La peur, appréhension de consulter un professionnel de santé,
- La décision d'attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes,
- L'absence de temps en raison de l'activité professionnelle ou familiale,
- L'éloignement des professionnels de santé,
- Autre raison.

2.2.3.2 Résultats

Sans surprise, aucune différence n'est mise en avant concernant les types de soins renoncés en fonction de la formulation des questions. Les soins dentaires arrivant toujours en tête, suivis par les frais d'optique. Il en est de même concernant les déterminants sociaux du renoncement aux soins. (18)

Tableau 8 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction de la formulation de la question (écart-type entre parenthèses)

	Raison financière précisée d'emblée	Raison principale précisée dans un second temps
Types de soins précisés d'emblée	A : 36 % (1,4 %)	B : 28 % (1,4 %)
Types de soins précisés dans un second temps	C : 31 % (1,4 %)	D : 21 % (1,4 %)

Note de lecture : 36 % des enquêtés ayant répondu à la version A de la question déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, pour des raisons financières. La version A correspond à un questionnement dans lequel la raison financière et le type de soins sont précisés d'emblée (cf. tableau 1).
Source : Baromètre d'opinion Drees 2013.

Par contre, l'étude montre bien un lien entre le taux de renoncement pour raisons financières et la formulation même des questions (Tableau 8 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction de la formulation de la question (écart-type entre parenthèses)).

Démontrant ainsi que plus la question est précise plus le taux est élevé, avec une différence allant jusqu'à 15%.

Indicateur majeur pour les problèmes d'accès aux soins, le taux de renoncement pour raisons financières se compose par les réponses à des questions subjectives, dépendant des représentations individuelles (sur les soins, le renoncement, le besoin...), et dont la formulation même influence directement l'enquêté.

2.3 Les raisons du renoncement aux soins dentaires

Les trois études présentées s'attardant sur des notions différentes, il est justifié de les confronter les unes aux autres afin d'apprécier les différentes raisons du renoncement.

Ainsi on peut mettre en évidence trois grandes catégories.

2.3.1 Les raisons socio-économiques

2.3.1.1 L'obstacle financier

Le coût élevé des traitements (pris à part ou ensemble dans un plan de traitement), le dépassement d'honoraires, la notion de reste à charge, contribuent certainement au fait qu'une partie de la population perçoive les soins dentaires comme onéreux voire inabordables en fonction de leur revenu mais aussi de la place dédiée à leur santé. (19) (20)

2.3.1.2 La précarité

Se définissant comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Wrezinski), la précarité se caractérise par de mauvaises conditions de vie (insalubrité, problème financier, problème pour s'alimenter). On comprend que les personnes en situation précaire renoncent à consulter en raison d'une non priorité à la santé. (21) (22)

2.3.1.3 L'absence de complémentaire santé

On le voit bien au travers des enquêtes menées par l'IRDES, le fait de ne pas posséder de complémentaire est un frein à la prise en charge de l'individu. Le niveau de remboursement des soins dentaires par l'assurance maladie est jugé insuffisant par les particuliers. De par leur taux de remboursement revu à la hausse et propre à chacun, on conçoit bien le rôle protecteur bénéfique des complémentaires, encore faut-il pour cela choisir un contrat adapté à ses besoins et à ses moyens. (17) (18)

2.3.2 Les raisons psycho-cognitives

2.3.2.1 La peur du chirurgien-dentiste

La stomatophobie constitue selon l'enquête SRCV de 2007, la deuxième raison majeure du renoncement. Cette appréhension, réelle ou fantasmée, s'explique au travers de la crainte de la douleur, des instruments, de leurs bruits, des soins et des désagréments occasionnés. Allant de la simple crise d'anxiété à la perte de connaissance, elle peut être la conséquence d'une mauvaise expérience passée, relevée de l'imaginaire, ou encore de la résultante de propos tenus par des proches ou encore les médias. (16) (23) (24)

2.3.2.2 L'embarras

Plus précisément, l'embarras de confronter son état de santé buccodentaire à un chirurgien-dentiste. Il existe souvent un sentiment de dépendance et d'infériorité face au corps médical, et certains appréhendent une critique ou un jugement sur leur état, une remise en cause de leurs habitudes de vie et d'hygiène. On assiste alors à des reports de rendez-vous, une préférence à l'automédication. Le patient ne consultera que lorsque la douleur sera devenue insupportable. Cela peut s'apercevoir de par les enquêtes SRCV et SPS quand on constate que plus les personnes s'estiment en mauvaise santé et plus elles auront tendance à renoncer. Cela sous-entend une notion

de mauvaise estime de soi qui engendre cette situation de non-priorité à la santé, et cela sera d'autant plus fort que la personne est en situation précaire. (16) (17) (25)

2.3.2.3 Le niveau de compréhension

La compréhension de l'utilité d'une thérapeutique mais aussi de la nécessité de se soigner et de consulter, est directement liée aux informations relatives données par le praticien et a fortiori au degré d'éducation du patient. De fait les individus plus éduqués identifient et déclarent plus facilement leurs besoins en soins. On peut parler ici « d'illettrisme de la santé ». Ces patients, en plus de l'ignorance de leur état pathologique, auront du mal à comprendre le langage des professionnels (vocabulaire technique et plan de traitement) ainsi que les consignes données (ordonnances ou conseils d'hygiène). (21) (26)

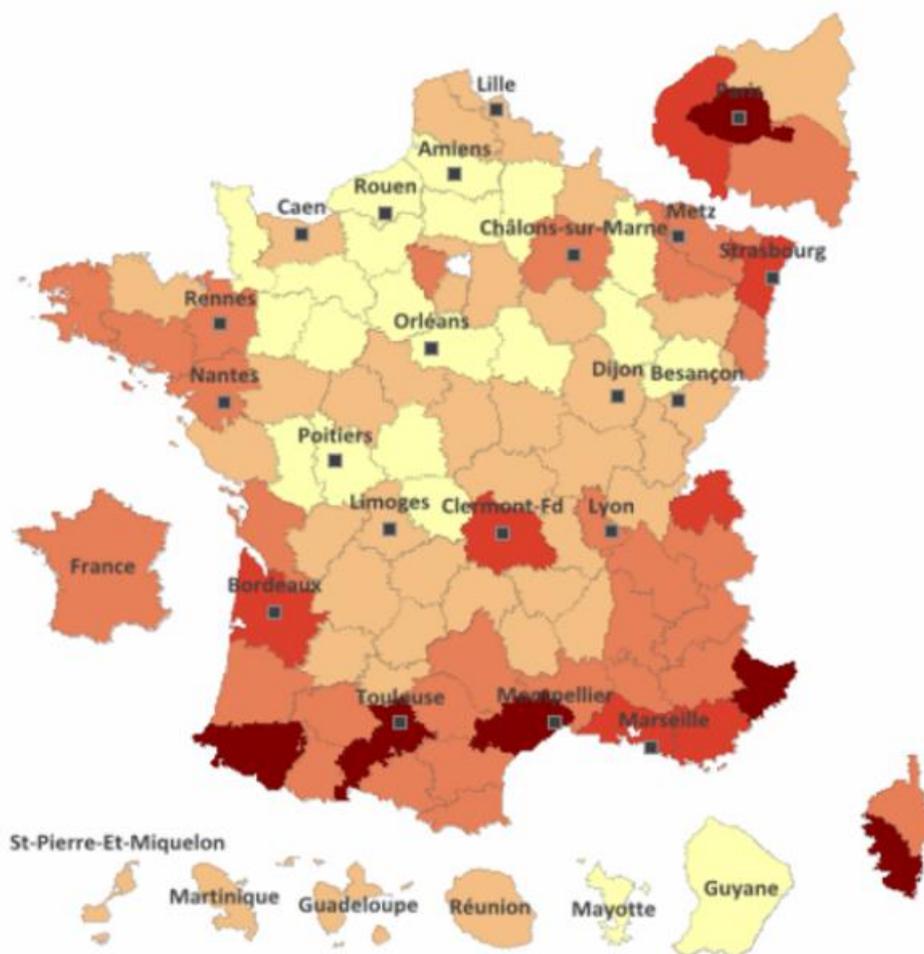
On peut ajouter à cette raison spécifique de compréhension, un autre problème qui est celui de l'information des plus démunis. Ces personnes ignorent généralement leurs droits en matière de protection et de couverture maladie, et n'y recourent pas alors qu'ils entrent dans les catégories délimitées par les législations en matière de protection maladie, de couverture complémentaire ou d'aide médicale. (27)

2.3.3 Les raisons « espace-temps »

2.3.3.1 L'éloignement

L'inégalité de répartition territoriale des chirurgiens-dentistes constitue une barrière à l'égalité de l'accès aux soins pour tous. Ainsi certaines régions se trouvent en manque de professionnels, obligeant les patients à parcourir plusieurs dizaines de kilomètres afin de bénéficier d'une consultation. Ainsi au 1^{er} janvier 2016, des 42 076 chirurgiens-dentistes répertoriés en France (source DREES), 50% exercent dans des agglomérations de plus de 200 000 habitants, à l'opposé seulement 18,8% en zones rurales ou communes de moins de 10 000 habitants. Au niveau des cartes de répartitions sur l'ensemble du territoire (Figure 2) le constat est flagrant, et met en évidence, outre un clivage nord/sud, des régions sous dotées en chirurgiens-dentistes (moins de 45 pour 100 000 habitants). (28) (29) (30)

Figure 2 : Répartition démographique des chirurgiens-dentistes sur l'ensemble du territoire français



**Nombre de chirurgiens dentistes
pour 100 000 habitants**

- inférieur à 45
- entre 45 et 60
- entre 60 et 75
- entre 75 et 90
- supérieur à 90

2.3.3.2 La mobilité

Alors que dans l'enquête SRCV de 2007, ce problème est relié à la notion d'éloignement, sous entendant un problème de distance et l'absence de moyen de transport personnel, on se doit de se poser la question du renoncement lié à la mobilité. Cette idée fait référence aux personnes dépendantes comme les individus présentant des handicaps moteurs lourds (et s'associe dans ce cas à la thématique de mise aux normes des cabinets) ou encore des personnes âgées qu'elles soient alitées (à leur domicile ou en institution) ou ayant des problèmes de motilité. (31)

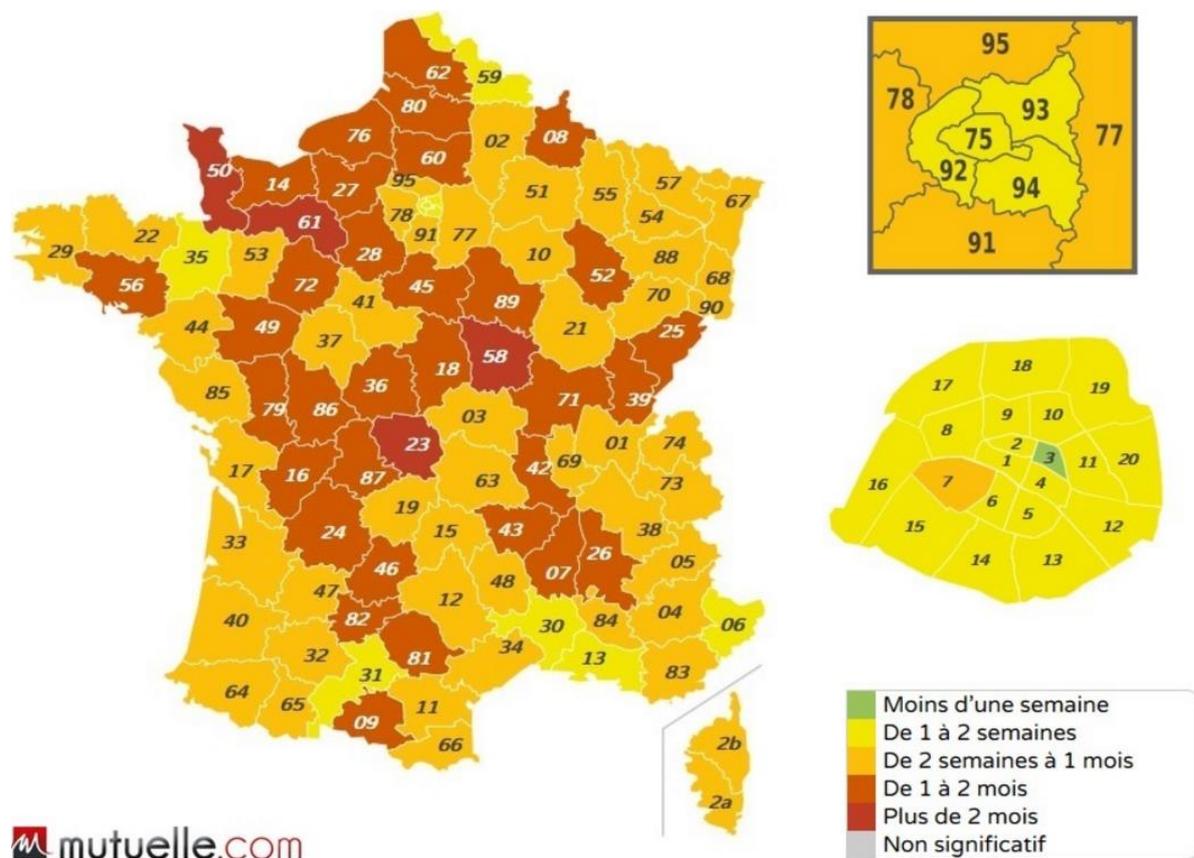
2.3.3.3 Le temps

Les raisons de temps se composent de deux concepts, l'un attribué au manque de temps lié à l'activité professionnelle du patient est à mettre en rapport avec les emplois du temps des chirurgiens-dentistes eux-mêmes, l'autre s'explique par les délais pour fixer un rendez-vous.

Le premier peut se comprendre au travers du fait que tous les praticiens ne peuvent pas recevoir tous leurs patients actifs aux horaires de prédilection correspondant à la fin d'une journée de travail, c'est-à-dire entre 18 et 20h (soit parce qu'ils sont complets, soit parce qu'ils ne font pas partie de l'emploi du temps du dentiste).

Le deuxième s'explique de lui-même, le délai moyen par région à l'échelle du territoire (Figure 3) varie entre 2 semaines et un mois, mais dans plusieurs départements il peut s'étendre à plus de deux mois (à trois mois dans la Creuse et la Nièvre). Un délai important entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même peut constituer un frein à la motivation du patient de consulter, et plus ce délai est important plus le patient a de chance de l'oublier. (5) (32) (33)

Figure 3 : Répartition du délai moyen de rendez-vous chez un dentiste sur l'ensemble du territoire français



3 Des solutions pour l'accès aux soins dentaires en France

3.1 La Prévention

3.1.1 Définition

La prévention se définit comme l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en place afin d'empêcher ou de réduire l'apparition, l'aggravation des risques liés aux maladies ou à certains comportements et leurs conséquences à long terme.

Comme le dit le proverbe « mieux vaut prévenir que guérir », la prévention reste la première solution pour contrer le renoncement. Il existe un lien causal bénéfique entre celle-ci et l'état de santé buccodentaire ressenti et selon les enquêtes citées précédemment, les personnes ayant une bonne perception de leur état de santé déclarent moins de renoncement. (34) (35)

3.1.2 Les acteurs

3.1.2.1 L'assurance maladie

3.1.2.1.1 Le dispositif « M'T dents »

Ce dispositif, mis en place par l'assurance maladie en 2007, repose sur des consultations triennales de 6 à 18 ans et des soins (conservateurs) consécutifs intégralement pris en charge et sans avance de frais, ainsi que de missions de prévention en milieu scolaire par des intervenants de santé et l'UFSBD. Le but est de créer et de pérenniser un lien de confiance entre les praticiens et les enfants. (10)

Alors qu'en 2013, près de 250 000 enfants avaient profité de cette prévention dans leurs écoles, une coupe budgétaire, la Convention d'Objectif et de Gestion entre l'Etat et la CNAMTS (COG) 2014-2017, la jugule de manière drastique en 2014. Dorénavant ce ne seront plus que 20 000 enfants situés en zone défavorisée (zone d'éducation prioritaire) qui bénéficieront de séances d'éducation et d'information. (36)

De son côté la MSA, suite au constat que 42% des enfants de 6 ans ayants droit de leur réseau ne consultent pas de chirurgiens-dentistes alors qu'ils y sont invités, renforce le dispositif « M'T dents » et leur propose donc des consultations triennales de 7 à 13 ans pris en charge sur la base d'un forfait de 30 euros. Et si des examens complémentaires ou des soins consécutifs sont nécessaires, ils seront facturés à part et pris en charge selon les modalités habituelles. (37)

3.1.2.1.2 La prévention pour la femme enceinte

La prévention concerne aussi les femmes enceintes. Depuis 2013, elles peuvent, dès lors qu'elles ont déclaré leurs grossesses auprès de l'assurance maladie, bénéficier d'un examen bucco-dentaire, lui aussi intégralement pris en charge et sans avance de frais, à réaliser entre le quatrième mois et jusqu'à douze jours après l'accouchement. Cet examen consiste en un bilan complet dentaire et gingival et comprend aussi des conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, ainsi que des informations sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance. (10) (38)

Une limite évidente apparaît alors si la consultation met en évidence une prise en charge importante et urgente, sachant que certains actes ne sont pas réalisables lors d'une grossesse, cette prévention ne devrait-elle pas se réaliser en amont même du projet gestatif ?

3.1.2.1.3 Le bilan de santé gratuit de l'assurance maladie

Il fait partie intégrante de la législation depuis 1945, selon l'article L321-3 du code de la sécurité sociale et s'adressait aux bénéficiaires du régime général. Il a été étendu depuis et, de nos jours, toute personne le souhaitant et ce quel que soit le régime de rattachement, peut en faire la demande auprès de l'assurance maladie. Certaines catégories y sont prioritaires telles que les jeunes de 16 à 25 ans, les bénéficiaires du RSA et de la CMUC, les chômeurs, les personnes invalides ou handicapées et les personnes âgées.

Il consiste en un bilan de santé complet, dont les examens sont adaptés en fonction de la personne, et comprend aussi bien un examen biologique (sang, urine), médical, paramédical (vue, audition) et dentaire. Un compte rendu est donné et expliqué à la fin, lors d'un entretien avec un professionnel de santé, ainsi qu'une orientation vers les centres de soins adaptés aux besoins de la personne. (39) (40)

Il se réalise dans les centres partenaires de l'assurance maladie. Pour le nord, et en particulier la CPAM Lille-Douai, il se réalise soit au Centre d'Examens de Santé Eliane Andris à Douai, soit au Centre de Prévention et d'Education pour la Santé de l'Institut Pasteur de Lille. (10)

3.1.2.2 L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

L'UFSBD est une association de chirurgiens-dentistes de portée nationale, fondée en 1966, dont le but est d'améliorer la santé de la population par la promotion de l'éducation de la santé bucco-dentaire. De par des missions diverses et variées, elle a la volonté d'intervenir tout au long de la vie (des enfants aux personnes âgées) et dans différents milieux de vie (des écoles aux EHPAD, mais aussi en milieu carcéral). Elle s'impose comme un acteur primordial de la prévention avec pour objectifs principaux la sensibilisation à l'hygiène et la prise de contact avec les chirurgiens-dentistes. (41)

Ainsi l'UFSBD propose pour les tout-petits, en partenariat avec Harmonie Mutuelle, la campagne « Premières Dents » composée de 3 consultations gratuites (à 6 mois, 2 et 3 ans) ayant pour objectifs d'habituer l'enfant le plus tôt possible au contact des praticiens dentaires, de responsabiliser les parents sur l'hygiène bucco-dentaire et la nutrition de l'enfant, et d'insister sur l'importance de contrôles réguliers et de l'évaluation du potentiel carieux. Elle intervient aussi en crèches et maternelles afin de rappeler ces objectifs aux parents et aux personnels encadrants.

En complément du programme « M'T Dents », l'UFSBD propose pour les enfants de 6 à 12 ans, en écoles primaires et collèges, des missions de sensibilisation et d'information sur l'importance des bilans réguliers et visites préventives chez les

dentistes, de l'hygiène bucco-dentaire, du rôle du fluor, et sur l'impact de l'alimentation sur l'état bucco-dentaire.

Pour les jeunes et adolescents, elle organise des séances d'éducation collective afin de rendre compte de l'importance des contrôles, de lever l'appréhension du chirurgien-dentiste, des rappels en matière d'hygiène bucco-dentaire (brossage régulier et rôle du fluor), d'hygiène alimentaire (impact du grignotage, sodas) et de sensibiliser aux addictions (drogues et alcool).

L'UFSBD s'engage aussi auprès des personnes en situation de handicap et leurs parents, en leur proposant des séances de sensibilisation, de dépistage et d'information à l'hygiène adaptée à cette population. Elle intervient auprès du personnel soignant des centres ou maisons d'accueil en apportant une formation afin de faire acquérir ou compléter les connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'intégrer celle-ci au projet médical des établissements. Dans ce but elle crée l'opération « Tout Sourire », en partenariat avec la Croix-Rouge Française et Freedent (filiale Wrigley) et signe en 2015 avec les différents organismes de la profession dentaire, la charte de prise en charge de la personne handicapée (Annexe 3 : Charte de Prise en charge des personnes handicapées).

Auprès des personnes âgées résidant en EHPAD, elle s'engage à améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire, à compléter les connaissances des personnels encadrants et crée le projet « Sourire et Bien Vieillir » (en partenariat avec la Croix-Rouge Française et Philips). (41) (42)

3.1.2.3 Les Comités d'hygiène bucco-dentaire

Il existe des structures de prévention à portée locale et départementale, ce sont les comités d'hygiène bucco-dentaire qui s'organisent afin de réaliser une prévention ainsi que des dépistages en milieu scolaire pour les enfants et aussi pour les adultes. Lors de leurs missions, ils sont amenés à informer les personnes en matière de santé bucco-dentaire (sensibilisation des risques et informations de bonne santé), renseignent sur les techniques de brossage et le matériel adapté et réalisent même au sein des structures qui les accueillent des bilans de dépistage.

3.1.2.4 Le Secours Populaire Français

Le secours populaire français (SPF) fait de l'accès aux soins l'une de ses priorités. Ainsi dans ses permanences d'accueil, implantées dans de nombreux départements, le SPF fait bénéficier, à toutes personnes en difficulté qui viennent les consulter, de missions de prévention bucco-dentaire, mais aussi de bilan de santé, de sensibilisation au tabagisme, à la contraception, à la nutrition, ainsi que des missions de dépistage (cancer et infections sexuellement transmissibles). Il s'engage aussi à les informer en matière de protection sociale (couverture maladie) en jouant le rôle d'un médiateur en leur facilitant l'obtention de leurs droits et en obtenant par une action des bénévoles des tarifs préférentiels en matière de complémentaire santé. Son réseau de bénévoles en santé, « les médecins du SPF », constitué de professionnels divers (médecins, dentistes, nutritionnistes ...), n'a pas pour but de soigner, mais va permettre d'identifier les besoins propres à chacun en matière de santé et les orienter vers les structures de soins appropriées à leurs besoins et à leurs moyens. (27)

3.1.2.5 Emmaüs

Emmaüs a pour vocation l'insertion sociale et professionnelle des plus démunis, les populations sans domicile. L'association s'engage sur plusieurs missions d'accompagnement social, de culture et de citoyenneté, d'aide au logement, de formation et joue donc un rôle important dans la lutte contre la précarité et l'exclusion. Elle dispose de nombreux centres d'hébergement ainsi que de centres d'accueils de jour répartis sur l'ensemble du territoire qui ont là leur intérêt, puisque les personnes y séjournant à long terme, peuvent utiliser ces adresses pour justifier de leur résidence stable et régulière en France, seule condition primordiale à l'ouverture de droit pour la PUMA, CMUC et AME. De plus les accueils de jour permettent l'orientation vers les structures de permanences d'accès aux soins. (43)

Enfin depuis 2013, Emmaüs solidarité (branche Ile-de-France et Loir-et-Cher) s'investit d'une mission d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des enfants fréquentant leurs centres ainsi que leurs parents (depuis 2015) et leurs fait bénéficier

de dépistage et bilan dentaire en partenariat avec l'UFSBD et Freedent (filiale Wrigley). (44)

3.2 L'offre de soins

3.2.1 Les Unités Mobiles

3.2.1.1 Le Bus Social Dentaire

Cette structure de soins dentaires et d'action sociale, intervenant exclusivement en Ile-de-France, se constitue de la réplique d'un cabinet traditionnel aménagé dans un camion (ou bus) de conception analogue à ceux de la médecine du travail. Ces équipements sont fournis par des dons de matériel des différents fournisseurs dentaires. (45)

Créé en 1996, il a été remis à neuf en 2002 grâce notamment au soutien financier de la ville de Paris. Ces objectifs n'ont pas changé depuis sa création et il permet de prendre en charge les soins dentaires à titre gratuit des plus défavorisés, trop souvent en situation d'urgence, de les aider à reconstruire un lien social, les informer sur leurs droits, les accompagner dans les démarches administratives pour l'obtention des droits médicaux (CMU ou AME...) et de les réorienter vers des structures fixes d'hébergements, d'accueils, ou de soins. Pour cela l'équipe se compose de chirurgiens-dentistes bénévoles ainsi que d'une assistante dentaire/coordinatrice sociale salariée. Les soins réalisés sont uniquement conservateurs ou de parodontologie ainsi que des avulsions, il ne propose pour le moment aucune offre de prothèse. Afin de recevoir les soins, il suffit de s'inscrire avec une pièce d'identité même étrangère sur le lieu des vacations et le jour même.

La difficulté majeure rencontrée reste l'impossibilité (matérielle ou administrative) d'amener le bus sur certains lieux d'intervention (difficulté de stationnement par exemple). Du fait de sa situation de prise en charge d'urgence, il ne permet pas de suivre de façon continue les personnes. A long terme, le bus dentaire voudrait développer des accords de partenariat avec des établissements sanitaires et sociaux.

En 2015, le bus a accueilli 2061 patients en Ile-de France, en effectuant un total de 320 vacations, auprès de centres médico-sociaux (samu social) ou associations caritatives (telles que Emmaüs ou Médecins du Monde). Sur ce total, 310 personnes étaient sans domiciles fixes, 103 vivaient en squats et 350 en centres d'hébergement (long ou court séjour), de plus 1401 n'avaient pas de droits ouverts en matière de protection sociale. (46)

3.2.1.2 Dent'Adom

Créée en 2013, l'association Dent'Adom se veut d'apporter les soins dentaires aux domiciles des personnes âgées et ou handicapées exclues des soins pour raisons de mobilité. L'association travaille en région parisienne et dispose d'un matériel complet et sophistiqué (fauteuil, radio, turbines, aspiration), nécessaire à la réalisation de l'ensemble des soins bucco-dentaires (avulsions, dévitalisations, prothèses, soins conservateurs, soins de parodontologie) et cela dans les meilleures conditions et garantissant toutes les précautions d'hygiène.

L'équipe d'intervention se compose d'un chirurgien-dentiste et d'un assistant dentaire et se rendent chez les particuliers à l'aide d'un véhicule utilitaire contenant le matériel. Les tarifs des actes sont les mêmes que ceux pratiqués en cabinet, à cela s'ajoute les frais de déplacements, 120 euros pour la première heure, et 100 euros pour les suivantes. (47) (48)

Créée au début par le docteur Gepner, l'association a été confiée depuis à Bluelinea, une société spécialisée dans les solutions innovantes en santé et social.

3.2.1.3 Incisiv

Forte de son expérience avec Dent'Adom, le docteur Gepner créé à la suite le service Incisiv dont le but, resté le même, est d'apporter une solution de prise en charge dentaire aux personnes dont la mobilité est réduite ou nulle. La nouveauté réside dans les lieux possibles du déplacement, puisque Incisiv ne se limite pas qu'aux

domiciles même des personnes et propose aussi de venir réaliser les soins en institutions ou EHPAD.

L'organisation et le fonctionnement reste sensiblement le même, ainsi que la zone d'intervention se limitant à l'Île-de-France, mais possède aussi une antenne à Lyon. Le service possède des équipes composées de dentistes et assistants qui se déplacent en véhicule utilitaire, transportant tout le matériel nécessaire, permettant ainsi la réalisation à domicile de diagnostics approfondis (appareil de radiologie mobile) et de tous les soins dentaires comme au cabinet, de l'extraction à la prothèse.

Incisiv propose aussi d'intervenir dans les établissements pour personnes âgées ou handicapées. Les équipes s'installent alors toute une journée et proposent des soins courants aux résidents, avec l'accord des familles ou des tuteurs.

Les tarifs sont les mêmes que ceux pratiqués en cabinet (hors dépassement d'honoraires pour les prothèses), les frais de déplacements aux domiciles sont facturés entre 115 et 175 euros en fonction de la zone géographique, et pour les institutions ils sont de 85 à 95 euros par personne. (49)

3.2.1.4 L'unité mobile de soins dentaires et du pôle de services mutualistes

Elle a été créée à l'initiative de l'unité territoriale 40 de la mutualité française, de l'agence régionale de santé, du conseil départemental des Landes, afin de répondre à la demande de soins dentaires dans le nord des Landes touché par une désertification médicale et particulièrement en matière de dentistes.

Ce « Bus dentaire » constitué d'un semi-remorque, accessible aux personnes handicapées et personnes âgées à la mobilité réduite en EHPAD, permet d'apporter les soins au sein même de son unité équipée de tout le matériel nécessaire aux personnes des différentes institutions de la région. (50) (51)

3.2.1.5 L'unité dentaire mobile du centre hospitalier de Sambre-Avesnois

En 2014, le projet est porté par le docteur Harle, chef du service d'odontologie du centre hospitalier de Sambre-Avesnois, suite au constat de non suivi des personnes à mobilité réduite notamment en EHPAD. Le but est encore une fois d'apporter les soins aux personnes âgées de 26 établissements.

Dépendant du centre Sambre-Avesnois, son fonctionnement est permis par la mobilisation des étudiants internes de chirurgie-dentaire de Lille effectuant les vacations, ainsi que celle des assistantes dentaires du centre qui ont pour obligation de passer le permis poids lourd, afin d'assurer les déplacements de l'unité.

Le camion est aménagé selon un cabinet type et dispose de tout le matériel (tube radio, turbines et aspiration) afin de réaliser l'ensemble des soins possibles aux populations des établissements ayant signé l'accord avec le centre hospitalier de Maubeuge. (52)

3.2.1.6 Le Buccobus de Rouen

Sollicité par l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie, la mutualité française Seine-Maritime et l'association réseau gérontologique de la rive gauche, ce dispositif est mis en place en 2012 afin de venir proposer des soins dentaires auprès des EHPAD de la rive gauche de Rouen (Sotteville-lès-Rouen, Saint Etienne du Rouvray, Grand Quevilly, Grand-Couronne et Rouen). (53) (54)

Le bus appartient à l'UFSBD, qui l'a équipé et le loue au réseau gérontologique de la rive gauche. (55)

3.2.1.7 Le Bus Handident Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

Mis en service en 2010 dans la région PACA, le bus Handident, à l'initiative de l'association du même nom, s'adresse aux personnes handicapées résidant dans plus

de 70 centres spécialisés de la région (établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, maisons d'accueils spécialisés et foyers d'accueils médicalisés).

Le bus dispose de tout l'équipement conforme à la réalisation de l'intégralité des soins dentaires. Il est accessible aux personnes handicapées, l'aménagement répond aux normes de conformité. Le bus dispose d'un hayon élévateur pour l'accès à l'unité de soin. (56)

3.2.2 Les centres de soins

3.2.2.1 Les Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS)

La loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998 est à la base de la création des PASS, dans lesquelles interviennent conjointement les acteurs sociaux et des professionnels de santé. Leurs objectifs sont de permettre l'accès à la prévention, au dépistage mais surtout une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins, mais ayant du mal à y accéder du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières. (57)

Les PASS sont donc un ensemble d'activités de soins, les patients sont examinés par des praticiens et reçoivent les soins adaptés à leurs états. Elles les accompagnent dans leur insertion sociale, les orientant vers d'autres structures adaptées à leurs situations (centres d'hébergements ou d'accueils) et facilitent la reconnaissance et l'obtention des droits en matière de couverture sociale. (5)

Les PASS s'intègrent au cœur même des établissements publics de santé ou des établissements privés assurant une ou plusieurs des missions de service public. Les soins sont prodigués gratuitement si la personne ne dispose d'aucune couverture.

Seulement quelques PASS proposent des soins dentaires (Annexe 4 : Liste des PASS Bucco-Dentaire et PASS généralistes ayant une activité bucco-dentaire en France métropolitaine). La première voit le jour au centre hospitalo-universitaire de Toulouse en 2000. En 2009 au vu de la demande de soins, la direction de l'hospitalisation du ministère de la santé et des sports réclame la mise en place d'une

dizaine de structures supplémentaires. Il existe 3 modes de fonctionnement distincts des PASS bucco-dentaires, soit elle est intégrée aux services de stomatologie ou d'odontologie de l'établissement, soit elle est rattachée à la pratique hospitalo-universitaire, soit elle est dispensée par un partenariat avec les collectivités locales et le conseil de l'Ordre. (58)

Outre la problématique des soins dispensés, le développement et le maintien des structures est confronté à différents obstacles : l'absence de cadre dans l'organisation des structures, le manque de transparence sur l'implication des finances et le manque d'effectifs. (59)

3.2.2.2 Les centres mutualistes

L'offre de soins mutualistes pour les soins dentaires regroupe plus de 460 cabinets sur 80 départements, employant près de 1700 chirurgiens-dentistes pour 1200 fauteuils et travaille en collaboration avec 45 laboratoires de prothèse. Un cabinet mutualiste, c'est tout simplement un ou plusieurs dentistes conventionnés agréés travaillant en collaboration avec les mutuelles.

Ils se veulent être une solution économique aux prix trop élevés dans le domaine de la santé. Ainsi les cabinets mutualistes s'engagent à pratiquer le tiers payant sur le régime obligatoire et permettent aux patients la dispense d'avance de frais des soins courants. Ils promettent aussi la réduction des restes à charge du patient, cette politique tarifaire repose sur des accords entre les mutuelles et les praticiens concernant les dépassements d'honoraires qui se doivent d'être maîtrisés.

Outre l'aspect financier, les cabinets mutualistes s'engagent à offrir une qualité de soins optimale en accord avec les bonnes pratiques codifiées par la Haute Autorité de Santé, et les praticiens se doivent de signer une charte de qualité mutualiste. (60)
(61)

3.2.2.3 Les centres de la Croix Rouge Française (CRF)

La Croix Rouge Française (CRF) est fondée en 1864 par Henry Dunant pour venir en aide aux victimes de conflits, mais aussi aider à la formation aux métiers de santé (formation des infirmières en temps de guerre). C'est une organisation internationale à but humanitaire, régie par 3 grands principes de comportement (l'impartialité, la neutralité et l'indépendance), ainsi que 3 principes d'organisation (le volontariat, l'unité et l'universalité). En temps de paix, elle trouve son intérêt dans l'accompagnement des plus démunis, de formation et de promotion de la santé. (62)

La Croix Rouge Française (branche territoriale de la Croix Rouge Internationale) souhaite, en plus de ces missions, permettre un accès aux soins. De ce fait elle ouvre en France et pour la santé bucco-dentaire 7 centres polyvalents : 6 en Ile-de-France (Villeneuve-la-Garenne, Antony, Meudon, Boulogne-Billancourt et Paris) et un à Marseille. Ces centres proposent tous la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire. Différents intervenants médicaux (médecins généralistes, dermatologues, cardiologues, gynécologues...) et paramédicaux (soins infirmiers, radiologie) y assurent des vacations.

Le fonctionnement des centres est similaire à ceux rattachés aux mutuelles, par le fait qu'ils pratiquent tous le tiers payant pour toutes les personnes affiliées aux régimes de l'assurance maladie, et qu'ils ont des accords préférentiels avec plusieurs organismes mutualistes (conventions mutuelles) afin de permettre une dispense partielle ou totale d'avance de frais.

Les centres accueillent aussi toutes les personnes rattachées à la CMU/PUMA, CMUC ou AME. (63)

Les centres limitent au mieux les dépassements d'honoraires, par exemple pour les prothèses, avec des accords de prix préférentiels signés avec les laboratoires prothétiques partenaires des centres.

3.2.2.4 Les centres de Médecins du Monde (MDM)

De par ses actions, l'organisation Médecins du Monde s'engage clairement dans la lutte contre l'exclusion et milite activement pour l'accès aux soins pour tous. Elle apporte aussi son soutien et son aide à de nombreuses initiatives de lutte et d'aide sociale. Dans ses rapports annuels, l'accès aux soins occupe une place importante et met en évidence les difficultés et obstacles de notre système de santé comme les difficultés et manquements des PASS ou encore le comportement de la profession. (64)

L'organisation possède 20 centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) répartis dans toute la France dont les missions sont d'accueillir, soigner et orienter les personnes en difficulté. Ils sont ouverts à tous, proposent une prise en charge médicale par des équipes pluridisciplinaires et facilitent aussi l'accès aux droits de la santé. (65)

Une partie seulement de ces CASO propose des consultations de chirurgie-dentaire, à savoir : Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nice, Strasbourg, Rouen et Nancy. Une particularité pour le centre de Nancy est qu'il travaille en collaboration étroite avec la faculté d'odontologie, et les consultations se font dans ses locaux. Les autres centres de France se contentent d'orienter les patients vers les structures adaptées aux besoins en soins bucco-dentaires (PASS, Urgences, ou autres associations de soins).

3.2.2.5 Une initiative humanitaire : l'aide aux réfugiés

Les réfugiés représentent la catégorie de population la plus stigmatisée en France, généralement ils ne parlent pas bien la langue et/ou ne la comprennent pas bien, et n'ont aucune information sur l'accès aux soins en France, cela entraîne une surabondance de problèmes en matière de santé.

Le camp de la Linière, premier camp aux normes internationales en France, situé à Grande-Synthe créé en 2016 à l'initiative de Médecins sans Frontières (MSF), MDM et du maire de la ville, est reconnu d'utilité par l'Etat. Le but est de convaincre les réfugiés de ne plus tenter leurs chances en Grande-Bretagne et de leur faire entrevoir

un futur en France. L'organisation depuis est gérée par Utopia 56 qui assure la coordination entre les différentes associations d'aide pour la distribution de repas, de vêtements, et des activités.

Le camp est équipé de crèches et écoles, ainsi que d'un centre de soins, mis en place et coordonné par MSF (des bénévoles de MDM et de la CRF y interviennent aussi), dont un cabinet dentaire, équipé grâce au soutien de l'aide odontologique internationale et animé par l'intervention de Dentistes sans Frontières (deux bénévoles) qui y assure des missions de prévention, dépistage et de soins. (66) (67)

3.2.2.6 La création de fauteuils en établissement d'accueil et d'hébergement

Pour permettre l'accès aux soins dentaires des populations à mobilité réduite et dépendante logées en établissements d'hébergements ou autres foyers d'accueils, on peut mentionner les initiatives de deux réseaux en France, l'Aide odontologique de suivi itinérant de soins (AOSIS) et le Réseau de services pour une vie autonome Basse-Normandie (RSVA) qui ont décidé de s'engager dans la création d'unités de consultations et de soins au sein même de certains établissements.

L'AOSIS est une association ayant pour but de venir en aide aux populations délaissés par le système de soins classique. Elle crée ainsi des cabinets en 2012 au relais Georges Charbonnier (foyer d'accueil pour personnes précaires), en 2013 à l'EHPAD du Pré Saint-Jean et en 2014 dans celle de la Grand'Maison des Sacrés Cœurs dans le département de la Vienne, afin d'apporter des soins (prévention, dépistage et soins courants) et d'assurer un suivi de ces populations. (68) (69) (70)

Le RSVA milite lui aussi activement pour la prise en charge des personnes institutionnalisées et s'organise en 2015 afin d'implanter quatre fauteuils dentaires au sein de quatre sites en Basse-Normandie : le Foyer d'Accueil Médicalisé de Saint-Ovin, l'EHPAD du Centre hospitalier d'Avranches-Granville, l'EHPAD du Centre hospitalier Spécialisé de Pontorson et celui de Saint-Senier de Beuvron. Dans un souci d'économie et d'« écologie », les fauteuils proviennent de cabinets en cessation d'activités. (71)

Conclusion

Notre système de Sécurité sociale et plus particulièrement d'assurance maladie s'inscrit dans un mouvement en constante évolution afin d'une part de couvrir la totalité de la population et d'autre part de participer activement à la promotion de la santé. Le renoncement aux soins dentaires apparaît comme un nouvel obstacle dans un contexte de santé publique, la santé dentaire participe à un bon état général et reste un facteur important dans le rapport aux autres et de confiance en soi. Focaliser les études au contexte financier du patient ou de tarification de la profession est une erreur, et ne permet pas une investigation plus approfondie de la diversité des étiologies possibles. Toutefois la barrière financière existe et se doit d'être mise en rapport avec les niveaux de remboursement de l'assurance maladie qui ne correspondent plus au contexte économique actuel et rend de plus en plus la santé tributaire des organismes complémentaires.

La Prévention est le premier moyen de lutte contre le renoncement, puisqu'il se compose d'une notion de besoin. Il serait judicieux de la primer et d'ancrer dans les consciences l'importance de rendez-vous de contrôle et dépistage, en amont même de toutes lésions ou processus douloureux, de renforcer l'éducation thérapeutique du patient qui reste l'acteur principal de sa bonne santé, dépendant avant toute chose d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Il semble donc nécessaire de favoriser les plans de prévention nationaux et locaux, frappés de manque de moyens et d'effectifs, soit en leur accordant des subventions plus élevées, soit en promettant une contrepartie avantageuse aux dentistes impliqués dans ces plans (une baisse de cotisation maladie par exemple).

Une deuxième solution consisterait en une évolution de la pratique de notre profession, cantonnée à l'exercice en cabinet privé, et s'inscrit dans le contexte d'apporter les soins directement aux personnes qui ne peuvent en profiter que ce soit par des unités mobiles ou même par l'ouverture de permanences de soins dans les lieux d'accueils et d'hébergements, mais aussi d'apporter des soins de manière bénévole à ceux qui en ont le plus besoin. Nous devons réaffirmer notre volonté de professionnels de santé : nous nous devons de soigner et de contribuer à la bonne santé de toute la population et cela quels que soient les moyens nécessaires.

Références bibliographiques

1. Dupeyroux J. Droit de la Sécurité sociale. 16ème Edition. Dalloz; 2008.
2. Millot R, Waternaux A, Bocquaire E. Assurance de santé : acteurs et garanties. 3e édition. 2012.
3. Bras P, Tabuteau D. Les assurances maladie [Internet]. Presse Universitaire de France; 2012. (Que sais-je ?). Disponible sur: https://www.puf.com/content/Les_assurances_maladie
4. Comité régional de l'histoire de la sécurité sociale des Midi-Pyrénées. La sécurité sociale des origines à nos jours [Internet]. 2005 oct. Disponible sur: <http://www.histoiresecump.fr/publications/colloque60ans.pdf>
5. Bach M-HG. Renoncement aux soins dentaires pour raisons financières ? Lille 2; 2002.
6. IRDES. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » [Internet]. 2015 sept. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
7. IRDES. Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
8. Grandguillot D. L'essentiel du droit de la Sécurité sociale. 15e édition. (Les carrés).
9. Assurance maladie en France : Prestation et condition [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.assurance-maladie.biz/assurance-maladie-en-france/>
10. Ameli. ameli.fr - l'Assurance Maladie en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/>
11. Mutualité sociale agricole. MSA - Découvrir la MSA [Internet]. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfr/decouvrir-la-msa>
12. RSI. Régime social des indépendants [Internet]. Disponible sur: <https://www.rsi.fr/>
13. CMU. CMU : couverture maladie universelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.cmu.fr/>
14. Després C, Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. oct 2011; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>
15. INSEE. Introduction : EU-SILC / SRCV, ambition et apport d'une approche longitudinale et transversale des revenus et des conditions de vie, en France et en Europe—Economie et Statistique n°469-470 - Statistiques sur les ressources

et les conditions de vie (EU-Silc/SRCV) | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377972?sommaire=1377989>

16. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. 2014;(N° 469-470). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989>
17. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 [Internet]. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: 556. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>
18. Legal R, Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation des questions [Internet]. 2015 Juillet. Report No.: N° 66. Disponible sur: <http://www.travail-prevention-sante.fr/mediatheque/3/8/0/000001083.pdf>
19. Théobald M. Combien gagnent réellement les dentistes ? Le Figaro. 12 avr 2015;
20. Consommateurs 60 Millions de. Les dentistes plombent le budget des ménages [Internet]. 60 Millions de Consommateurs. Disponible sur: <http://www.60millions-mag.com/2013/11/25/les-dentistes-plombent-le-budget-des-menages-7898>
21. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. 1998 Février. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001043.pdf>
22. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires. 2007;(53):3-49.
23. Badoun D. « Stomatophobie » ou phobie des soins dentaires. 2005;(7736):8-9.
24. Mizrahi A. Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins [Internet]. 1993 décembre. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1993/rap1005.pdf>
25. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. Sci Soc Santé. 2006;24(3):11-31.
26. Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre M-L. La santé bucco-dentaire en France. adsp. Juin 2005;(51).
27. Secours Populaire Français. Accès aux soins et prévention santé [Internet]. Secours populaire. 2013. Disponible sur: <https://www.secourspopulaire.fr/acces-aux-soins-et-prevention-sante>
28. solutionsmedicales.fr. La carte de France des chirurgiens-dentistes [Internet]. 2015 [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: <http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/la-carte-de-france-des-chirurgiens-dentistes>

29. CNSD. Les chirurgiens-dentistes en chiffres... [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>
30. ONCD. Cartographie [Internet]. Disponible sur: <http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartoncd/easy/portal/oncd>
31. Rode A. Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [Internet] [phdthesis]. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II; 2010. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/document>
32. Travail Prévention Santé. Renoncement aux soins : des temps d'attente toujours longs chez les médecins spécialistes [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.travail-prevention-sante.fr/article/renoncement-aux-soins-des-temps-d-attente-toujours-longs-chez-les-medecins-specialistes,10665>
33. mutuelle.com. Délais d'obtention de rendez-vous avec les spécialistes [Internet]. Mutuelle.com. Disponible sur: <http://www.mutuelle.com/outils/delais-obtention-rdv-specialistes.html>
34. Azogui-Lévy S. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000. Quest Déconomie Santé [Internet]. Mai 2005;(n°94). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>
35. Larousse É. Définitions : prévention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869>
36. UFSBD. Rentrée 2014 - Programme M'T Dents : La sensibilisation collective à la santé disparaît pour 250.000 enfants. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/Suppression-des-programmes-d'accompagnement-MT-Dents-%C3%A0-l%C3%A9cole-une-d%C3%A9cision-qui-inqui%C3%A8te-IUFSBD.pdf>
37. Ordre National des Chirurgiens Dentistes. La MSA renforce son dispositif M'T dents [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=640&cHash=809aaf5e0de0953b1824b9bccd2f3a87
38. Santé Pratique Paris. Un examen bucco-dentaire gratuit pour les femmes enceintes [Internet]. santé pratique Paris. 2014 [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: <http://sante-pratique-paris.fr/dossier/soins-dentaires-un-examen-gratuit-pour-les-femmes-enceintes/>
39. service-public.fr. Bilan de santé gratuit | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F170>
40. Bilan Santé. Bilan Santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.bilansante.fr/>
41. UFSBD. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp->

content/uploads/2014/06/Contribution-UFSBD-Strat%C3%A9gie-Nationale-de-Sant%C3%A9-10-avril-2014.pdf

42. UFSBD. Rapport moral de l'UFSBD [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/09/Rapport-moral_2014_210715.pdf
43. Emmaüs. Emmaüs France : Rapport d'activité 2013. 2013.
44. Emmaüs Solidarité. Soins dentaires pour les enfants de l'association [Internet]. Emmaüs Solidarité. 2016. Disponible sur: <https://www.emmaus-solidarite.org/soins-dentaires-pour-les-enfants-de-lassociation/>
45. Bus Social Dentaire. Bus Social Dentaire [Internet]. Disponible sur: <http://busdentaire.fr/>
46. Bus Social Dentaire. Bilan année 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://busdentaire.fr/images/BSD/bilan2015.pdf>
47. Handicap.fr. Des dentistes à domicile pour patients handicapés [Internet]. Handicap.fr. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/art-handicap-handicapes-dentaire-853-6295.php>
48. Le monde des aidants. Des soins dentaires à domicile... [Internet]. Disponible sur: <http://www.lemondedesaidants.com/actu-soins-dentaires-a-domicile.php>
49. INCISIV. Dentiste à domicile INCISIV – dentiste à domicile et en EPHAD [Internet]. Disponible sur: <http://soins-dentaires-a-domicile.fr/>
50. SudOuest.fr. Un bus pour avoir des dents saines là où manquent les dentistes [Internet]. SudOuest.fr. Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2015/11/19/un-bus-pour-avoir-des-dents-saines-la-ou-manquent-les-dentistes-2190858-4940.php>
51. Mutualité Française Landes. Unité Mobile de Soins dentaires [Internet]. Mutualité Française Landes. Disponible sur: <http://mutualite-landes.fr/unite-mobile-de-soins/>
52. La Voix du Nord. Une unité mobile veille sur la santé buccale des seniors de Sambre-Avesnois [Internet]. La Voix du Nord. Disponible sur: <http://www.lavoixdunord.fr/region/une-unite-mobile-veille-sur-la-sante-buccale-des-seniors-ia23b44386n1893976>
53. Mutualité Normandie. Buccobus : une unité mobile pour les soins dentaires [Internet]. Disponible sur: <http://www.normandie.mutualite.fr/Actualites/Buccobus-une-unite-mobile-pour-les-soins-dentaires>
54. Tendance Ouest. Rouen : un Buccobus pour des soins dentaires à domicile [Internet]. tendanceouest.com. Disponible sur: <http://www.tendanceouest.com/actualite-83851-rouen-un-buccobus-pour-des-soins-dentaires-a-domicile.html>

55. EDP. EDP Dentaire - La référence du monde dentaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.edp-dentaire.fr/actualites/1485-rouen-un-buccobus-pour-des-soins-dentaires-a-domicile>
56. Handident. Handident, le bus PACA [Internet]. Handident. Disponible sur: <http://handidentpaca.fr/>
57. Pfister V, Guiboux L, Naitali J. Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. *Inf Soc.* 4 juill 2014;(182):100-7.
58. Abdellatif W. Le renoncement aux soins dentaires en France : constat, raisons, conséquences et solutions. Reims Champagne-Ardenne; 2016.
59. Friedlander L, Llamas CN, Rillard F. Les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaires [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EHESP_BRECH_2012_01_0199
60. La Mutualité Française. Santé dentaire : la Mutualité Française s'engage pour des soins accessibles et de qualité [Internet]. La Mutualité Française. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/presse/Sante-dentaire-la-Mutualite-Francaise-s-engage-pour-des-soins-accessibles-et-de-qualite/>
61. Le réseau national des centres de santé mutualistes. Pourquoi se rendre dans un centre de santé mutualiste [Internet]. Disponible sur: <http://www.centres-sante-mutualistes.fr/offre-soins/pourquoi-se-rendre-dans-un-centre-de-sante-mutualiste-n305>
62. Pineau F. La Croix Rouge : 150 ans d'histoire. Autrement. 2014.
63. Croix-Rouge française. Croix Rouge française [Internet]. Croix-Rouge française. Disponible sur: <http://www.croix-rouge.fr>
64. Médecins du Monde. Observatoire 2014 de l'accès aux droits et aux soins en France [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2015/10/17/observatoire-2014-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france>
65. Médecins du Monde. Médecins du Monde [Internet]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr>
66. Benabent J. A Grande-Synthe, malgré un nouveau camp, les réfugiés ont encore les yeux rivés vers l'Angleterre [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.telerama.fr/monde/a-grande-synthe-malgre-un-nouveau-camp-les-refugies-ont-encore-les-yeux-rives-vers-l-angleterre,141397.php>
67. Dentistes Sans Frontieres. Grande-Synthe [Internet]. Disponible sur: <http://www.dentistes-sans-frontieres.org/missions/grande-synthe/>
68. Bernard M-C. Un fauteuil dentaire au Relais Charbonnier - 30/06/2012 - La Nouvelle République Vienne [Internet]. Disponible sur:

<http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2012/06/30/Un-fauteuil-dentaire-au-Relais-Charbonnier>

69. La Nouvelle République. Un fauteuil de dentiste pour l'Ehpad - 10/07/2013, Saint-Jean-de-Sauves (86) - La Nouvelle République [Internet]. Disponible sur: <http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Communes/Saint-Jean-de-Sauves/n/Contenus/Articles/2013/07/10/Un-fauteuil-de-dentiste-pour-l-Ehpad-1543262>
70. Hausseguy S. Un fauteuil de plus pour faciliter l'accès aux soins dentaires - 17/03/2014 - La Nouvelle République Vienne [Internet]. Disponible sur: <http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2014/03/17/Un-fauteuil-de-plus-pour-faciliter-l-acces-aux-soins-dentaires-1833340>
71. Installation de fauteuils dentaires en EHPAD, FAM, FOA, MAS [Internet]. Disponible sur: <http://www.rsva.fr/fr/fauteuils-dentaires-en--tablissements-gc115.html>

Table des figures

Figure 1 : Répartition des motifs de renoncements par types de soins	34
Figure 2 : Répartition démographique des chirurgiens-dentistes sur l'ensemble du territoire français.....	43
Figure 3 : Répartition du délai moyen de rendez-vous chez un dentiste sur l'ensemble du territoire français.....	45

Table des tableaux

Tableau 1 : Proportion de personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (données de 2004 à 2007)	30
Tableau 2 : Raisons principales du renoncement aux soins	30
Tableau 3 : Part de renoncement aux soins pour raisons financières (données de 2004 à 2007)	31
Tableau 4 : Taux de renoncement aux soins selon l'état de santé.....	31
Tableau 5 : Difficultés de condition de vie selon l'existence d'un renoncement aux soins.....	32
Tableau 6 : Personnes ayant renoncé à des soins dentaires pour raisons financières au cours des 12 derniers mois	35
Tableau 7 : Les différentes formulations utilisées pour chacun des 4 sous-échantillons	38
Tableau 8 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction de la formulation de la question (écart-type entre parenthèses)	39

Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différents régimes spéciaux, leur organisme de rattachement et les risques couverts

REGIME	ORGANISME	SIGLE	Risque MALADIE	Risque AT/MP	Risque VIEILLESSE
Régime des Militaires	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale	CNMSS	X	X	
Régime de la SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF	CPRPSNCF	X	X	X
Régime des Clercs et employés de Notaire	Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires	CRPCEN	X		X
Régime de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris	Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris	CCIP	X		
Régime de la RATP	Unité Protection et Prestations Sociales de la RATP	PEPS RATP	X	X	
Régime de la RATP	Caisse de Retraite du Personnel de la RATP	CRP RATP			X
Régime des Marins	Etablissement National des Invalides de la Marine	ENIM	X	X	X
Régime des Industries Electriques et Gazières	Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et gazières	CAMIEG	X		
Régime des Industries Electriques et Gazières	Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières	CNIEG			X
Régime des Cultes	Caisse d'Assurance Vieillesse et Maladie des Cultes	CAVIMAC	X		X
Régime du Senat	Caisse autonome de Sécurité sociale du Sénat	CASS SENAT	X		X
Régime des Mines	Caisse des Dépôts et Consignations - Retraites des Mines	CDC			X
Régime des Mines	Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines	CANSSM	X	X	
Régime des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	Caisse des Dépôts et Consignations	CDC			X
Régime des agents des collectivités locales	Caisse des Dépôts et Consignations	CDC			X
Régime de l'Assemblée Nationale	Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale	FSS Assemblée nationale	X		X
Régime des personnels de l'Opéra National de Paris	Caisse de Retraites des Personnels de l'Opéra de Paris				X

REGIME	ORGANISME	SIGLE	Risque MALADIE	Risque AT/MP	Risque VIEILLESSE
Régime de la Comédie Française	Comédie Française				X
Régime du Port autonome de Bordeaux	Caisse de Prévoyance du Personnel Titulaire du Port Autonome de Bordeaux		X		

Annexe 2 : Les différentes complémentaires santé proposées par L'ACS

Nom de l'offre	N° de téléphone (1. Appel non surtaxé) /adresse mail	Site Internet	Adresse postale
Accès Santé	Métropole et DOM : 09 80 98 00 76 ⁽¹⁾ contact@acs-p.fr	www.acces-sante-pour-tous.fr	Association ACS-P Contact Accès Santé BP N°90041 75723 Paris cedex 15
ACS Couleurs Mutuelles	Métropole : 0970 83 00 83 ⁽¹⁾ DOM : 0970 832 832 ⁽¹⁾	www.acs-couleurs-mutuelles.fr	ACS Couleurs Mutuelles CS 30000 79077 Niort Cedex 9
ACS MSM	Métropole et DOM : 03 26 79 21 07 ⁽¹⁾ acs@mutuellesaintmartin.fr	www.mutuellesaintmartin.fr	HENNER / Unité de gestion MSM Immeuble Le Parvis 6 rue Henri Moissan CS10043 51726 Reims
ASACS La santé solidaire	Métropole et DOM : 08 05 09 00 32 (service et appel gratuits) contact@asacs.fr	www.asacs.fr	ASACS 38, rue F Peissel 69300 Caluire

Assureurs Complémentaires Solidaires	Métropole et DOM : 0809 805 805 (service gratuit + prix d'appel) gestionacs@apriarsa.fr	www.assureurscomplementairesolidaires.fr	Métropole : Apria RSA- Gestion ACS 14 allée Charles Pathé 18934 Bourges Cedex 9 Antilles et Guyane : Apria RSA-Gestion ACS Zac de Houelbourg 3 BP 2017 97191 Jarry Cedex Réunion : Apria RSA-Gestion ACS 200, boulevard Jean Jaurès CS 50583 97495 Sainte Clotilde Cedex
Atout Cœur Santé	Métropole et DOM : 09 77 40 10 25 ⁽¹⁾	www.atout-coeur-sante.fr	Métropole : Atout cœur santé TSA 27012 16957 Angoulême Cedex 9 Martinique, Guadeloupe, Guyane : mutuelle MGPA Département Gestion – Immeuble de la Houssaye Z.I. La Jambette 97232 Le Lamentin
Complémentaire santé ACS	CIC : Métropole et DOM : 0 800 00 60 60 (service et appel gratuits) MTRL : Métropole et DOM : 04 72 60 48 58 ⁽¹⁾ Crédit mutuel : Métropole et DOM : 08 00 00 33 12 (service et appel gratuits) Crédit Agricole : Métropole et DOM : 09 77 40 50 00 ⁽¹⁾ infoACS.CA@departement- sante.com LCL : Métropole et DOM : 09 77 40 09 90 ⁽¹⁾ <a href="mailto:infoACS.LCL@departement-
sante.com">infoACS.LCL@departement- sante.com	www.cic.fr www.mtrl.fr www.creditmutuel.fr	Complémentaire santé ACS MTRL – Crédit Mutuel - CIC 63 chemin Antoine Pardon 69814 Tassin Cedex
Complémentaire Santé Solidaire		www.assurances.credit-agricole.fr/sante/offre- santesolidaire http://particuliers.lcl.fr/assurance- prevoyance/assurancesdes-personnes/assurance- complementaire-sante-solidaire/	Crédit agricole Département Santé PACIFICA-ACS TSA 60001 41972 Blois Cedex 9 LCL - Le Crédit Lyonnais-ACS BP 13 013 – ALIXAN 26 958 Valence Cedex 9

KLESIA ACS	<p>Métropole : 0 805 690 925 (service et appel gratuits) info@klesia-acs.fr</p> <p>DROM : 0 805 690 926 (service et appel gratuits) info-drom@klesia-acs.fr</p>	<p>www.klesia-acs.fr</p>	<p>Métropole : APS Prévoyance BP 285 84011 Avignon Cedex</p> <p>DROM : UFR Cité Lacroix 97231 Le Robert</p>
Oui Santé	<p>Métropole et DOM : 09 69 32 34 03⁽¹⁾</p>	<p>www.ouisante.fr</p>	<p>Oui Santé TSA 40012 69796 Saint Priest Cedex</p>
Proxime Santé	<p>Métropole : 09 69 32 34 11⁽¹⁾</p> <p>Antilles Guyane : MGPS : 05 90 41 15 80⁽¹⁾ – MILTIS : 05 96 75 71 75⁽¹⁾ – MIP : 05 90 21 05 80⁽¹⁾ contact@ugm-acs.fr</p>	<p>www.lamutuellesante.net</p>	<p>Proxime santé CS 90515 75040 Paris Cedex</p>

Annexe 3 : Charte de Prise en charge des personnes handicapées

Handidactique

LES CHIRURGIENS-DENTISTES SE MOBILISENT POUR LA SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Cette charte a fait l'objet d'une réflexion organisée et fédérée par l'UFSBD regroupant l'ensemble des représentants de la profession. Conformément aux rapports sur l'accès au soin et à la santé remis par Pascal Jacob à Madame Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, et Madame Carlot, alors Ministre déléguée aux Personnes en situation de handicap et à la Lutte contre l'Exclusion, le 6 juin 2013 à l'hôpital Raymond Poincaré (Garches), et conformément à la conférence interministérielle sur le handicap (CIH) et aux priorités fixées par les ARS (Agences Régionales de Santé), les représentants des personnes en situation de handicap ainsi que les acteurs des secteurs du soin, hospitaliers, médico-sociaux, ambulatoires français, ont présenté la **Charte Romain Jacob**. Celle-ci s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, portées par de nombreuses lois en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Les chirurgiens-dentistes s'associent à cette démarche, se mobilisent pour la santé des personnes en situation de handicap et proposent une charte présentant les 7 piliers pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Les signataires s'engagent à promouvoir la fédération des acteurs dans chacune des régions pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

Les signataires soulignent l'urgence d'apporter une réponse aux attentes de l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement, très démunis face au manque de sensibilisation, de formation et de moyens dédiés aux personnes en situation de handicap.

Les signataires s'engagent à promouvoir toute action visant à atteindre cet objectif.

Les signataires, conscients des conditions requises pour assurer une prise en charge de qualité, s'engagent à diffuser les initiatives réussies ayant permis d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap en milieu hospitalier, en institution comme en milieu ordinaire.

Les signataires s'engagent à promouvoir l'accès des personnes en situation de handicap aux soins courants et spécifiques en milieu ordinaire.

Cette charte a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

Personne ne peut se dire en bonne santé s'il n'est pas en bonne santé dentaire



L'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap : un enjeu majeur de santé publique et d'intégration sociale.

- Les personnes en situation de handicap souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et/ou parodontales.
- Le déchaussement des dents concernerait 80 à 90 % des personnes avec un handicap mental (UNAFEL, « la santé de la personne handicapée mentale », volume 1 « les dents, prévention et soins, 2010 »).
- Les enfants de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risque d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire s'ils sont en situation de handicap (Dr Martine Hennequin, audition publique de la HAS « Accès aux soins des personnes en situation de handicap », octobre 2008).
- L'enquête du Programme National Inter Régimes (PNIR 2004) a révélé pour les enfants et adolescents en établissements :
 - un faible niveau d'hygiène (plaque dentaire, tartre, inflammation gingivale),
 - la présence pour 37% d'entre eux de caries sur dents permanentes,
 - pour 27,5% d'entre eux des caries sur dents temporaires,
 - une absence, pour la très grande majorité des structures d'accueil, de prévention collective de propreté d'hygiène ou de prophylaxie,
 - plus de 65% de ces enfants et adolescents avaient besoin de soins à court terme dont 18,4% en urgence.

La santé dentaire est un indicateur de santé générale autant sur le plan de la pathologie que sur le plan psychique. Pour améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, il est fondamental d'améliorer l'accès à la prévention, c'est-à-dire de privilégier les solutions en amont qui permettront de limiter les besoins de soins en aval. Les chirurgiens-dentistes restent mobilisés pour permettre à toute personne handicapée d'avoir accès à la santé bucco-dentaire par la mise en place d'un parcours santé individualisé, quel que soit son handicap, son âge et son milieu de vie.

Les 7 piliers pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

1 Mobiliser tous les acteurs du parcours santé

- Tous les professionnels médicaux, de santé, tous les intervenants du monde du handicap, les familles, les aidants familiaux, les personnes en situation de handicap elles-mêmes participent à la construction et au suivi du parcours santé.

2 Veiller à la prise en compte, la plus précoce possible, de la santé bucco-dentaire au sein du parcours santé

- En formation initiale ou continue, tous les professionnels médicaux et de santé doivent être formés à la prise en charge et au suivi de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.
- Les personnels médico-sociaux et les intervenants professionnels du domicile doivent être également sensibilisés et formés à l'importance de la santé bucco-dentaire, d'une bonne hygiène dentaire, et à la nécessité de réaliser des actes de prévention et un suivi des soins.

La question de la formation des personnels soignants, est un facteur clef dans la prise en compte de l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Elle constitue aujourd'hui le principal frein au maintien et à la surveillance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. C'est aussi le principal levier sur lequel il est possible d'agir à court terme et de manière durable.

- Les personnes en situation de handicap et les familles doivent être sensibilisées à la nécessité d'un maintien en bonne santé bucco-dentaire afin de leur permettre d'être acteurs de leur santé.

3 Imposer l'éducation à la santé et la prévention comme les incontournables du parcours de santé bucco-dentaire

- La prévention doit en partie être confiée à l'entourage de la personne en situation de handicap : personnel, encadrants, afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne handicapée et de garantir une certaine pérennité de la démarche.
- Les personnes en situation de handicap et leur famille doivent recevoir toutes les informations utiles et nécessaires pour leur permettre de maintenir une bonne santé bucco-dentaire.
- Les campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire, menées par les chirurgiens-dentistes dans les écoles, doivent être déclinées dans les établissements accueillant les enfants handicapés.
- Les personnels des établissements médico-sociaux et les aidants familiaux doivent assurer l'accompagnement des personnes en situation de handicap en fonction de leur niveau de dépendance.

4 Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires

- Les chirurgiens-dentistes continuent de s'engager afin de favoriser l'accessibilité aux soins ambulatoires, tant en terme d'aménagement des locaux... que d'organisation et d'offre de soins.
- Ils reconnaissent le rôle majeur du référent handicap, mis en place par le Conseil de l'Ordre, dans l'identification des professionnels accessibles pour les soins donnés aux personnes en situation de handicap.

5 Créer une habitude de visite régulière chez le chirurgien-dentiste, dès le plus jeune âge, en favorisant le milieu ordinaire

- L'UFSBD émet des recommandations en faveur de toute la population, pour une bonne santé bucco-dentaire. Ces recommandations insistent entre autres sur l'importance d'une visite chez le chirurgien-dentiste une fois par an, dès l'âge de 1 an. Ces recommandations s'adressent bien évidemment aux personnes en situation de handicap.
- Lors de la première consultation, dès le plus jeune âge, le chirurgien-dentiste traitant de la famille propose un protocole de prévention et d'hygiène adapté au patient et à son handicap, et le modifie, si besoin, au fil de la vie.
- Il assure le suivi et le maintien de l'état de santé bucco-dentaire et crée une relation de confiance indispensable à la mise en œuvre des soins primaires si nécessaire.
- Si certaines difficultés de soins ne permettent pas, ou plus, les soins en milieu ordinaire, le chirurgien-dentiste traitant oriente le patient vers les professionnels de santé adéquats au sein ou en dehors de réseaux.
- Dans tous les cas, les chirurgiens-dentistes reconnaissent le rôle, l'expertise et les compétences acquises des accompagnants dans le parcours de soins et de prévention. Ils les acceptent et les reconnaissent dans leur mission et veillent à les associer, dans le respect des droits des patients, à la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap.

6 Les établissements médico-sociaux sont des partenaires du parcours santé

- Leur implication dans le suivi de la santé bucco-dentaire est liée à la place qu'ils occupent dans la vie de la personne handicapée : de la sensibilisation à la prise en charge complète au sein d'un projet d'établissement.
- L'intégration d'un chirurgien-dentiste référent au sein de l'équipe médicale pluridisciplinaire, et la réalisation de bilans bucco-dentaires annuels pour toutes les personnes en situation de handicap au sein de l'établissement sont des éléments majeurs du projet de l'établissement.

7 Coordonnateur des soins et de la prévention et correspondant en santé orale : les garants du suivi du parcours santé

- Identifier et former dans tous les établissements médico-sociaux un correspondant en santé orale
- Identifier et sensibiliser le coordonnateur des soins et de la prévention de toute personne handicapée vivant à son domicile à l'importance du maintien en bonne santé dentaire. Il devra veiller à la qualité de l'accompagnement en prévention et à l'organisation des soins et mettre en œuvre tous les moyens nécessaires (organisation des transports, prise de rendez-vous, organisation de l'accompagnement...) pour un suivi dentaire de qualité. Il devra avoir à sa disposition tous les outils et supports nécessaires au service de la coordination du parcours santé de la personne handicapée !

Handidactique

ONCD
Ordre National
des Chirurgiens-Dentistes

cnsd

FSDL
PO

UJCD
PO
union dentaire

ufsbd
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Annexe 4 : Liste des PASS Bucco-Dentaire et PASS généralistes ayant une activité bucco-dentaire en France métropolitaine

Alsace, Champagne Ardennes Lorraine :

Metz Thionville
CHR Metz-Thionville
28-32, rue du XXème Corps Américain
57038 Metz

Strasbourg
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,
1 place de l'Hôpital
67091 Strasbourg

Aquitaine, Limousin, Poitou Charentes :

Bordeaux
CHU de Bordeaux
12 rue Dubernat
33404 Talence Cedex

Poitiers
Centre hospitalier Universitaire
2 rue de la Milétrie
86021 Poitiers Cedex

Auvergne, Rhône-Alpes :

Moulins
Centre Hospitalier
10 Avenue Général de Gaulle
03000 Moulins

Bourgogne, Franche-Comté :

Dole
Centre Hospitalier Général Louis Pasteur de Dole
Avenue Léon Jouhaux
39108 Dole Cedex

Bretagne :

Lorient
Centre hospitalier de Bretagne Sud
Rue du Lettry
56100 – Lorient

Ile de France :

Colombes
AP-HP GH Paris Nord Val de Seine site Louis Mourier
178 rue des Renouillers
92 700 Colombes

Créteil

AP-HP GH Henri Mondor
51, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny
94000 Créteil

Paris

Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
Service d'odontologie
43-87 boulevard de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13

Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées :

Montauban

Centre hospitalier de Montauban
Centre Hospitalier Général
100, rue Léon Cladel - BP 765
82013 Montauban

Normandie :

Le Havre

Groupe hospitalier du HAVRE
55 bis rue Gustave Flaubert
76600 Le Havre

Nord Pas de Calais, Picardie :

Calais

CH de Calais
1601 Boulevard des Justes BP 339
62107 CALAIS Cedex

Douai

CH Douai (service Arc en Ciel)
Route de Cambrai - BP 10740
59507 DOUAI Cedex

PACA :

Gap

Centre hospitalier intercommunal des alpes du Sud (CHICAS)
1, Place Auguste Muret
05007 Gap Cedex

Marseille

CHU Timone - Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
264, rue Saint Pierre
13385 Marseille Cedex 5

Nice

Centre Hospitalier Universitaire de NICE
4 avenue Reine Victoria BP 1179
06003 Nice Cedex 1

Accès aux soins dentaires : Les différentes structures permettant d'éviter le renoncement

HERNU Pierre-André

76p. ; 11 ill. ; 71 réf.

Domaines : Santé Publique

Mots clés Rameau : Renoncement aux soins ; Sécurité sociale ; Droit à la santé ; Prévention ; Services de santé

Mots clés FMeSH : Sécurité sociale ; Assurance maladie ; accessibilité des services de santé ; Disparités d'accès aux soins ; Odontologie préventive

Résumé de la thèse :

Le Droit à la Santé se définit, selon l'OMS, comme le droit fondamental pour tout homme de jouir du meilleur état de santé possible et implique un ensemble de critères sociaux favorables à la bonne santé, comme notamment l'accessibilité des services de santé à tous.

En France, un système de couverture maladie et de protection sociale se développe depuis le XXe siècle afin de promouvoir la bonne santé et d'en faciliter l'accès. De nos jours, toute la population peut en bénéficier. Cependant une nouvelle notion est mise en évidence depuis quelques années par de nombreuses études : celle du renoncement aux soins.

Cette thèse nous permettra dans un premier temps, de faire une mise au point sur notre système d'assurance maladie. La deuxième partie sera consacrée à la notion du renoncement ainsi qu'à ses raisons. Enfin, des solutions d'accès seront présentées.

JURY :

Président : **Monsieur le Professeur Thomas COLARD**

Assesseurs : **Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Monsieur le Docteur Nicolas LEGRAND