

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

2019 TOU3-3059

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par :

Charlotte DUTERNE

Le Lundi 2 décembre 2019

PRÉVENTION BUCCO DENTAIRE CHEZ LE JEUNE ENFANT PRÉCAIRE

Directrice de thèse : Docteur Marie-Cécile VALERA

JURY

Président :	Professeur Frédéric VAYSSE
1 ^{ère} assesseur :	Docteur Emmanuelle NOIRRIT- ESCLASSAN
2 ^e assesseur :	Docteur Marie-Cécile VALERA
3 ^e assesseur :	Docteur Alice BROUTIN



Faculté de Chirurgie Dentaire

→ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

Mr Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

Mr Franck DIEMER (*Formation Continue*)

Mr Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

Mr Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

→ PERSONNEL ENSEIGNANT

→ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER +

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

→ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL- FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mr. BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants : Mme ARAGON, Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES,

Assistant : Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD, Mme FOURNIER

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL

Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeurs d'Université : Mme COUSTY,
Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS,
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI, Mr. SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mme. RAPP, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr FISSE Mr. GAILLAC,
Assistant Associé : Mme BEN REJEB,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mr. HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mr. DESTRUHAUT
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : Mr. FLORENTIN, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE,
Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mr. SOLYOM,
Mr. KNAFO, Mr. HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU,
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 07 Octobre 2019

Remerciements :

A mon papa, merci d'avoir toujours cru en moi. Ce diplôme il est pour toi, j'espère que de là où tu es tu es fière de moi. Ta petite fille est devenu docteur, tu savais que j'étais faites pour ça et que j'y arriverais. Tu me manques beaucoup, je t'aime papa.

A ma maman, ma super maman qui a toujours été la pour moi. Merci de m'avoir aidé à tout surmonter. Merci pour ton soutien de tous les jours, je te dois beaucoup. Tu es un exemple de courage, de bienveillance et de détermination, j'espère un jour être un mère aussi extraordinaire que ce que tu es pour nous. Je t'aime de tout mon cœur.

A Antoine, merci pour ces années passées à tes côtés à se chamailler mais surtout à rigoler. Tu resteras toujours mon petit frère même si tu n'as plus grand chose de petit. Je te souhaites tout le meilleur dans ta nouvelle vie.

A Victor, merci d'avoir fait de moi une vraie spécialiste de Fortnite, je suis devenue une spectatrice hors pair ! Je voulais surtout te dire merci pour tous ces moments de partage. Tout ces voyages, ces brunchs, ce soirées, ces dimanches en famille, j'espère qu'ils seront encore nombreux.

A ma petite sœur, merci pour ta spontanéité et ta joie de vivre. Tu es en train de devenir une merveilleuse adulte et je sais que tu feras de très belles choses dans la vie. Tu pourras toujours compter sur moi.

A mes frères et sœurs, je suis tellement fière de vous et fière d'être votre grande sœur, je vous aime.

A mon grand père, merci d'avoir été si présent depuis si longtemps. Merci pour tout ces incroyables souvenirs que tu nous construits au fil du temps.

A Romain, merci d'être si bienveillant et si aimant. Depuis maintenant 4 ans nous avançons ensemble et je ne pourrais pas être plus heureuse. Tu es tout ce dont je pouvais rêver, je t'aime.

A Popo, ma voisine du 2nd avec qui j'ai déjà tant partagé, merci pour tout. Merci pour toutes ces soirées improvisées, ces après midis ensembles sur le canapé, ces vacances... Ce n'est que le commencement d'une magnifique amitié. Tu sais à quel point tu as été importante pendant nos études, je te suis tellement reconnaissante.

A Caro, ma plus vielle amie, celle avec qui j'ai tout traversé, merci d'avoir toujours été présente pour moi malgré la distance. Tu auras à vie une place importante dans mon cœur.

A Manu, merci pour ces années. Je n'aurai pas pu espérer meilleure binôme de clinique !

A ma belle famille, merci de m'avoir accueilli avec autant d'amour et de bienveillance. Je suis fière d'être si bien entourée.

Aux Dr Arama, Dr Combes, à Sarah et Eloïse, merci de l'accueil que vous m'avez réservé dans votre cabinet, je ne pouvais pas espérer commencer ma carrière dans de meilleures conditions.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur VAYSSE Frédéric

- Professeur des Universités
- Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Chef adjoint du pôle CVR
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury.

Nous sommes particulièrement reconnaissant pour vos qualités pédagogiques dont nous avons eu la chance de bénéficier durant nos études.

Veillez trouver ici le témoignage de notre plus grand respect.

A notre jury de thèse,

Madame le docteur ESCLASSAN-NOIRRIT Emmanuelle

- Maître de Conférences des Universités
- Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous sommes très honorés de vous compter parmi nos membres du jury. Nous vous remercions de l'aide dont vous nous avez fait bénéficier lors de la mise en place de cette thèse.

Nous vous sommes également reconnaissant de votre bienveillance et votre patience au cours de ces années d'études.

Veillez trouver ici le signe de notre profonde reconnaissance.

A notre directrice de thèse,

Madame le docteur VALERA Marie-Cécile

- Maître de Conférences des Universités,
- Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'université Paul Sabatier - Spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée,
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse. Nous vous sommes profondément reconnaissant de votre implication tout au long de ce travail et durant ces déplacements. Vous nous avez permis de rédiger cette thèse et de porter ce projet avec patience, bienveillance et détermination. Nous vous remercions également de votre gentillesse et de vos conseils pendant ces années d'études, vous avez grandement participé à notre formation, et pour cela nous vous en sommes très reconnaissant. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre plus grand respect.

A notre jury de thèse,

Madame le docteur BROUTIN Alice

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Université d'anesthésie générale et sédation en odontologie clinique
- Certificat d'étude Supérieures de Chirurgie Dentaire en Odontologie Pédiatrique et Prévention

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir partagé avec nous vos conseils durant nos études. Votre confiance, votre prévenance et votre présence en clinique nous aurons été précieux.

Veillez trouver ici le signe de notre sincère reconnaissance.

Sommaire:

Introduction	11
I. Le jeune enfant en situation de précarité.....	12
A. Rappels et définitions	12
1. Définitions : précarité et vulnérabilité.....	12
2. Les origines de la précarité.....	14
B. Les structures d'accueils des enfants en situation de précarité.....	19
1. Lieux d'hébergements.....	19
2. Structures éducatives : réseau d'éducation prioritaire, lieux d'accueils parents-enfants.....	21
3. Soins médicaux :.....	25
C. La santé bucco-dentaire chez le jeune enfant en situation de précarité.....	30
1. Lien entre état de santé bucco-dentaire et précarité.....	30
2. Etudes du nombre de caries chez l'enfant précaire.....	34
II. Différentes actions de prévention bucco-dentaire à destination des enfants en situation de précarité.....	37
A. En milieu hospitalier : Hôpital Paule de Viguié, consultation précarité et grande précarité.....	37
B. Protection Maternelle et Infantile :.....	42
1. Centre ville.....	42
2. Borderouge.....	45
C. En milieu scolaire : école maternelle en Réseau d'Education prioritaire, Camille Claudel.....	48
Conclusion :.....	56
Bibliographie :	57
Tableau des figures:.....	62

Introduction :

La santé bucco-dentaire chez le jeune enfant est un enjeu majeur en matière de santé publique. En effet, elle constitue un socle important pour le maintien d'un bon état général.

Chez les populations précaires et vulnérables, cet état de santé est souvent dégradé et le manque de connaissances et d'informations à ce sujet est très présent. Il nous a donc paru important de réaliser des actions de prévention destinées à ces populations. Nous avons ciblé le jeune enfant précaire lors de divers déplacements, en diffusant des messages de prévention bucco-dentaire adaptés, afin d'informer les parents et les enfants dès le plus jeune âge. L'objectif était de mettre en place le plus tôt possible un ensemble de bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire afin d'éviter l'apparition de la maladie carieuse chez ces populations à risque.

Dans une première partie, nous définirons les termes de précarité et vulnérabilité et dresserons un état des lieux de la santé bucco-dentaire du jeune enfant précaire. L'ensemble des structures disponibles en matière d'hébergements, d'éducation et de santé sera également développé.

La seconde partie permettra de détailler l'ensemble des déplacements effectué dans le cadre de ce programme. Les actions de prévention ont eu lieu dans trois milieux différents : le CHU de Toulouse (Paule de Viguier), des centres de protection maternelle et infantile et une école maternelle en réseau d'éducation prioritaire.

I. Le jeune enfant en situation de précarité

A. Rappels et définitions

1. Définitions : précarité et vulnérabilité

Les termes pour désigner les populations touchées par un phénomène d'exclusion sociale sont nombreux. En effet, de multiples facteurs rentrent en considération lorsqu'est évoquée la population vulnérable. Il est important de prendre en compte les paramètres sociaux, économiques, sanitaires ou encore, l'accès au logement.

Depuis maintenant de nombreuses années, la notion de population vulnérable est très fréquemment utilisée. Cette expression désigne l'ensemble des populations menacées « par leur état de détresse, de pauvreté et d'exposition à des maladies graves entraînant une menace pour leur survie ». Se côtoient, au sein de cette population, des groupes variés : (1)(2)(3)

- les enfants et les handicapés, considérés comme physiologiquement ou physiquement fragiles,
- les personnes économiquement diminuées,
- les illettrés qui cumulent souvent un handicap culturel et économique,
- les femmes, parfois victimes de violences et souvent moins bien rémunérées que les hommes.

La précarité peut être définie comme « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux** ». (1)

Le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé (CETAF) a élaboré un score individuel de précarité : l'EPICES (*Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé*) (Figure 1). Un ensemble de onze questions est posé ; la personne est considérée en situation de précarité si son score est égal ou supérieur à 40,2 après ajout des coefficients à la constante de 75,14. (4)

Les 11 questions du score EPICES		
Question	Oui	Non
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
En cas de difficulté, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
En cas de difficulté, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
Constante	75,14	

Figure 1 : Construction du score EPICES (4)

2. Les origines de la précarité

Les origines de la précarité sont multiples. En effet, les phénomènes d'exclusions sociales peuvent trouver racine dans les situations économiques dégradées par exemple. Un jeune enfant vivant dans une famille ayant des revenus sous le seuil de pauvreté (964 euros par mois pour une personne seule, après avoir perçu les transferts sociaux), a de forts risques d'être frappé par la précarité. Ces situations économiques sont souvent favorisées par les familles monoparentales qui cumulent les vulnérabilités : enfants à charge, difficultés à exercer une activité professionnelle à temps plein et frais de garde des enfants importants. (5) (6)

Les graphiques présentés ci-dessous se basent sur un seuil de pauvreté à 50% du niveau de vie médian, sachant que le salaire médian en France en 2018 était de 1 710 euros nets par mois. (7) (Figure 2 et 3)

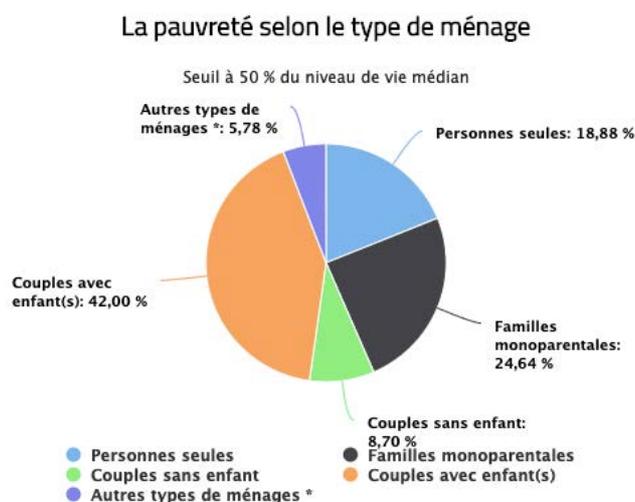


Figure 2 : Répartition de la population pauvre selon le type de ménage en 2012 (en %)
(5)

Le lieu de vie peut également être un facteur à prendre en compte. La pauvreté est un phénomène majoritairement urbain. Deux tiers de la population considérée comme pauvre vit en ville, le milieu rural étant moins touché par cette tendance. Il est tout de même important de préciser que les grandes villes, si elles sont plus touchées, sont aussi des zones de concentration de populations, d'emplois et de services ce qui peut expliquer en partie ces résultats. (5)

Répartition de la population pauvre selon le type de territoire

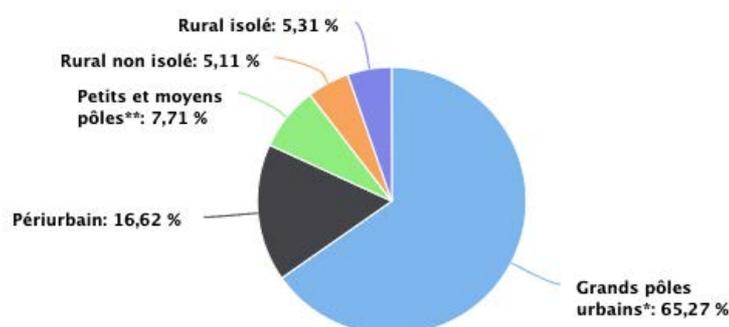


Figure 3 : Répartition de la population pauvre selon le type de territoire en 2012 (en %) (5)

Pour prendre un exemple plus régional, l'Île de France se situe dans la moyenne nationale avec 21,9 % des enfants vivants dans une famille pauvre. Toutefois, la répartition de ces enfants est hétérogène selon les départements. En effet, la Seine Saint Denis concentre 37,5 % d'enfants pauvres contre 13,1 % dans les Yvelines ou encore 16,5 % aux Hauts-de-Seine. (8) (9) (Figure 4)

📌 Le taux de pauvreté des enfants est le plus élevé en Seine-Saint-Denis

	Enfants de 0 à 17 ans (1)	Enfants de 0 à 17 ans vivant dans une famille allocataire à bas revenus (2)	Taux de pauvreté des enfants (%)
Paris	363 600	80 400	22,1
Hauts-de-Seine	343 200	56 500	16,5
Seine-Saint-Denis	381 300	143 000	37,5
Val-de-Mame	294 600	68 900	23,4
Petite couronne	1 019 100	268 400	26,3
Seine-et-Marne	324 300	59 000	18,2
Yvelines	345 200	45 300	13,1
Essonne	291 900	54 200	18,6
Val-d'Oise	293 700	70 000	23,8
Grande couronne	1 255 100	228 500	18,2
Ile-de-France	2 637 800	577 300	21,9

Sources : (1) Insee, recensement de la population 2007 ; (2) Caf d'Ile-de-France au 31 décembre 2009

Figure 4 : Taux de pauvreté des enfants en Ile de France en 2009 (9)

L'éducation des parents est à ajouter à ces critères (Figure 5). Le faible niveau de diplôme conduit le plus souvent à une position sociale peu favorable et est quasi-systématiquement corrélé à la catégorie professionnelle. Il est ainsi possible de constater que 66,5 % de la population pauvre est constituée de personnes n'ayant pas atteint le baccalauréat. L'absence de titre scolaire accompagne souvent des difficultés lors de l'insertion professionnelle impliquant, par la suite, précarité et bas niveaux de vie. (5)

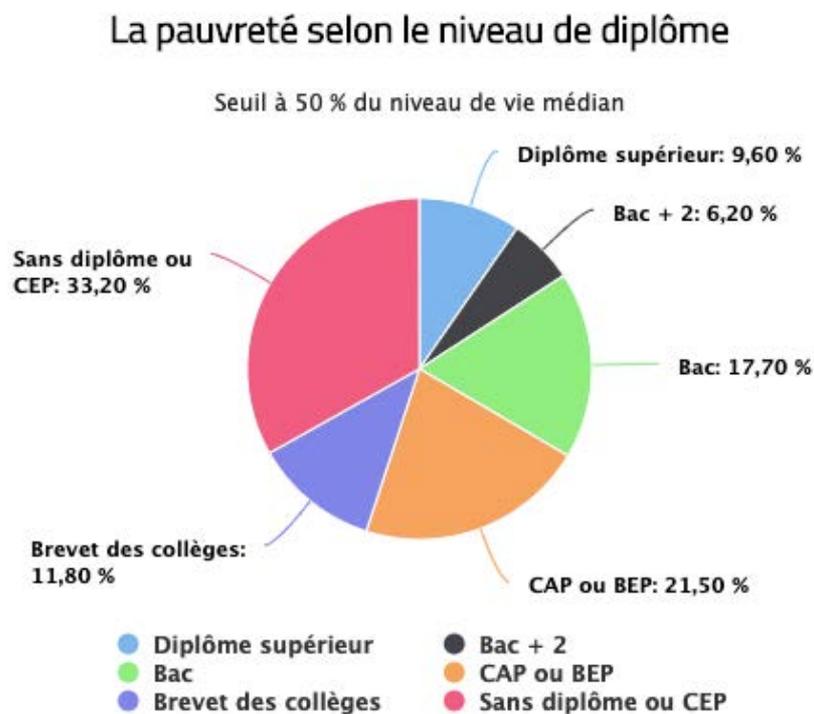


Figure 5 : Répartition de la pauvreté selon le niveau de diplôme en 2012 (en %) (5)

Le graphique ci-dessous montre clairement que la catégorie sociale a une influence sur le taux de pauvreté (Figure 6). En effet, les ouvriers et les employés représentent à eux seuls 78,42 %, soit plus de deux tiers des personnes référencées. La pauvreté et la précarité touchent peu les cadres supérieurs (seulement 8,09 %) (5)

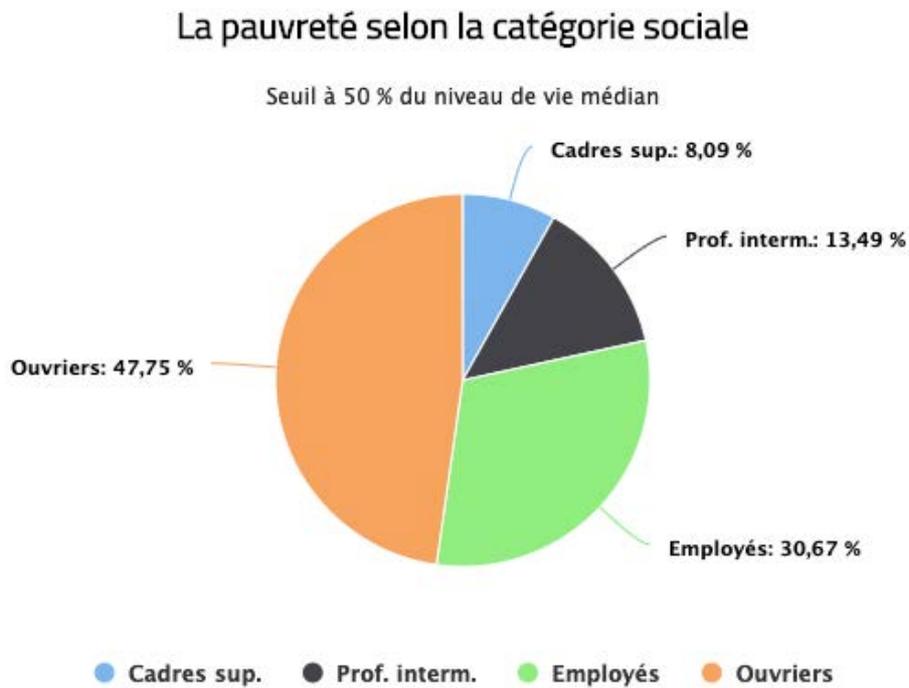


Figure 6 : Répartition de la pauvreté selon la catégorie sociale en 2012 (en %) (5)

De plus, un enfant issu de l'immigration aura plus de risque de faire partie de la population précaire. En effet, la pauvreté est un phénomène qui touche lourdement les immigrés (Figure 7). Pour un seuil de pauvreté situé à 60 % du niveau de vie médian, 37,6 % des personnes vivant au sein d'un ménage immigré sont en dessous de ce seuil. Ce chiffre est plus de deux fois supérieur aux 14 % se référant à l'ensemble de la population. (5)

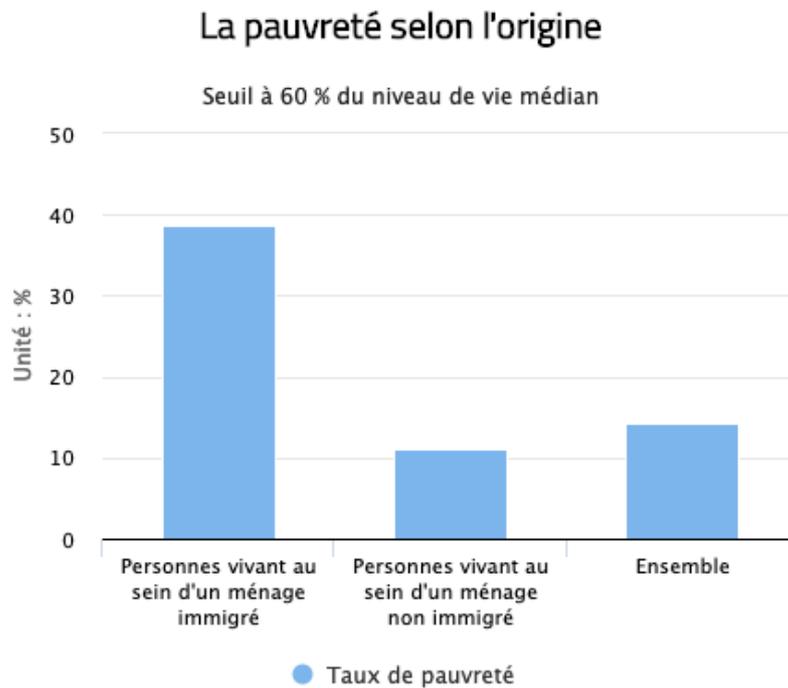


Figure 7 : Taux de pauvreté selon l'origine ethnique en 2012 (en %) (5)

B. Les structures d'accueils des enfants en situation de précarité

1. Lieux d'hébergements

Le jeune enfant précaire est souvent logé dans des conditions difficiles et temporaires. Il est sujet aux changements de lieu de vie régulièrement. Les structures d'accueil permettent le plus souvent de parer à l'urgence, mais ne constituent que très rarement une solution viable et pérenne dans le temps.

Les Centre d'Accueil aux Demandeurs d'Asiles (CADA) sont des établissements avec des services sociaux et médico-sociaux. Ils permettent d'offrir aux immigrés, pendant toute la durée d'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié, un hébergement, un accompagnement administratif, un suivi social permettant une scolarisation des enfants de la famille, un accès aux soins et pour finir, une aide financière alimentaire. Il existe 329 structures de ce type sur le territoire français pour 25 300 places. Dix-huit centres sont référencés dans la région Midi-Pyrénées. Il existe deux types de CADA :

- Collectifs : l'ensemble des demandeurs d'asile est logé au sein d'un même bâtiment en chambres individuelles ou partagées et des espaces collectifs (cuisine, sanitaires) sont mis à leur disposition.
- Diffus : les demandeurs d'asile sont logés dans des appartements du parc social et sont accompagnés par des intervenants sociaux qui se déplacent directement chez eux. (10)(11)

Un dispositif d'urgence existe également, l'Accueil Temporaire Service de l'Asile (ATSA). En 2012, ce système a permis d'accueillir 3 117 personnes, dont 28 % étaient des mineurs accompagnés, âgés pour la moitié de 0 à 3 ans. (12)

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ont pour objectif d'assurer plusieurs missions telles que l'accueil, l'accompagnement, le logement et l'insertion sociale de personnes ou familles en grandes difficultés. Il en existe 839 sur l'ensemble du territoire. Comme les CADA, ces établissements restent des solutions temporaires d'hébergement. Depuis les années 1980, les CHRS voient leur population évoluer, une proportion croissante de familles est logée au sein de ces centres. Les

adultes accompagnés d'enfants représentent maintenant 47 % de l'effectif total des adultes accueillis et les mineurs constituent 36 % de la population globale (13)(14) (15)

En France, 38 000 personnes sont logées dans des chambres d'hôtels. Une grande majorité de cette population est constituée de familles monoparentales avec à leurs têtes, le plus souvent, une femme. Ces situations dans des logements d'urgences peuvent parfois s'entériner et créer de réels problèmes. Une chambre d'hôtel n'est pas un lieu de vie approprié au bon développement d'une famille et des enfants la composant. Souvent inadaptée, l'absence d'espace cuisine ne leur permet pas de s'alimenter correctement. Ces chambres sont encombrées par l'absence de rangement suffisant et ne sont pas propices à l'épanouissement personnel, car elles favorisent la promiscuité et l'absence d'intimité. De plus, les familles logées à l'hôtel bénéficient rarement d'un accompagnement social efficace. Cette solution, très onéreuse pour les pouvoirs publics, ne peut pas constituer une réponse satisfaisante. (16) (17) (18) (15)

Un autre type d'hébergement précaire rassemble 85 000 personnes en France. Il s'agit des habitations de fortune telles que les cabanes, les constructions provisoires ou encore les gens vivant à l'année en camping ou mobil-home.

La réapparition des bidonvilles est un vrai problème qui se développe souvent à la périphérie des villes et qui constitue une solution de derniers recours pour des populations très précaires, notamment des familles de migrants avec enfants. Ces bidonvilles se caractérisent par des conditions d'hygiène fragiles : absence de sanitaire, d'accès à l'électricité ou encore à l'eau potable. (16) (17) (15)

2. Structures éducatives : réseau d'éducation prioritaire, lieux d'accueils parents-enfants

Un certain nombre de structures éducatives spécifiques ont été créées au fil des années afin d'accueillir dans les meilleures conditions possibles les personnes précaires, particulièrement les enfants. Elles ont souvent pour but de contrer les inégalités dont souffrent ces populations.

L'Éducation Prioritaire (EP) a pour objectif principal de réduire l'impact des inégalités économiques et sociétales sur la réussite scolaire. Cet ensemble, représentant 6 700 écoles et 1 097 collèges, permet aux élèves rencontrant les plus grandes difficultés sociales d'avoir accès à une prise en charge renforcée, tant sur le plan pédagogique qu'éducatif. Elle a été initiée en 1981 par la création des Zones d'Éducation Prioritaire (ZEP) puis a été modifiée en 1999 avec l'ajout d'une nouvelle structure : les réseaux d'éducation prioritaire (REP) qu'il est possible de séparer en deux catégories :

- Les REP ou réseaux d'éducation prioritaire classique concernent une population rencontrant des difficultés sociales plus importantes que dans les collèges et écoles situés hors de l'éducation prioritaire, mais bénéficiant malgré tout d'une certaine mixité sociale.
- Les REP+ ou réseau d'éducation renforcée concentrent les quartiers ou secteurs connaissant les plus grandes difficultés sociales et engendrant un réel impact sur la réussite scolaire. (19)(20)

Leur répartition sur le territoire est assez inhomogène (Figure 8). Nous pouvons voir que le nord de la France, et plus particulièrement la région parisienne, concentre une grande partie des REP. Lille est l'académie ayant le plus le REP+ avec 41 établissements. Aix/Marseille, Lyon et la Réunion sont également trois pôles de concentration avec entre 45 et 62 écoles concernées. (21)

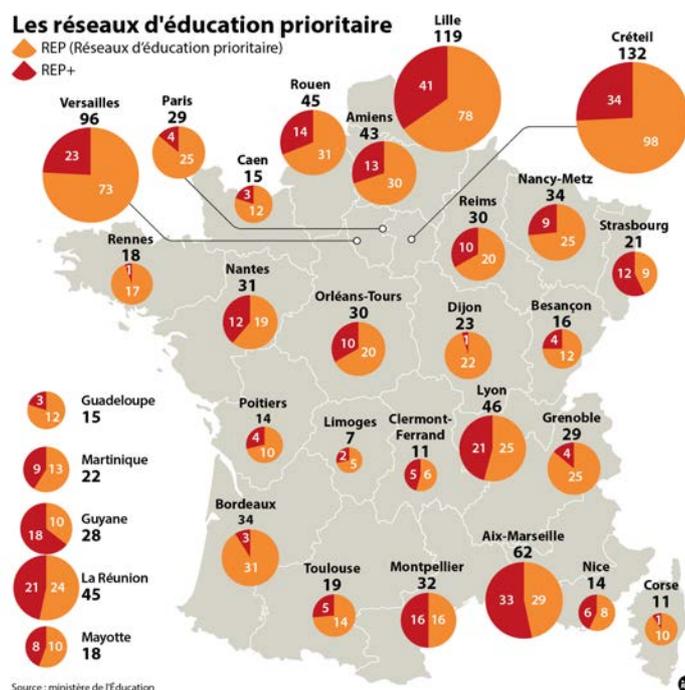


Figure 8 : Répartition des REP et REP+ sur le territoire français en 2014 (21)

La majorité des enfants présents dans ces collèges et écoles vient d'un milieu très défavorisé socialement. En effet, comme constaté sur le tableau suivant, 50 % des collèges en REP+ scolarisent plus de 75 % d'élèves défavorisés alors qu'aucun collège en dehors de ce réseau d'éducation prioritaire n'arrive à ces proportions (Figure 9). Il est également important de noter que trois-quarts des collégiens en REP+ sont des enfants d'ouvriers ou d'inactifs, ils ne représentent que 39,3 % des élèves dans les collèges hors EP. (19) (Figure 10)

Proportion de collèges scolarisant...	REP+	REP	Hors EP
---plus de 75% d'élèves défavorisés	50	7	0
... plus de 60% d'élèves défavorisés	95	54	6

Figure 9 : Répartition des collèges à la rentrée 2017 (en%) (19)

	Scolarisation dans un collège			
	en REP+	En REP	Hors EP	Ensemble
Proportion d'enfants d'ouvriers et d'inactifs	75,1	61,2	39,3	44,9
Proportion d'enfants de cadres et d'enseignants	8,2	16,6	34,6	30,2

Figure 10 : Origine sociale des élèves à la rentrée 2017 (en %) (19)

Un ensemble de dispositifs est mis en place au sein de ces réseaux afin d'améliorer la prise en charge des enfants. Pour exemple, les parents sont encouragés à scolariser les enfants avant leurs trois ans. Le dédoublement des classes de CP et de CE1 permet de diminuer des effectifs à une quinzaine d'élèves seulement ce qui facilite l'apprentissage. Il existe également un système d'aide aux devoirs afin d'accompagner les enfants dans leur travail personnel. Enfin, ces établissements encouragent l'accueil des parents pour les associer davantage à la vie de l'école. (20)

Malgré ces efforts, il existe un écart entre les élèves au sein de l'éducation prioritaire et ceux hors de ce système. En effet, à la rentrée de la 6^{ème}, 83,2 % des élèves hors EP avaient acquis la compétence 1 (maîtrise de la langue française) contre 71,8 % en REP et 59,8 % en REP+ (Figure 11). Les tendances sont les mêmes en ce qui concerne la compétence 3 (principaux éléments de mathématique et culture scientifique et technologique). (19)



Figure 11 : Les compétences du socle commun en début de sixième en 2015-2016 (en %) (19)

Les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) sont des espaces conviviaux de soutien et de partage destinés aux enfants de moins de 6 ans accompagnés de leurs parents ou d'un adulte référent (Figure 12). Ils favorisent la qualité du lien d'attachement entre l'enfant et ses parents et lui permettent de se construire dans les meilleures conditions possibles. (22)

Ce sont des structures accessibles sans inscription qui constituent un espace de jeu adapté au jeune enfant et un lieu de parole, d'écoute et d'échange pour les parents. (23)

Ils sont souvent un premier lieu de sociabilité pour l'enfant et lui permettent d'aborder les premiers contacts avec lui-même, l'autre et son environnement. Les LAEP favorisent également les échanges entre parents afin de pallier aux phénomènes d'isolement et d'exclusion d'un certain nombre de familles. Ils peuvent ainsi trouver dans ces structures, un ensemble de bénévoles ou de professionnels présents pour répondre à leurs questions et inquiétudes. (24) (22)



Figure 12 : Les trois objectifs majeurs des LAEP (24)

3. Soins médicaux :

La santé est définie par l’OMS comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l’absence de maladie ou d’invalidité.** » (25) L’enfant en situation de précarité est souvent confronté à des difficultés d’accès aux soins médicaux. Un certain nombre de structures et de dispositifs ont été mis en place au fil des années afin de pallier à ces inégalités.

La CMU-C et l’ACS font partis de ces dispositifs. La Couverture Maladie Universelle (CMU-C) est une protection complémentaire santé gratuite et attribuée sous conditions de ressources et de résidence. (26) En France, 5,5 millions de personnes sont concernées, avec une répartition des bénéficiaires sur le territoire assez inhomogène. Ils représentent 7,4 % de la population totale en métropole. La région parisienne, le sud-est et le nord étant les trois territoires concentrant le plus de bénéficiaires. Ce pourcentage s’élève à 30,8 % dans les DOM. Les enfants de moins de dix ans représentent 26% de la population totale des bénéficiaires et 19 % ont entre 10 et 20 ans. Les mineurs représentent donc 45 % des CMU-C alors que l’effectif des 0-20 ans dans la population générale n’est que de 25 %. Ce dispositif touche un ensemble de quasiment 2,5 millions d’enfants. (27)(28) (Figure 13)

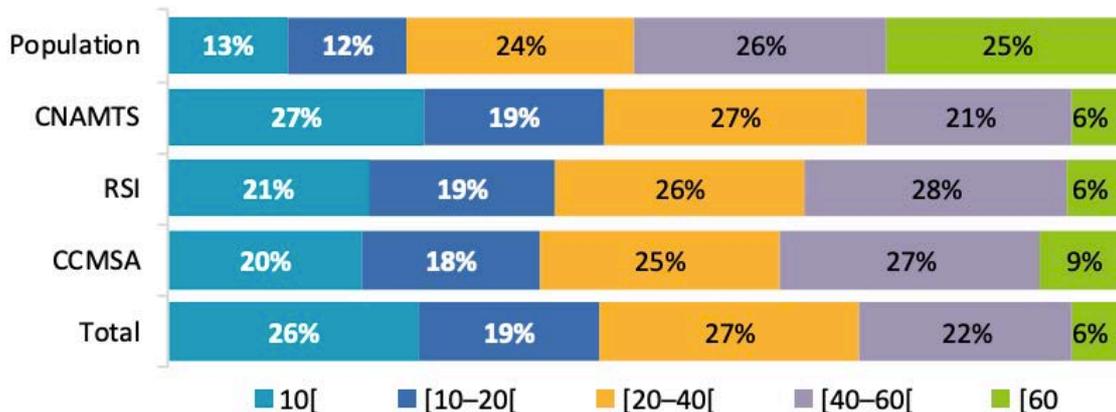


Figure 13 : Répartition par classe d’âge des bénéficiaires de la CMU-C en fonction des différents régimes sociaux en 2017 (en %) (27)

La Couverture Maladie Complémentaire (ACS) est une aide financière de l'Etat pour payer une complémentaire santé ou mutuelle. Elle est également attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Près de 1,58 millions de personnes bénéficient de cette aide en France. Comme pour la CMU-C, la répartition sur le territoire est inégale. En effet, le pourcentage de la population touchant l'ACS s'établit à 2,1 % en France métropolitaine et grimpe à 5,6 % dans les DOM. S'agissant de la répartition selon l'âge, un quart des bénéficiaires d'un chèque ACS a moins de 16 ans soit 395 000 enfants. (29) (28) (Figure 14)

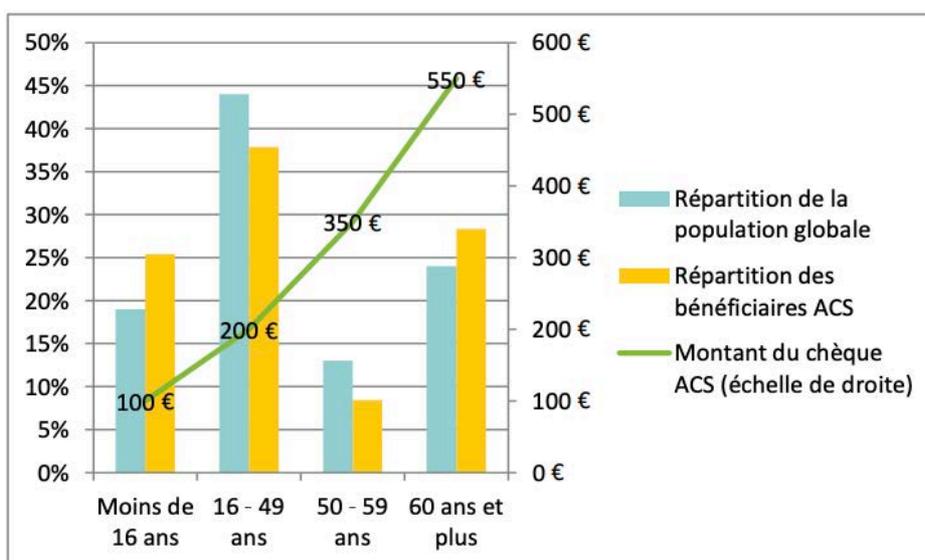


Figure 14 : Répartition des bénéficiaires ACS (en %) et des montants de chèques perçus par âge en 2014 (28)

Le nombre de demandes d'asile enregistré par les Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile (GUDA) en 2017 était de 121 200. Les cinq premiers pays demandeurs d'asile en France sont : l'Albanie, l'Afghanistan, Haïti, le Soudan et la Syrie. Le nombre de mineurs ayant fait une demande ou ayant fait l'objet d'une réexamination de dossier s'élève à 21 850 soit 18,02 %. (30)(31)

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière et précaire de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de ressources et d'une résidence stable, depuis au moins trois mois, et est valable un an. Une demande de renouvellement doit être faite tous les ans. (32). Cette aide bénéficie aux mineurs sans aucune condition lorsque leurs parents sont en

situation irrégulière, même si ces derniers n'en profitent pas ou ont un revenu dépassant le plafond. (33) En 2013, le nombre de bénéficiaires de l'AME s'élevait à 282 425. (34)

Face à l'augmentation exponentielle des phénomènes d'exclusion au cours des dernières années, le rôle social des acteurs de l'offre de soins auprès des populations précaires a fortement augmenté. Afin d'améliorer la santé de ces catégories de populations, plusieurs structures ont vu le jour. Elles ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins et sont composées des Protection Maternelle et Infantile (PMI), des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), des Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP) ou encore des Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO).

Le service de PMI est chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Les objectifs de ces structures sont d'organiser des actions de prévention médico-sociale et de consultations en faveur des femmes enceintes et des familles ayant des enfants de moins de six ans. Elles jouent également un rôle majeur dans l'accueil et l'accompagnement des jeunes enfants. Les notions de prévention et de protection sont au centre de ce dispositif. Les PMI assurent, en effet, des missions de santé telles que le suivi du développement des enfants avec les consultations médicales, les vaccinations, les visites à domicile d'une puéricultrice en cas de besoin ou encore les bilans de santé dès la naissance. Un suivi avec un psychologue, présent au sein des centres, peut également être proposé aux familles (Figure 15). En France, 18% des femmes enceintes et 20% des enfants (dont la moitié a moins d'un an) sont suivis par la PMI dans l'un des 5 100 points de consultations. Un ensemble de 9 000 professionnels travaillent dans ces services dont 2000 médecins titulaires. (35-37)

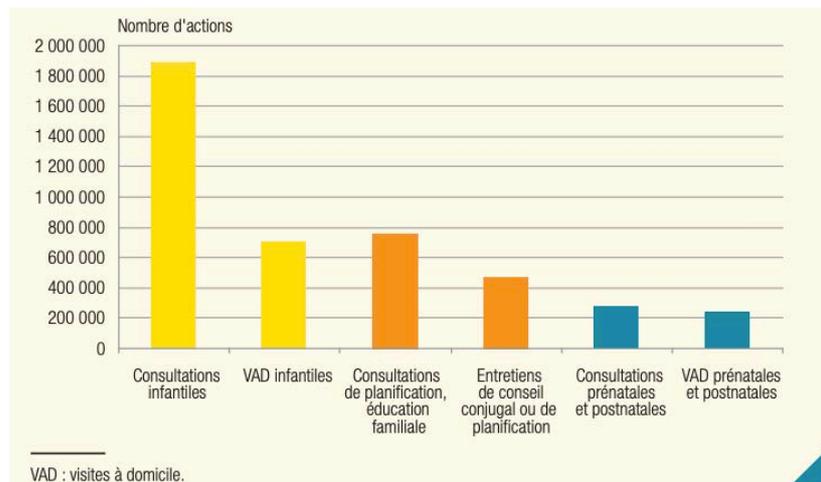


Figure 15 : Répartition des activités d'entretiens, des consultations et des visites à domicile de la PMI, estimation en 2012 (37)

Dans le début des années 2000, des PASS ont été créées dans les établissements de santé. Aujourd'hui 430 sont implantées sur le territoire et sont très majoritairement concentrées dans les hôpitaux publics de grande taille même si la tendance actuelle est à la diversification quant à l'installation des nouvelles structures (unité urbaine de petite taille et/ou zone rurale). (38)

Elles ont pour objectif principal d'accueillir et de prendre en charge le public en situation de précarité en leur facilitant l'accès au système de santé et en les accompagnant dans leurs démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Leurs champs d'action sont larges puisqu'elles peuvent prodiguer des consultations médicales généralistes et/ou spécialisées, des soins dentaires, une prise en charge des soins infirmiers ou encore la délivrance de médicaments. (38)(39)

Ces permanences sont destinées à une population ne bénéficiant pas d'une couverture médicale ou ayant une couverture seulement partielle.

La circulaire du 23 novembre 2005 a permis de réguler le cadre d'action des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP). Elles ont pour objectif d'intervenir hors des établissements de santé en se rapprochant au maximum des lieux de vie des personnes défavorisées afin de leur faire bénéficier d'un accompagnement et d'un suivi en cas de souffrance psychique. Elles jouent un rôle dans la prévention et la prise en charges des soins psychiatriques des populations les plus défavorisées. En

2011, près de 110 EMPP étaient référencées sur le territoire français avec une répartition adaptée en fonction des indicateurs de précarité région par région. (38)

Pour terminer, Médecin du Monde a créé des centres de soins, les CASO. Ils accueillent en grande majorité des migrants avec une proportion croissante de mineurs isolés qui ont été neuf fois plus nombreux à consulter entre 2011 et 2014.

Ce dispositif rassemble quinze centres d'accueil et un centre pédiatrique et a pour objectif d'accueillir, de soigner et d'orienter les personnes en difficultés d'accès aux soins. Ces centres, mobilisant des équipes pluridisciplinaires, sont ouverts à l'ensemble de la population précaire sans rendez-vous et proposent une prise en charge médicale ainsi qu'un accompagnement dans l'accès à leurs droits et aux dispositifs publics de soins. En 2017, l'association dénombre trois programmes auprès des mineurs non accompagnés à Paris, Nantes et en Normandie afin de les assister dans leurs démarches. La même année, 24 338 personnes ont été accueillies dans les CASO, les mineurs représentant 14,3 % de la population reçue. (40)(41) (Figure 16)



Figure 16 : Pyramide des âges des personnes reçues dans les CASO en 2017 (en %) (40)

C. La santé bucco-dentaire chez le jeune enfant en situation de précarité

1. Lien entre état de santé bucco-dentaire et précarité

La maladie carieuse est une pathologie infectieuse multifactorielle complexe. Bien que le processus carieux concerne tous les individus ayant des dents, la fréquence de la carie varie entre les populations et les individus et chez un même individu au cours de sa vie. L'état de santé se caractérise par des interactions entre facteurs sociaux, économiques, psychologiques et comportementaux : ce sont les déterminants de santé. Ces déterminants, notamment comportementaux (brossage des dents, utilisation du fluor, hygiène alimentaire) associés aux conditions d'accès aux soins posent des questions d'égalité face à la santé. Le modèle des déterminants de santé orale par Watt et Sheiham montre explicitement qu'un contexte socio-économique difficile impliquera par la suite une santé bucco-dentaire altérée. (42) (43) (Figure 17)

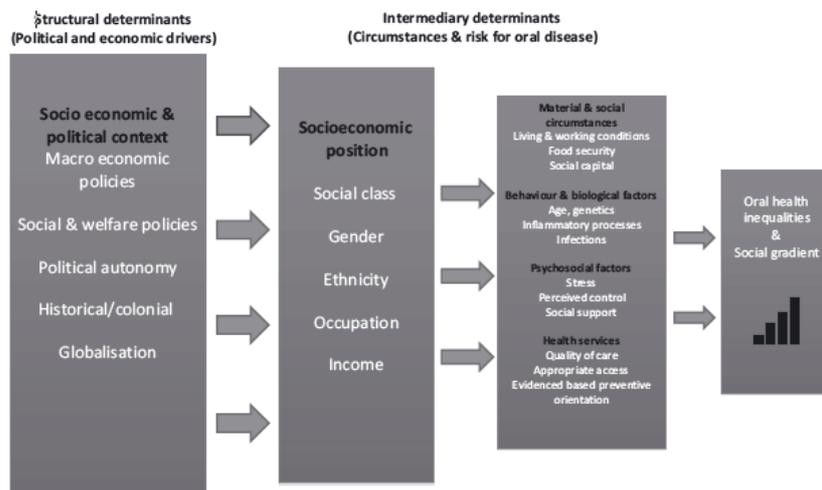


Figure 17 : Le modèle des déterminants de santé orale de Watt et Sheiham (43)

En effet, une étude datant de 2013, a montré que malgré le fait que la santé bucco-dentaire des enfants s'est améliorée ces vingt dernières années, des inégalités sociales dans le recours aux soins persistent. Lorsque neuf enfants de cadres sur dix sont indemnes de carie à 6 ans, ils sont seulement 7 enfants d'ouvriers sur dix à ne jamais avoir été atteint d'une carie dentaire. Ces disparités sont également

applicables à la fréquence des consultations chez le chirurgien-dentiste puisque 8 enfants de cadres sur dix ont consulté dans l'année contre seulement 6 chez les enfants d'ouvriers. (44)

Le graphique ci-dessous permet de mettre en évidence un certain nombre de notions importantes (Figure 18).

Tout d'abord, comme expliqué précédemment, les conditions économique et sociale jouent un rôle principal dans l'apparition du phénomène carieux. Il existe une grande disparité de répartition de la maladie carieuse selon la profession des parents, et cela, à tous les âges de l'enfance. Les populations les plus touchées sont les enfants d'indépendants, d'employés, d'ouvriers et autres situations (chômeurs et inactifs).

D'autre part, la part des enfants ayant déjà eu une carie à tendance à croître avec l'âge. En effet, la proportion d'enfant carié est multipliée par plus de quatre pour la catégorie des cadres passant de 8 % à six ans à 34% lorsque les enfants sont en 3^{ème}. Elle est quasiment multipliée par deux pour les ouvriers : 30 % des enfants de grande section contre 58 % à quatorze ans.

Enfin, ce graphique permet également de voir la proportion de caries non traitées. Même si la proportion des caries n'ayant pas été soignées diminue avec l'âge, et ce, pour toutes les catégories socio-professionnelles, les enfants de cadres et de professions intermédiaires demeurent ceux avec le plus faible taux de carie. La population la plus touchée par ce phénomène reste les catégories socio-économiques plus fragiles tels que les ouvriers, les chômeurs et les inactifs. Les enfants scolarisés en Réseau d'Education Prioritaire ont plus de deux fois plus souvent au moins une carie non traitée qu'ils soient à la maternelle ou en CM2 comparé aux enfants scolarisés hors REP. On estime à 16 % le nombre de caries non soignées en REP contre 7 % hors REP. (44)(45) (Figure 18)

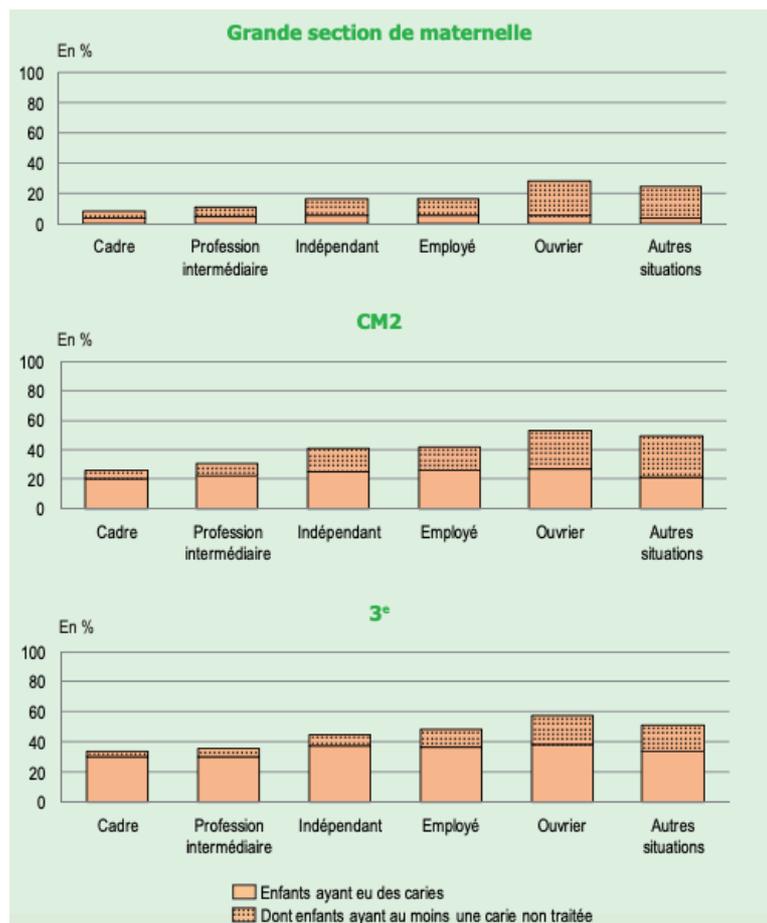


Figure 18 : Part des enfants de grande section de maternelle, de CM2 et de 3e ayant déjà eu une carie et part de ces caries non soignées de 2005 à 2009 (en %) (44)

Le renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est une réalité en France. En effet, il concerne 15,4 % de la population. Les barrières économiques se concentrent surtout sur les frais dentaires puisque sur ces 15,4 %, le taux de renoncement aux soins dentaires est de 10 %. (46)

Une étude datant de 2008 a établi un lien entre le niveau de précarité et le taux de renoncement aux soins pour raison financière. Pour définir ces scores de précarité, il a été pris en compte :

- Les expériences passées de difficultés au cours de la vie : période d'inactivité, difficultés financières, isolement, absence de logement fixe ;
- La situation présente ou récente durant la dernière année : difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances ;

- La perception du futur proche : crainte de perdre son emploi, de l'isolement au cours de l'année qui vient.

Il a donc été décidé de construire un score en additionnant ces événements passés, présents et futurs de façon à identifier les effets de cumul et de gradient de précarité sur l'accès financier aux soins. (46)

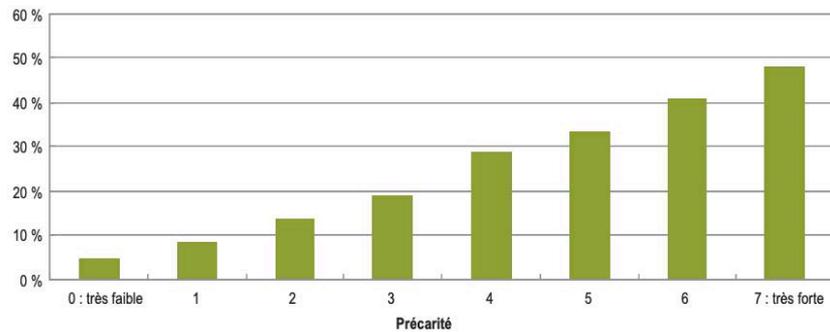


Figure 19 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction du score de précarité en 2008 (en %) (46)

Le graphique ci-dessus montre clairement une corrélation entre le score de précarité et le taux de renoncement. En effet pour un score à 0 équivalent à un score très faible, le renoncement est d'environ 5 %. Il est quasiment multiplié par dix pour les catégories les plus précaires (score à 7) (Figure 19).

2. Etudes du nombre de caries chez l'enfant précaire

Afin de pouvoir évaluer la santé bucco-dentaire, l'indice CAO est l'indicateur le plus couramment utilisé au niveau international. Il correspond au nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O). Lorsque l'unité de mesure est la dent, il peut aussi être appelé l'indice CAOD. (47)

Chez l'enfant, il est possible d'utiliser l'indice CAO mixte qui prend en compte les dents temporaires et permanentes. Depuis plusieurs décennies, la santé bucco-dentaire des enfants s'améliore et le pourcentage d'enfants indemnes de caries augmente. En effet, en vingt ans, l'indice CAO moyen mixte à 6 ans a été divisé par 2,7, passant en 2006 à 1,3. Le constat est identique chez les enfants de 12 ans puisqu'il a été réduit par un facteur de quasiment 3,3. Le nombre de caries chez l'enfant a donc diminué, mais il est aussi important de remarquer que le nombre d'enfant n'en n'ayant jamais eu a largement augmenté. Il a doublé chez les enfants de 6 ans et a été multiplié par 4,7 pour la population âgée de 12 ans. (47) (Figure 20)

		1987	1998	2006
Indice CAO moyen	mixte à 6 ans	3,73	-	1,38
	à 12 ans	4,20	1,94	1,23
% d'enfants indemnes de caries	à 6 ans (coCAO = 0)	30 %	-	63,4 %
	à 12 ans (CAO = 0)	12 %	40 %	56,0 %

Figure 20 : Évolution de l'indice carieux (CAO) et de la proportion d'enfants indemnes de caries de 1987 à 2006 (47)

Des disparités sont tout de même à relever en France. En effet, la catégorie socio-professionnelle des parents, la zone géographique d'habitation et le secteur éducatif jouent un rôle important dans la répartition assez inhomogène de cet indice CAO. L'ensemble des dispositifs, des structures et des mesures mis en place et détaillé précédemment contribue à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de l'enfant, et ce, pour toutes les catégories, mais certaines populations souffrent encore d'avantages de problèmes carieux. Les enfants de parents étant ouvriers, agriculteurs et au chômage ainsi que la population rurale et les jeunes scolarisés en ZEP sont les plus touchés par la maladie carieuse. (47) (Figure 21)

	Indice CAO		CAO = 0* (%)	
	1998	2006	1998	2006
Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)				
Agriculteurs	2,40	1,42	33,3	45,0
Commerçants	1,87	1,15	38,2	55,7
Cadres supérieurs	1,46	0,90	47,2	67,0
Professions intermédiaires	1,71	1,21	43,2	56,9
Employés	1,86	0,97	42,9	60,7
Ouvriers	2,32	1,55	31,6	50,3
Autres**	2,43	1,60	29,7	42,5
Zone géographique				
Zones rurales	2,12	1,59	36,1	48,1
Petites agglomérations***	2,16	1,16	35,2	58,1
Grandes agglomérations***	1,82	1,21	41,2	56,2
Secteur				
Hors ZEP	-	1,18	-	57,3
ZEP	-	1,49	-	48,5
Total	1,94	1,23	39,2	55,9

Figure 21 : Evolution de l'indice carieux (CAO) chez les enfants de 12 ans selon la PCS des parents, la zone géographique et le secteur éducatif en 1998 et 2006 (47)

Au niveau européen, il est possible de voir que vis-à-vis de pays comparables à la France au niveau économique, l'indice CAO à 12 ans des français est largement supérieur à l'Allemagne, la Suède et les Pays-Bas. Le pourcentage d'enfant sans carie est lui aussi moins bon. La prévention bucco-dentaire dans ces trois autres pays est plus intense, incitative et dense. L'efficacité des mesures préventives peut en partie expliquer les différences constatées sur la maladie carieuse chez les enfants de 12 ans. (48)

	Indice CAO à 12 ans	% de zéro CAO à 12 ans
France	1,23	56%
Allemagne	0,5	81,30%
Suède	0,7	65%
Pays-Bas	0,6	73%

Figure 22 : Indicateurs de la santé dentaire en France, Allemagne, Suède et Pays-Bas en 2015 (48)

Enfin, la carte ci-dessous permet d'avoir une idée plus globale de l'état de santé bucco-dentaire dans le monde. Elle répertorie les indices CAOD des pays chez les enfants de 12 ans. Il est possible de voir que la carie dentaire demeure encore un problème pour la plupart des pays industrialisés. En effet, peu de pays d'Europe ou encore d'Amérique du Nord enregistre un indice très bas inférieur à 1,2. La France fait partie de ces pays avec un indice bas compris entre 1,2 et 2,6. L'Asie et l'Amérique du Sud semble plus gravement touché par la maladie carieuse. La carie dentaire apparaît comme étant plus rare dans la plupart des pays d'Afrique. (49)(50) (Figure 23)

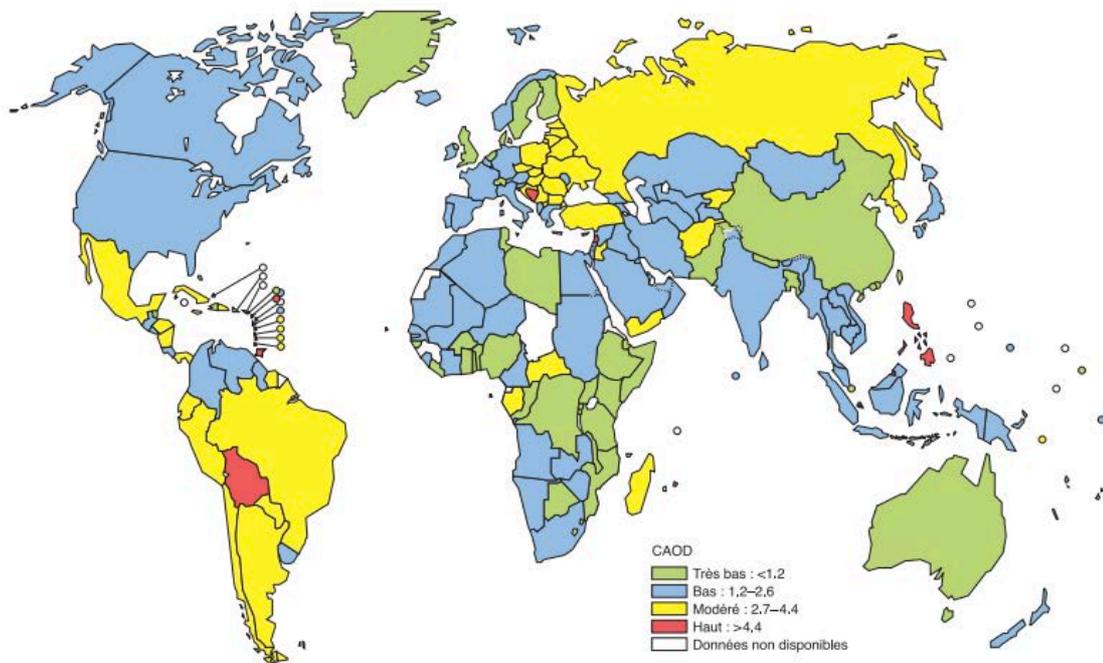


Figure 23 : La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans en 2000
(50)

II. Différentes actions de prévention bucco-dentaire à destination des enfants en situation de précarité

A. En milieu hospitalier : Hôpital Paule de Viguié, consultation précarité et grande précarité

Les actions de prévention mises en place dans le cadre de cette thèse ont débuté par des consultations en milieu hospitalier au sein de l'hôpital Paule de Viguié du CHU de Toulouse. Le Docteur Abbal Julie, pédiatre responsable de la consultation précarité et grande précarité, nous a permis de rencontrer des familles ayant des enfants en bas âges afin de leur transmettre des notions de prévention bucco-dentaire.

En amont de ses consultations, un questionnaire a été rédigé (Figure 24) et avait pour objectif de relever certaines informations telles que :

- les nom, prénom et date de naissance de l'enfant,
- les raisons de sa venue en consultation précarité,
- la présence ou non d'un suivi bucco-dentaire régulier,
- les antécédents potentiels de douleurs ou traumatismes dentaires,
- les habitudes bucco-dentaires.

Un examen clinique rapide était réalisé afin d'évaluer l'hygiène bucco-dentaire, l'état dentaire et la compliance des patients.

Ce questionnaire n'était pas rempli durant la consultation avec le ou les parents du patient mais, à posteriori, par moi-même avec l'aide du Dr Valera qui a été présente pendant les deux premières séances afin de me présenter à l'équipe du service de pédiatrie et de me guider sur le discours à adopter pour la prévention chez le nourrisson.

Date: _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Particularités : _____

Suivi bucco dentaires : oui non
 Si oui, fréquence et dernier rendez vous de suivi : _____
 Douleurs dentaires : oui non
 Atcd traumatismes : oui non
 Habitudes d'HBD (fréquence de brossage, matériel de brossage utilisé, contrôle parental) : _____

Examen clinique

- Evaluation hbd :
 - o Présence de plaque : oui non
 - o Présence de tartre : oui non
 - o Gingivite : oui non
 - o Autre: _____
- Atcd de soins : _____
- Etat dentaire :
 - o Nombre de dents saines :
 - o Nombre de dents cariées :
 - o Nombre de dents avec soins existants :
- Soins envisagés :
 - o Extractions :
 - o Tentative de soins :
 - o Soins conservateurs :
 - o _____
- Occlusion : _____
- Compliance : _____

Figure 24 : Questionnaire à destination des familles de la consultation de précarité de l'Hôpital Paule de Viguié

Les consultations se déroulaient, le plus souvent, entre la visite chez le pédiatre et la prise de sang effectuée par l'équipe de sages-femmes. Elles avaient lieu dans un bureau en présence de l'enfant et de ses parents.

Le Dr Abbal recevait deux types d'enfants : des nourrissons âgés de quelques jours à quelques mois et des enfants de deux ans en consultation de suivi.

Durant ces six demi-journées, il a été possible de voir quinze enfants et une femme enceinte. Le taux de personne ne venant pas aux rendez-vous était assez important. Entre quatre et six patients étaient programmés tous les jeudis matins, mais, souvent, seulement deux à trois venaient réellement en consultation.

Sur ces quinze patients, dix étaient des nourrissons dont l'âge était compris entre une semaine et neuf mois. Une majorité de ses enfants avait environ un mois. Les cinq autres étaient âgés de deux ans et venaient en consultation de suivi afin de faire des analyses de sang.

Ces enfants étaient présents dans cette consultation précarité et grande précarité car leurs mères étaient souvent porteuses du VIH ou d'une hépatite B. Neuf des quinze enfants étaient issues de mères VIH positives et quatre, de mères ayant une hépatite B. Seul un était intégré dans ces rendez-vous pour une infection à la naissance avec une CRP anormalement élevée en post-natal.

Au vu du profil très jeune des enfants présents dans ces consultations, la grande majorité du questionnaire envisagé s'est avérée difficile à remplir puisque ces nourrissons n'avaient pour la plupart pas encore de dents. La consultation avait pour but principal de délivrer des notions importantes de prévention pour les enfants en bas âge telles que :

- L'importance d'installer des habitudes d'hygiène bucco-dentaire dès le plus jeune âge malgré l'absence de dent en nettoyant les gencives lors du bain à l'aide d'une compresse ou d'un doigt humide.
- Les comportements à adopter lors des premières éruptions dentaires, en expliquant aux parents que la première dent de lait fait son apparition vers l'âge de 6 mois et est accompagnée de différents symptômes : pic de fièvre de 24 à 48 heures maximum, fesses rouges dues à l'acidité de la salive, hypersalivation, tendance à mettre ses mains à la bouche... Durant les consultations, il a été expliqué aux parents, qu'afin de calmer les enfants et de pallier à la douleur due à ces éruptions, un anneau dentaire refroidi au congélateur ou encore le massage de la gencive à l'aide d'un doigtier en silicone recouvert de petits picots souples étaient des solutions envisageables.

- Le matériel de brossage à utiliser, avec une brosse à dent souple et adaptée à l'âge de l'enfant dès l'apparition de la première dent et un dentifrice fluoré à partir de 2 à 3 ans. Il est inutile d'introduire le dentifrice avant cet âge-là ; un brossage efficace réalisé par un parent est suffisant. Il a semblé important d'insister sur le fait que lors de fratries, chaque enfant devait avoir à sa disposition un matériel adapté à son âge afin de se brosser les dents dans les meilleures conditions possibles.
- L'endormissement d'un enfant nourri au biberon : nous avons expliqué aux parents la nécessité de ne pas laisser un biberon à disposition des enfants au moment du coucher. Seulement de l'eau doit être autorisée, tous les autres liquides (lait, chocolat, sirop, soda), très sucrés, peuvent provoquer l'apparition de caries multiples caractéristiques du syndrome du biberon.
- Le suivi bucco-dentaire régulier : la première visite de contrôle chez un chirurgien-dentiste doit être faite aux alentours de 2-3 ans. Elle permet un premier contact avec l'environnement du cabinet et du matériel. Il s'agit souvent d'une consultation très rapide, mais qui permet à l'enfant d'appréhender ce nouveau milieu afin de diminuer le facteur stress lors des prochains rendez-vous. Ce contrôle a également pour objectif de vérifier l'absence de carie et la bonne hygiène bucco-dentaire ainsi qu'alimentaire.

Ces conversations avaient également pour objectifs de répondre aux interrogations des parents. Elles ont le plus souvent porté sur les douleurs lors des éruptions des dents de lait, la diversification alimentaire et l'âge idéal de la première consultation chez le chirurgien-dentiste. Sur les quinze enfants reçus, douze avaient déjà des frères et sœurs. Il a donc été possible d'élargir la prévention aux fratries, constituées d'enfants plus âgés. Des conseils sur le brossage (technique, matériel à utiliser, fréquence et temps de brossage) ainsi que des premières réponses à des questions portant sur l'orthodontie ont pu être prodiguées.

Concernant l'état des lieux des connaissances des parents en matière d'hygiène bucco-dentaire du nourrisson, il a été possible de noter qu'une très grande

majorité n'était pas sensibilisée à ce sujet. En effet, deux parents avaient déjà pris l'habitude de nettoyer les muqueuses de leur bébé et la totalité des parents d'enfants âgés de 2 ans n'avaient pas encore mis en place le brossage.

Il est tout de même important de relever que, sur les cinq enfants âgés de 2 ans, après un examen clinique rapide, aucune carie ou soins carieux n'a été relevé. Des brosses à dents et des dentifrices adaptés aux âges des enfants ont pu être distribués aux familles à la fin des consultations. Enfin, lorsque les parents le demandaient et qu'ils souhaitaient mettre en place un suivi pour leurs enfants plus âgés, les adresses des centres de soins de Ranguel et/ou de l'Hôtel Dieu leurs étaient données afin qu'ils prennent rendez-vous.

The image shows a handwritten dental questionnaire for a 2-year-old child named Tishany. The form includes the following fields and handwritten entries:

- Date: 28/01/18
- Nom: [Redacted]
- Prénom: Tishany
- Date de naissance: 01/10/2016
- Particularités: [Blank]
- Suivi bucco dentaires: oui non / mère VIH+ - enfant VIH-.
- Si oui, fréquence et dernier rendez vous de suivi: [Blank]
- Douleurs dentaires: oui non
- Atcd traumatismes: oui non
- Habitudes d'HBD (fréquence de brossage, matériel de brossage utilisé, contrôle parental):
 - habituelle 2x le papa commençait à se brosser les dents avec son papa, mais son papa brossait à dent et dentifrice.
 - écoute, pimentage, lait ou autre par l'adulte.
- Examen clinique
 - Evaluation hbd:
 - o Présence de plaque: oui non
 - o Présence de tartre: oui non
 - o Gingivite: oui non
 - o Autre: [Blank]
 - Atcd de soins:
 - Etat dentaire:
 - o Nombre de dents saines: 16 dents => 5 par arcade au arcade.
 - o Nombre de dents cariées: [Blank]
 - o Nombre de dents avec soins existants: [Blank]
 - Soins envisagés:
 - o Extractions: [Blank]
 - o Tentative de soins:
 - o Soins conservateurs: [Blank]
 - o [Blank]
 - Occlusion: de brève.
 - Compliance: bonne.

Figure 25 : Exemple de questionnaire rempli pour Tishany, 2 ans

Après ces déplacements au sein de l'Hôpital Paule de Viguier, il a été décidé, avec le Dr Valera, d'élargir cette prévention auprès de populations diverses dans des structures différentes.

B. Protection Maternelle et Infantile :

Dans la région Haute-Garonne, il existe 23 maisons des solidarités réparties sur l'ensemble du territoire. Le service d'odontologie pédiatrique du CHU de Toulouse a mis en place en 2018/2019 un programme d'éducation à la santé bucco-dentaire à destination de 10 PMI en réseau d'éducation prioritaire. J'ai eu l'occasion de me rendre à 2 de ces séances. L'objectif principal de ces visites était de rencontrer les familles venues en consultation dans la salle d'attente afin d'engager une discussion avec eux concernant la prévention bucco-dentaire chez l'enfant. Il était également important de transmettre aux équipes de pédiatres et de puéricultrices les notions nécessaires au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire. Le Dr Valera était présente lors des consultations afin de former les professionnels de santé des centres. Un contrôle de l'état bucco-dentaire des enfants était également réalisé dans le même temps.

1. Centre ville

Le premier déplacement en PMI s'est déroulé dans le centre-ville de Toulouse, dans le quartier de Marengo. Ce jour-là, l'absence du pédiatre a eu un impact direct sur la fréquentation du centre. En effet, peu de familles sont restées et nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer beaucoup d'enfants avec leurs parents. Il nous a tout de même été permis d'en voir six lors de cette demi-journée.

De plus, la population accueillie dans cette maison des solidarités était constituée en majorité de familles sans domicile fixe qui vivaient dans des hôtels ou à la rue. Il a donc fallu adapter le discours aux situations personnelles. Il est, en effet, compliqué d'expliquer à une famille comment constituer une alimentation saine et équilibré lorsque cette même famille n'a pas accès à une cuisine.

Le dialogue a été particulièrement difficile puisque les personnes présentes ne parlaient et ne comprenaient pas le français. L'anglais n'était pas non plus une solution car la langue était souvent très peu maîtrisée. Il nous a alors semblé important de réduire les messages de préventions aux notions primordiales et élémentaires afin d'être le plus audible possible et de ne pas noyer les éléments

importants avec un trop-plein d'informations. Afin de faire passer ces messages, nous avons utilisé différents supports :

- Des coloriages, qui portaient sur des thèmes variés :
 - les aliments afin d'expliquer aux enfants et aux parents l'importance d'une alimentation la plus équilibrée possible,
 - le brossage avec le matériel à utiliser pour se brosser efficacement les dents ou encore la quantité de dentifrice à utiliser,
 - le dentiste : le matériel qu'il utilise et l'importance de le consulter régulièrement.
- Des gestes et du mime pour expliquer la technique de brossage,
- Une application de traduction qui permettait de compléter l'information de façon un peu plus précise dans la langue natale des familles.

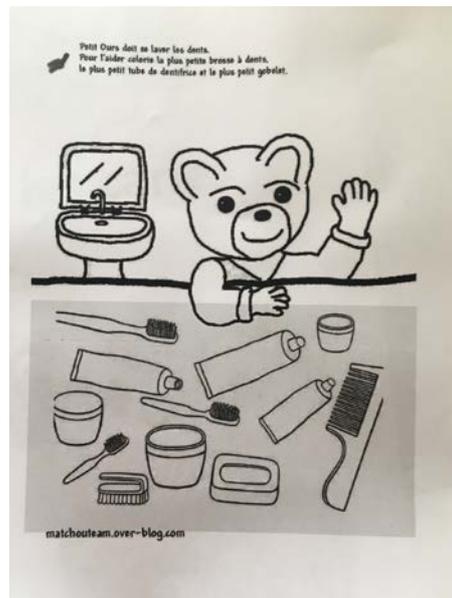


Figure 26 : Coloriage sur le matériel de brossage

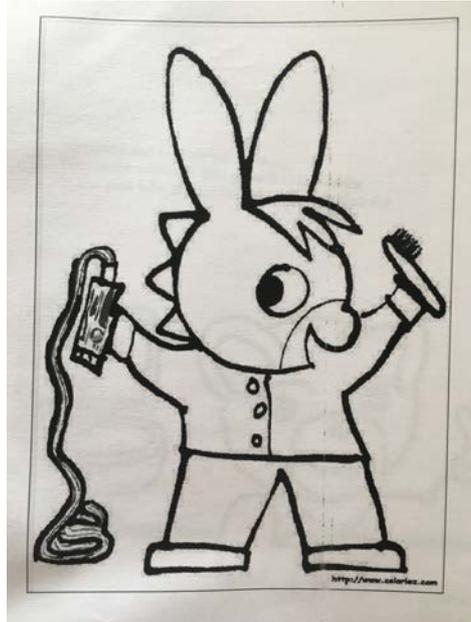


Figure 27 : Coloriage sur la quantité de dentifrice

L'utilisation de personnages connus des enfants tels que le petit ours brun ou l'âne trotro leur permettait de s'identifier davantage au jeu proposé. (Figure 26) (Figure 27)

En effet, sous l'aspect ludique et récréatif du coloriage, il était important de véhiculer un message de prévention comme ici avec :

- Le petit ours brun qui doit se laver les dents avec la brosse à dent et le dentifrice les plus adaptés. Cela nous permettait de voir avec les enfants quel type de matériel était à utiliser.
- L'âne trotro qui utilise une trop grande quantité de dentifrice

2. Borderouge



Figure 28 : Entrée de la PMI



Figure 29 : Maison des Solidarités de Borderouge (51)

La deuxième PMI que j'ai visitée se trouvait dans le quartier de Borderouge (Figures 28 et 29). A notre arrivée, la salle d'attente était déjà remplie et il a donc été possible de rencontrer davantage de familles lors de ce second déplacement. Nous en avons vu une quinzaine, la quasi-totalité des enfants présents était des nourrissons âgés d'un à quatre mois.



Figure 30 : Espace de dessin pour les enfants dans la salle d'attente



Figure 31 : Espace de jeu dans la salle d'attente



Figure 32 : Salle d'attente où se déroulait la prévention

Lors de cette intervention, nous avons proposé des informations de prévention dans la salle d'attente (figures 30 à 32). Le type de population était différent de la première PMI. En effet, les familles rencontrées étaient sédentaires et avaient un domicile fixe. Les conversations ont été plus simples que lors du déplacement dans la PMI du centre-ville. Les parents parlaient quasiment tous le français ce qui a facilité les échanges. Les messages de prévention ont donc été plus détaillés et se sont rapprochés des conseils donnés lors des consultations à l'hôpital Paul de Viguié.

Certaines mamans avaient déjà des enfants plus âgés, il a donc été possible de transmettre des notions de prévention pour le plus jeune enfant ainsi que pour les grands frères et sœurs absents. Les familles se sont montrées très réceptives à la démarche. Certaines ont posé des questions quant à la première consultation chez le chirurgien-dentiste ou encore le matériel à utiliser lors du brossage selon l'âge de l'enfant.

C. En milieu scolaire : école maternelle en Réseau d'Education prioritaire, Camille Claudel

Parallèlement à la campagne de prévention menée dans les PMI, le service d'odontologie pédiatrique du CHU de Toulouse a aussi mis en place en 2018/2019 un programme d'éducation à la santé bucco-dentaire à destination de la totalité des élèves de maternelle et de CP des écoles du quartier Bellefontaine à Toulouse (réseau d'éducation prioritaire). Au total, une quinzaine d'actions de prévention au sein des 6 écoles (maternelles et primaires) de ce quartier a été organisée par l'équipe d'odontologie pédiatrique, assistée d'étudiants en chirurgie dentaire. J'ai participé aux 3 séances effectuées à l'école maternelle Camille Claudel. Avec deux classes par demi-journée, il a été possible de rencontrer l'ensemble des élèves de cette école.

Il a été décidé de réaliser des actions de prévention bucco-dentaire dans ce quartier de la ville car il concentre une part importante des écoles maternelles et élémentaires en Réseau d'Education prioritaire. D'autre part, comme constaté précédemment, les enfants scolarisés dans les REP et REP+ sont plus fréquemment confrontés à la maladie carieuse.

Chaque classe était vue indépendamment et le discours était parfois adapté selon l'âge des enfants. En effet, l'école accueillait des enfants de la très petite section, âgés de deux ans, à la grande section (6ans).

Nous avons commencé ce programme avec deux classes de moyenne section. Dans chacune, trois ateliers ont été mis en place autour des notions telles que :

- L'hygiène bucco-dentaire et le brossage,
- L'hygiène alimentaire,
- La fonction et le rôle des dents,
- Les mécanismes de développement de la carie et le déroulement d'un rendez-vous chez le dentiste.

Les classes étant constituées en moyenne d'une vingtaine d'élèves, des groupes de six ou sept étaient créés par les maîtresses et répartis dans les différents ateliers qui duraient une quinzaine de minutes chacun.

Le premier était focalisé sur l'hygiène alimentaire des enfants. Pour cela, un jeu participatif a été créé. Deux cartes plastifiées étaient présentées aux élèves : l'une représentait une « dent heureuse » et l'autre une « dent triste ». Un ensemble d'aliments très variés, imprimés et plastifiés sous forme de grandes cartes était à la disposition des enfants. L'objectif était alors pour eux de définir si la consommation des aliments en question était bénéfique ou néfaste pour leurs dents. (Figure 33)



Figure 33 : Atelier concernant l'hygiène alimentaire

Les enfants se sont tous montrés très réceptifs à cet atelier. Cela nous a permis de révéler des comportements alimentaires cariogènes. En effet, dans la liste d'aliments se trouvait par exemple le soda et les bonbons. Une très grande majorité des enfants s'est avérée consommer de façon quasi journalière ces produits. L'atelier était donc là pour repérer les aliments les plus consommés par les enfants et faire passer un message de prévention en leur expliquant la potentielle dangerosité pour leur santé de les consommer fréquemment. De plus, une liste importante de fruits et légumes était présent dans ces photos, il a été possible de se rendre compte que certains n'étaient pas reconnus par les enfants et que leur consommation était assez rare.

L'argument du sucre présent dans ce type de nourriture leur était expliqué. Il faisait écho au troisième atelier qui permettait aux enfants de comprendre ce que la consommation excessive de ces produits pouvait engendrer sur leurs dents.

L'atelier alimentation était clôturé par un coloriage de fruits et légumes qu'ils conservaient avec eux et qui permettait à la maitresse de refaire un point avec les enfants dans l'après-midi sur ce qu'ils avaient appris et retenu des informations données dans la matinée (Figure 34). Le jeune âge des enfants présents dans ces classes de maternelles nous obligeait à rendre les ateliers les plus ludiques possible afin de ne pas perdre leur concentration et leur intérêt au fil des interventions. Ces coloriages avaient également pour objectif de laisser une trace visuelle aux enfants afin d'engager la discussion avec leurs parents à la maison.

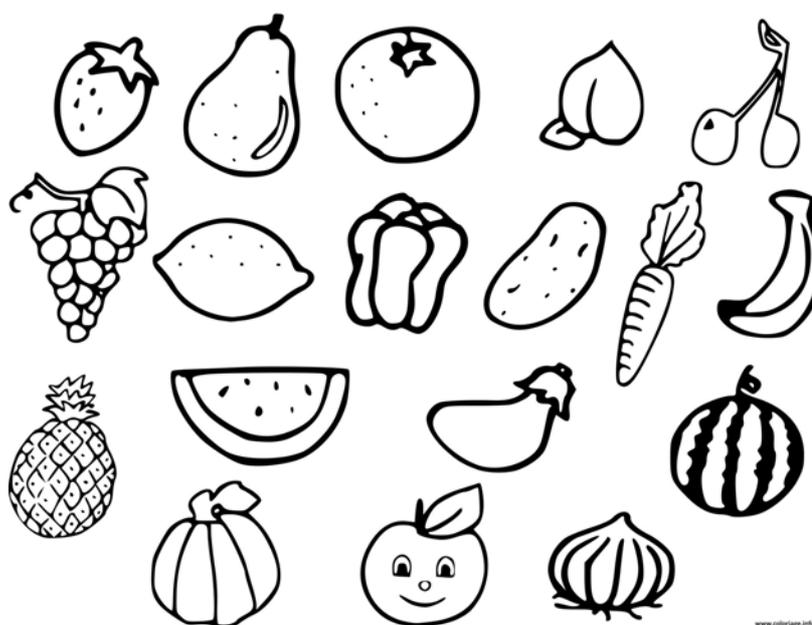


Figure 34 : Coloriage distribué aux enfants

La seconde thématique abordée lors des ateliers a été la fonction et le rôle des dents. Afin d'expliquer aux enfants les différents types de dents et ce à quoi elles servent, des supports visuels ont été utilisés. Nous avions à notre disposition des pancartes plastifiées représentant les groupes de dents. Chaque groupe était illustré à l'aide d'un dessin de la dent et de personnages de dessins animés bien connus des enfants afin qu'ils puissent plus facilement identifier les incisives, les canines, les

prémolaires ou encore les molaires. L'objectif était également d'arriver à les faire participer afin qu'ils assimilent le rôle des dents :

- Les incisives sont les dents qui permettent de couper,
- Les canines, pointues, permettent de déchirer,
- Les prémolaires et molaires servent à broyer et écraser.

Ce deuxième atelier nous paraissait intéressant pour sensibiliser les enfants à la fonction des dents et à l'importance de les garder en bonne santé afin de pouvoir s'alimenter correctement. Il était également clôturé par des coloriages. (Figure 35)



Figure 35 : Coloriage distribué aux enfants

Pour terminer, le dernier atelier rassemblait différents sujets : le brossage, les mécanismes d'apparition des caries et le déroulement d'un rendez-vous chez le dentiste



Figure 36 : Affiche support pour l'atelier brossage et mécanisme d'apparition de la carie

Afin d'aborder tous ces points, une trame était racontée aux enfants à l'aide d'une affiche (Figure 36). Il leur était alors demandé s'ils savaient pourquoi des caries apparaissaient sur les dents. Un grand nombre était conscient que le sucre pouvait en être à l'origine. Le défaut de brossage était la cause citée en second.

De façon imagée et adaptée à leurs âges, le mécanisme de développement des caries leur était alors expliqué : « le sucre attaque la dent et crée une multitude de microbes, qui lorsqu'ils sont trop nombreux, deviennent suffisamment gros et méchants pour creuser un trou dans la dent et causer la carie. »

Il était donc important par la suite de discuter des solutions pour éviter que ce phénomène n'arrive. Le brossage dentaire était alors abordé.



Figure 37 : Matériel de démonstration utilisé pour l'atelier brossage

A l'aide d'un modèle et d'une brosse à dent, la technique de brossage était montrée (Figure 37 à 39). Nous avons pu nous rendre compte en leur demandant de mimer le geste avant de leur faire la démonstration que très peu d'enfants maîtrisait le brossage. En effet, beaucoup effectuait un nettoyage selon un mouvement horizontal. Il a donc fallu apprendre aux élèves les bons gestes. Chaque enfant a manipulé à tour de rôle les deux modèles à notre disposition afin de s'exercer sur le brossage vertical, « du rose vers le blanc ». Cet exercice était complété par d'autres conseils tels que :

- La quantité de dentifrice ne doit pas dépasser la taille d'un « petit pois », surtout pour de jeunes enfants qui ont tendance à l'avaler,
- Le type de brosse à dent à utiliser : souple avec une petite tête, adaptée à l'âge de l'enfant,
- Le temps de brossage doit durer deux minutes avec la possibilité de s'aider d'un sablier ou d'une musique,
- Les deux brossages journaliers :
 - Le premier, le matin après le petit déjeuner avant de partir à l'école,
 - Le second, le soir après manger et avant d'aller se coucher.



Figure 38 : Démonstration de la technique de brossage



Figure 39 : Démonstration technique de brossage

Cet atelier était clôturé par l'explication du déroulement d'une séance chez le dentiste. Pour cela, nous avons à disposition le matériel élémentaire utilisé lors d'une consultation tel que : le miroir, la sonde et la précelle.

Les trois leur étaient montrés et expliqués : le miroir permet au dentiste de regarder toutes les dents, la sonde a pour objectif de vérifier si les dents ne sont pas cariées et la précelle, de tenir un morceau de coton et de mettre le pansement à la fin du soin carieux. Le but de ces manipulations était de rassurer les enfants et de leur montrer que ces instruments n'étaient pas synonymes de douleurs.

Les comportements à adopter lors du rendez-vous leurs étaient également expliqués :

- L'installation sur le fauteuil qui pouvait bouger, s'incliner et se lever,
- L'examen bucco-dentaire nécessitant de la part des enfants une ouverture buccale suffisante pour que le dentiste puisse voir l'intégralité de la cavité buccale.

Cela nous donnait l'occasion de leur faire ouvrir la bouche. Il a été possible de se rendre compte que le pourcentage d'enfants polycariés était très important. En effet, la quasi-totalité des enfants de l'école maternelle Camille Claudel présentait de multiples lésions carieuses. Le choix de cette école maternelle de REP s'est donc avéré intéressant puisque la population était directement touchée par la maladie carieuse et la prévention bucco-dentaire était nécessaire au vu du peu de connaissance sur la maintenance d'une hygiène correcte.

Après les séances dans les 2 classes de moyenne section, la dernière demi-journée fut consacrée aux classes de petite section et très petite section. Pour ce déplacement, au vu de l'âge moyen des enfants, il a été nécessaire d'adapter les interventions. En effet, le discours et les termes employés ont dû être légèrement modifiés afin d'utiliser un vocabulaire plus imagé. Le temps accordé à chaque atelier a été raccourci et celui sur la fonction des dents a été remplacé par un coloriage. Il ne nous paraissait effectivement pas adapté à des enfants de trois ans.

Conclusion :

Ces déplacements dans 3 types de structure recevant des familles en situation de précarité nous ont permis de toucher une population variée afin de délivrer des messages de prévention bucco-dentaire :

- Aux parents, dans un premier temps, lorsque l'âge des enfants ne nous permettait pas de nous adresser directement à eux.
- Aux enfants dans les salles d'attente de PMI et dans les écoles dans un second temps.

Le maintien d'une hygiène bucco-dentaire satisfaisante et d'une alimentation équilibrée et diversifiée passe par des interventions qui devraient être répétées au cours de la vie scolaire de l'enfant. Il paraissait important de cibler ces populations précaires davantage touchées par la maladie carieuse. Le choix de cette tranche d'âge nous a permis de délivrer un message de prévention de façon précoce afin d'éviter des comportements alimentaires et d'hygiène à risque et ainsi de tenter de diminuer à plus long terme l'indice carieux de ces jeunes enfants en situation de précarité.

Vie de Valère
23/10/19



Le président du
Jury
F. Vayne

Bibliographie :

1. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social; 1987 février.
2. Danguy V, Blanchoz JM, Birou G, Duboc B. Amélioration de la santé buccodentaire des personnes en situation de précarité des soins pour tous- Série évaluation en santé n 4 - [Internet]. [cité 5 avr 2019].

Disponible sur: <https://docplayer.fr/4378954-Amelioration-de-la-sante-buccodentaire-des-personnes-en-situation-de-precarite-des-soins-pour-tous-serie-evaluation-en-sante-n-4.html>
3. Bourdelais P. Qu'est-ce que la vulnérabilité? Ann Demogr Hist. 2005;no 110(2):5-9.
4. Assurance Maladie. Rapport d'étude. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'assurance maladie. 2005 oct.
5. Qui sont les pauvres en France? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2012 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>
6. Cingolani P. La précarité. Collection Que Sais-Je. Editeur Presse universitaire de France 2006;2e éd.(3720):5-20.
7. Le salaire médian en France est de 1.710 euros net par mois [Internet]. RTL.fr. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.rtl.fr/actu/conso/le-salaire-median-en-france-est-de-1-710-euros-net-par-mois-7794751410>
8. Versini D. Rapport réalisé pour Anne Hidalgo. Les enfants vivant des situations de précarité visibles ou invisibles à Paris. :48, septembre 2013.
9. Marchand S, Moutier C, Grenier G. Rapport. Les enfants de familles pauvres en Ile de France. Insee; 2011.
10. Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : Tous les établissements de type Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443.html>
11. Ministère de l'intérieur. L'hébergement des demandeurs d'asile [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile>. [cité 6 avr 2019].

- Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile>
12. Adoma, Ministère de l'intérieur. Le dispositif ATSA. NP/DIS 25-09-2013
 13. Action sociale. Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : Tous les établissements de type Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214.html>
 14. Thiery N. L'hébergement de femmes accompagnées d'enfants en chrs : quelle incidence sur l'identité parentale ? Sociétés Jeun En Diffic Rev Pluridiscip Rech [Internet]. 15 juill 2008 [cité 6 avr 2019];(n°5).

Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sejed/2992>
 15. Les formes du non-logement en France [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Les-formes-du-non-logement-en-France>
 16. CNLE. Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2015 [Internet] [cité 6 avr 2019]

Disponible sur : <http://www.cnle.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-la-pauvrete-1449>
 17. Fondation Abbé-Pierre. L'état du mal logement en France. 2018. Report No.: 23.
 18. Versini D. Rapport. Analyse des besoins sociaux - Familles à l'hôtel. Centre d'action sociale de la ville de Paris; 2013.
 19. Stéfanou A. L'éducation prioritaire - État des lieux. février 2018; Report DEPP (n°18-02):4.
 20. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Refondation de l'éducation prioritaire - La politique de l'éducation prioritaire : les réseaux d'éducation prioritaire REP et REP + - Éduscol [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid52780/la-politique-de-l-education-prioritaire-les-reseaux-d-education-prioritaire-rep-et-rep.html>
 21. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Répartition des réseaux d'éducation prioritaire en France [Internet]. [cité 6 avr 2019].

- Disponible sur: https://static.20mn.fr/medias/2014/ide_france-academies-rep.jpg
22. Caf du Pas de Calais. Guide méthodologique. LAEP : Lieu d'accueil Enfant Parent. Caf du Pas de Calais;
 23. Parentalité : les lieux d'écoute et de rencontre avec d'autres parents [Internet]. toulouse.fr. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.toulouse.fr/web/petite-enfance/lieux-accueil-enfants-parents>
 24. Caf du Calvados. Site internet. Les lieux d'accueil Enfants Parents (LAEP) dans le Calvados. 2015 sept. [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur : <http://www.parents-toujours.info/Les-lieux-d-accueil-enfants-parents-dans-le-Calvados>
 25. Ravaud J-F. Definition, classification and epidemiology of disability. Rev Prat. 20 oct 2009;59(8):1067-74.
 26. Service Public. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
 27. Wallon V, Fontaine-Domeizel E. Rapport d'activité 2017 - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. 2017.
 28. Sireyjol A. Dossier de la DRESS. La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes. octobre 2016;21.
 29. Service Public. Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13375>
 30. Responsable nationale Asile. Bilan de la demande d'asile en 2017 en France et en Europe. [Internet]. La Cimade. 2018 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.lacimade.org/demandes-dasile-france-2017-expliquer-limportant-hiatus-entre-chiffres-de-lofpra-ministere-de-linterieur/>
 31. Eurostat. Statistiques sur l'asile - Statistics Explained [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#C3.82ge_et_sexe_des_primo-demandeurs

32. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
33. En situation irrégulière - AME [Internet]. ameli. [cité 9 avr 2019].
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
34. Nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État [Internet]. data.gouv.fr. [cité 9 avr 2019].
Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/15062-nombre-de-beneficiaires-de-laide-medicale-detat/>
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la DRESS. La protection maternelle et infantile (PMI) [Internet]. 2017 [cité 6 avr 2019].
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
36. Centres de protection maternelle et infantile (PMI) [Internet]. data.gouv.fr. [cité 6 avr 2019].
Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/centres-de-protection-maternelle-et-infantile-pmi/>
37. Amar E, Borderies F. Les services de PMI : plus de 5000 sites de consultations en 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015 avril. Report No.: 0913.
38. Circulaire n°DGOS/R4/2013/246. Précarité : accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 6 avr 2019].
Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
39. ARS. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. 2017 [cité 6 avr 2019]. 20 février 2017
Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
40. Le Bihan Y. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde 2017
41. Centres de soin Caso | Médecins du Monde [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/centres-accueil-soins-orientation-caso>

42. HAS. Recommandations en Santé Publique. Rapport. Stratégies de prévention de la carie dentaire. HAS; 2010 mars.
43. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(4):289-96.
44. Calvet L, Moisy M, Chardon O. Rapport de la DRESS. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. : juillet 2013, n°847
45. Bohl DI. Rapport adopté par le Conseil national de l'ordre des médecins. Santé de l'enfant et de l'adolescent : prise en charge, octobre 2011
46. Despres, Dourgnon, Fantin, Jusot. Question d'économie de la santé n°170. Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. 2010;11.
47. Rapport de la DRESS. Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. Objectif 91. 2011
48. Zambrowski J-J, Agir pour la santé Santé Dentaire. Rapport. La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique. ASD; 28 mars 2018
49. Petersen PE, Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003. 2003; who/nmh/nph/orh /03.2
50. Bigorgne, Marion (2012) L'aide bucco-dentaire internationale : exemple du Cameroun. Thèse d'exercice en Dentaire, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
51. Borderouge : la Maison Des Solidarités vous ouvre ses portes [Internet]. CD31. 2018 [cité 27 juin 2019].

Disponible sur: <https://www.haute-garonne.fr/actualites/borderouge-la-maison-des-solidarites-vous-ouvre-ses-portes-0>

Tableau des figures:

Figure n°1 : Construction du score EPICES

Assurance Maladie. Rapport d'étude. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'assurance maladie. 2005 oct.

Figure n°2 : Répartition de la population pauvre selon le type de ménage en 2012 (en %)

Qui sont les pauvres en France ? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2012 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>

Figure n°3 : Répartition de la population pauvre selon le type de territoire en 2012 (en %)

Qui sont les pauvres en France ? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2012 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>

Figure n°4 : Taux de pauvreté des enfants en Ile de France en 2009

Marchand S, Moutier C, Grenier G. Rapport. Les enfants de familles pauvres en Ile de France. Insee; 2011.

Figure n°5 : Répartition de la pauvreté selon le niveau de diplôme en 2012 (en %)

Qui sont les pauvres en France ? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2012 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>

Figure n°6 : Répartition de la pauvreté selon la catégorie sociale en 2012 (en %)

Qui sont les pauvres en France ? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2012 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>

Figure n° 7 : Taux de pauvreté selon l'origine ethnique en 2012 (en %)

Qui sont les pauvres en France ? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2012 [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>

Figure n°8 : Répartition des REP et REP+ sur le territoire français en 2014

Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Répartition des réseaux d'éducation prioritaire en France [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur: https://static.20mn.fr/medias/2014/ide_france-academies-rep.jpg

Figure n°9 : Répartition des collèges à la rentrée 2017 (en%)

Stéfanou A. L'éducation prioritaire - État des lieux. février 2018; Report DEPP (n°18-02):4.

Figure n°10 : Origine sociale des élèves à la rentrée 2017 (en %)

Stéfanou A. L'éducation prioritaire - État des lieux. février 2018; Report DEPP (n°18-02):4.

Figure n°11 : Les compétences du socle commun en début de sixième en 2015-2016 (en %)

Stéfanou A. L'éducation prioritaire - État des lieux. février 2018; Report DEPP (n°18-02):4.

Figure n°12 : Les trois objectifs majeurs des LAEP

Caf du Calvados. Site internet. Les lieux d'accueil Enfants Parents (LAEP) dans le Calvados. 2015 sept. [Internet]. [cité 6 avr 2019].

Disponible sur : <http://www.parents-toujours.info/Les-lieux-d-accueil-enfants-parents-dans-le-Calvados>

Figure n°13 : Répartition par classe d'âge des bénéficiaires de la CMU-C en fonction des différents régimes sociaux en 2017 (en %)

Wallon V, Fontaine-Domeizel E. Rapport d'activité 2017 - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. 2017.

Figure n°14 : Répartition des bénéficiaires ACS (en %) et des montants de chèques perçus par âge en 2014

Sireyjol A. Dossier de la DRESS. La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes. octobre 2016;21.

Figure n°15 : Répartition des activités d'entretiens, des consultations et des visites à domicile de la PMI, estimation en 2012

Amar E, Borderies F. Les services de PMI : plus de 5000 sites de consultations en 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015 avril. Report No.: 0913.

Figure n°16 : Pyramide des âges des personnes reçues dans les CASO en 2017 (en %)

Le Bihan Y. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde 2017

Figure n°17 : Le modèle des déterminants de santé orale de Watt et Sheiham

Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(4):289-96.

Figure n°18 : Part des enfants de grande section de maternelle, de CM2 et de 3e ayant déjà eu une carie et part de ces caries non soignées de 2005 à 2009 (en %)

Calvet L, Moisy M, Chardon O. Rapport de la DRESS. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. : juillet 2013, n°847

Figure n°19 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction du score de précarité en 2008 (en %)

Despres, Dourgnon, Fantin, Jusot. Question d'économie de la santé n°170. Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. 2010;11.

Figure n°20 : Évolution de l'indice carieux (CAO) et de la proportion d'enfants indemnes de caries de 1987 à 2006

Rapport de la DRESS. Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. Objectif 91. 2011

Figure n°21 : Evolution de l'indice carieux (CAO) chez les enfants de 12 ans selon la PCS des parents, la zone géographique et le secteur éducatif en 1998 et 2006

Rapport de la DRESS. Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. Objectif 91. 2011

Figure n°22 : Indicateurs de la santé dentaire en France, Allemagne, Suède et Pays-Bas en 2015

Zambrowski J-J, Agir pour la santé Santé Dentaire. Rapport. La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique. ASD; 28 mars 2018

Figure n° 23 : La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans en 2000

Bigorgne, Marion (2012) L'aide bucco-dentaire internationale : exemple du Cameroun. Thèse d'exercice en Dentaire, Université Toulouse III - Paul Sabatier.

Figure n°24 : Questionnaire à destination des familles de la consultation de précarité de l'Hôpital Paule de Viguier

Figure n°25 : Exemple de questionnaire rempli pour Tishany, 2 ans

Figure n°26 : Coloriage sur le matériel de brossage

Figure n°27 : Coloriage sur la quantité de dentifrice

Figure n°28 : Entrée de la PMI

Figure n° 29 : Maison des Solidarités de Borderouge (51)

Borderouge : la Maison Des Solidarités vous ouvre ses portes [Internet]. CD31. 2018 [cité 27 juin 2019].

Disponible sur: <https://www.haute-garonne.fr/actualites/borderouge-la-maison-des-solidarites-vous-ouvre-ses-portes-0>

Figure n°30 : Espace de dessin pour les enfants dans la salle d'attente

Figure n°31 : Espace de jeu dans la salle d'attente

Figure n°32 : Salle d'attente où se déroulait la prévention

Figure n°33 : Atelier concernant l'hygiène alimentaire

Figure n°34 : Coloriage distribué aux enfants

Figure n°35 : Coloriage et jeu distribué aux enfants

Figure n°36 : Affiche support pour l'atelier brossage et mécanisme d'apparition de la carie

Figure n°37 : Matériel de démonstration utilisé pour l'atelier brossage

Figure n°38 : Démonstration de la technique de brossage

Figure n°39 : Démonstration technique de brossage

TITRE : PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE CHEZ LE JEUNE ENFANT PRÉCAIRE

RESUME :

La santé bucco-dentaire, facteur indispensable au maintien d'un bon état général et d'une qualité de vie appréciable, est préoccupante au sein des populations vulnérables, et plus particulièrement pour les plus jeunes. Dans ce contexte, nous avons mené des actions de prévention bucco-dentaire à destination des enfants en situation de précarité. Tout d'abord, nous sommes intervenus en milieu hospitalier à l'hôpital Paule de Viguier à Toulouse, dans la consultation précarité et grande précarité. Nous avons ensuite ciblé des centres de Protection Maternelle et Infantile et des écoles en réseau d'éducation prioritaire.

Nous avons donc mené des actions de prévention bucco-dentaire auprès d'une population pédiatrique en situation de précarité, et dans le même temps nous avons tissé des liens avec les professionnels de la petite enfance.

TITLE : PREVENTION OF DENTAL DISEASE AMONG CHILDREN AT RISK

ABSTRACT :

Oral health, an essential factor to maintain a good general condition and quality of life, is a concern for vulnerable populations, especially for the youngest. In this context, we conducted oral prevention actions for children in precarious situations. First of all, we intervened in hospital at Paule de Viguier in the precariousness consultation. We then targeted Maternal and Child Protection centers and schools in the priority education network in Toulouse. We have therefore conducted oral prevention actions with a precarious pediatric population, and at the same time we have established links with early childhood professionals.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Précarité, Vulnérabilité, Enfant, Prévention, Hygiène bucco-dentaire, Carie, Protection Maternelle et Infantile, Réseau d'Education Prioritaire, Maternelle

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

DIRECTRICE DE THESE : Docteur Marie-Cécile VALERA