

# SANTE BUCCO-DENTAIRE, PETITE ENFANCE ET PRECARITE : UNE ANALYSE DES FREINS ET DES LEVIERS A L'ACCES AUX SOINS A TRAVERS LE VECU DES FAMILLES

*Oral health, early childhood and precariousness: an analysis of the barriers and levers to access to care through the experiences of families*

Autrices : Alice Vabre<sup>1</sup>, Dr Isabelle Millot<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interne en Santé Publique, Université de Bourgogne.

<sup>2</sup> Directrice de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé – Bourgogne-Franche-Comté (Ireps-BFC).

**RESUME: Introduction:** la santé bucco-dentaire est un enjeu majeur de santé publique en raison de la fréquence des affections et de son impact sur la santé générale, la qualité de vie et l'insertion sociale. La plupart des affections seraient évitables par le biais de l'adoption de comportements favorables à la santé ainsi que par un recours aux soins facilité. Or des inégalités sociales en termes de santé bucco-dentaire et de recours aux soins sont présentes dès la petite enfance. Des actions de prévention et d'accompagnement dans le parcours de soins adaptées aux populations en situation de précarité sont donc nécessaires afin d'améliorer le partenariat avec les familles et la prévention et l'accès aux soins dès la petite enfance. Cette étude vise à explorer le rapport à la santé et aux soins bucco-dentaires de parents d'enfants de 1 à 6 ans identifiés en situation de précarité résidant dans l'agglomération dijonnaise. **Matériel et Méthode:** Etude qualitative exploratoire reposant sur la réalisation de 12 entretiens individuels semi-directifs et d'un focus group de 4 personnes réalisés en mars 2023.

**Résultats:** Les entretiens ont permis d'aborder différentes thématiques dont les représentations en santé bucco-dentaire, la relation de soin avec le chirurgien-dentiste et la consultation en cabinet dentaire. La santé bucco-dentaire est parfois associée à de mauvaises expériences vécues dans l'enfance entraînant une appréhension vis-à-vis des soins dentaires. L'importance de certaines qualités du chirurgien-dentiste telles que l'accueil, le contact, les explications et encouragements ont été soulignées. Au contraire, la peur du jugement, l'appréhension de la consultation, la non-connaissance du rôle de prévention du chirurgien-dentiste et les difficultés financières peuvent constituer des freins.

**Conclusion:** Cette étude réalisée auprès de parents en situation de précarité met en évidence l'importance de la relation de soin avec le chirurgien-dentiste et l'impact des représentations en santé bucco-dentaire. Des freins et des leviers aux recours aux soins ont pu être identifiés ainsi que des perspectives afin d'améliorer le partenariat avec les familles et l'accès aux soins et à la prévention telles que l'information et l'accompagnement des personnes en situation de précarité sur le rôle des professionnels de santé et les droits/dispositifs disponibles en santé. Développer la formation des professionnels de santé sur l'accompagnement des personnes en situation de précarité, notamment en incluant le savoir expérientiel des patients est également essentiel.

**MOTS CLES :** Santé bucco-dentaire, précarité, petite enfance, accès aux soins, prévention

**ABSTRACT : Introduction:** *Oral health is a relevant issue in public health due to the frequency of oral diseases and their impacts on health, social and professional insertion. Most of these affections could be avoided with healthy behaviors and easier use of care. However, social inequalities in health and access to care are present from early childhood. Prevention actions and support in the care pathway adapted to vulnerable populations are necessary in order to improve partnership with families, prevention and access to care from early childhood. This study aims to explore the representations about oral health and oral care from parents of children aged from 1 to 6 years old identified as being in a precarious situation and living in Dijon and its conurbation.*

**Methods:** Qualitative exploratory study based on 12 semi-structured individual interviews and 1 focus group of 4 parents realized in March 2023. **Results:** This study covered different themes, including the representations about oral health, the patient-dental surgeon relationship and the consultation at the dentist's office. Oral health is sometimes associated with bad childhood experiences leading to apprehension about dental care. The importance of certain qualities of the dental surgeon, such as the welcome, contact, explanations and encouragement, was emphasized. On the contrary, fear of judgment, apprehension about the consultation, lack of awareness of the dental surgeon's preventive role and financial difficulties can act as barriers. **Conclusion:** This study, carried out with parents in precarious situations, highlights the importance of the care relationship with the dental surgeon and the impact of oral health representations. Barriers and levers to healthcare use were identified, as well as prospects for improving partnerships with families and access to care and prevention, such as informing and supporting people in precarious situations about the role of healthcare professionals and the rights/facilities available in health. It is also essential to develop healthcare professionals's education on how to support people in precarious situations, in particular by including patients' experiential knowledge.

**KEYWORDS :** oral health, precarity, early childhood, access to care, prevention

## Introduction :

La santé bucco-dentaire est un enjeu important en santé publique en raison de la fréquence des affections, concernant tous les âges de la vie, et de ses impacts sur la santé générale, la qualité de vie et l'insertion sociale et professionnelle (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2021). Une grande majorité de ces affections serait évitable par le biais de la prévention et l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment sur les aspects de l'alimentation, de l'hygiène bucco-dentaire et de certains comportements (tabagisme et consommation d'alcool). Ces affections seraient aussi évitables par un recours aux soins facilité afin de dépister, proposer des traitements prophylactiques, d'identifier des lésions précoces ou d'assurer des soins adaptés si nécessaire.

La prévention et l'accès aux soins sont d'autant plus importants dès la petite enfance et dès l'apparition des premières dents, les premières années de vie étant essentielles à la construction d'une bonne santé bucco-dentaire (Baillon-Javon et al., 2012) .

Cependant, on constate en France un retard en matière de prévention dans ce domaine (Berdal, 2018) et un taux de recours aux soins bucco-dentaires nettement inférieur à d'autres pays européens selon une étude (Carlac'H et al., 2018). Des lésions bucco-dentaires prises en soin à un stade tardif peuvent pourtant être à l'origine de douleurs et de coûts économiques importants (Assurance Maladie, 2021).

Des études ont souligné l'effet bénéfique d'une approche préventive en santé bucco-dentaire (Lord et al., 2015).

Par ailleurs, d'importantes inégalités sociales sont présentes dès la petite enfance. Selon une étude de la Drees réalisée en 2013 en grande section de maternelle, 24% des enfants de parents appartenant à la catégorie socio-professionnelle (CSP) « ouvriers » ont des dents cariées non-traitées contre 4 % pour les enfants de parents de la CSP « cadre » (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees), 2017). Le lien entre précarité et troubles de la santé bucco-dentaire a aussi été démontré à de nombreuses reprises dans la littérature (Beynet & Menahem, 2002).

Cela pourrait s'expliquer par la présence d'habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire moins favorables à la santé dans les classes socio-économiques fragiles mais également en raison d'inégalités d'accès aux soins (Calvet & Moisy, 2013).

Afin de lutter contre ces inégalités d'accès aux soins, le dispositif Mt'dents a été mis en place par l'assurance maladie en 2007. Ce dispositif propose une consultation de prévention entièrement prise en charge financièrement et réalisée par le chirurgien-dentiste à son cabinet à différents âges de la vie (initialement à 6, 9, 12, 15 et 18 ans puis élargi ensuite à 3,6,9,12,15,18,21 et 23 ans). Malgré la gratuité et l'absence d'avance de frais, des inégalités sociales de participation à ce dispositif persistent (Calvet & Moisy, 2013), ce qui peut interroger sur la présence d'autres freins qui vont au-delà du seul aspect financier.

## **1. Contexte, justification et objectifs de l'étude :**

Une étude exploratoire a été réalisée de janvier à mai 2022 par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Bourgogne-Franche-Comté (IREPS-BFC) afin de mettre en place une action de promotion de la santé bucco-dentaire dans les classes de moyenne section en école maternelle portée par la Protection maternelle et infantile (PMI) de Côte-d'Or. La thématique des inégalités sociales a émergé dans les entretiens réalisés avec les professionnels de la PMI mais aussi avec les professionnels de l'éducation nationale. Les questions de l'accès aux soins bucco-dentaires et de la continuité des soins ont été soulevées, par exemple, lorsqu'une orientation chez le dentiste était recommandée par les professionnels de la PMI à l'issue du bilan réalisé chaque année en milieu scolaire en classe de moyenne section.

Des « obstacles » à cet accès aux soins étaient évoqués par les professionnels avec des questionnements pour améliorer l'accompagnement pour les populations en situation de vulnérabilité ou de précarité.

L'étude présentée ici a été réalisée dans le cadre d'une thèse en médecine entre novembre et avril 2023 et s'est centrée plus spécifiquement sur les questions d'inégalités sociales et de partenariat dans le parcours de soins ressortant de l'étude exploratoire citée ci-dessus ainsi que sur les données présentes dans la littérature.

Selon le modèle d'accès aux soins centré sur le patient (Levesque et al., 2013; Pegon-Machat et al., 2018), l'accès aux soins peut s'apparenter à un parcours composé de 4 étapes :

- « 1. Les besoins de soins de santé sont perçus
2. Le recours aux soins est recherché
3. Les structures de soins sont atteintes
4. Leur utilisation est effective et adéquate et permet une amélioration de la santé. »

Tout au long de ce parcours, des obstacles peuvent intervenir à chaque étape.

Afin de proposer et de mettre en place des actions adaptées de prévention et d'accompagnement dans le parcours de soins des familles en situation de précarité, il semblait nécessaire d'explorer les représentations liées à la santé et aux soins bucco-dentaires auprès de cette population. La volonté d'interroger les parents dans le cadre de cette étude s'explique par le constat dans la littérature que l'état de santé bucco-dentaire des enfants est fortement lié au cercle familial et aux représentations des parents concernant la santé et le système de soins (Blinkhorn et al., 2001; Mattila et al., 2000; Smith et al., 2020; Weintraub et al., 2010).

Les objectifs de cette étude ont été définis tels que :

Objectif principal : Explorer le rapport à la santé et aux soins bucco-dentaires de parents d'enfants de 1 à 6 ans identifiés en situation de précarité ou de vulnérabilité et résidant dans l'agglomération dijonnaise.

Objectifs secondaires :

- Décrire le rapport à la santé et la perception du besoin du soin en santé bucco-dentaire de ces parents
- Explorer leurs représentations, les freins et leviers au recours aux soins buccodentaires
- Identifier les leviers à mobiliser afin d'améliorer la prévention et l'accès aux soins en santé bucco-dentaire auprès des parents et de leurs enfants.

## 2. Méthode :

**Type d'étude :** Afin d'explorer les représentations et le vécu des personnes tout en tenant compte de l'environnement socio-économique, il a été décidé de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs. Un focus group a également été réalisé auprès de 4 personnes.

En complément de cette étude, une analyse de la littérature a également été réalisée sur les thématiques : inégalités sociales de santé, accès aux soins, renoncements aux soins, santé bucco-dentaire et petite enfance.



**Population de l'étude :** La population étudiée et ciblée sont les parents d'enfants âgés de 1 à 6 ans résidant dans l'agglomération dijonnaise et accompagnés par un service ou une association intervenant dans le secteur de la précarité. La tranche d'âge de 1 à 6 ans pour les enfants a été sélectionnée étant donné qu'il s'agit de la période d'apparition des premières dents de lait (entre 6 mois et 1 an), de la mise en place des habitudes d'hygiène bucco-dentaire et des questions autour de la diversification alimentaire avec le passage d'une alimentation semi-liquide à une alimentation solide (Haute Autorité de Santé (HAS), 2010).

Ainsi, les parents répondant aux critères d'inclusion énoncés ci-dessus ont été inclus dans cette étude. Les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection légale, d'une mesure de sauvegarde de justice ou incapable/hors d'état d'exprimer leur consentement ont été exclues.

**Recrutement des participants :** Les personnes ont été sélectionnées par le biais de 4 associations œuvrant dans le domaine de la précarité. Les entretiens étaient proposés par les salariés de ces associations aux parents répondant aux critères d'inclusion.

Un premier contact par téléphone était par la suite réalisé auprès des parents volontaires afin de présenter à nouveau l'étude, vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion et convenir des modalités de l'entretien selon leurs disponibilités.

Au final, 16 personnes se sont portées volontaires. 12 entretiens semi-directifs et 1 focus group ont été réalisés en mars 2023.

**Déroulement des entretiens :** Tous les entretiens se sont déroulés en face-à-face. L'entretien a débuté par un temps d'échanges et de présentation, avec également un temps consacré à la lecture, et aux explications de la notice d'information et à la signature du consentement éclairé. Avec l'accord de la personne interrogée, l'entretien était enregistré.

Le guide d'entretien était construit autour de 5 thématiques : la santé de manière globale, la santé bucco-dentaire, les freins et leviers à l'accès aux soins bucco-dentaires, l'accès à l'information et les besoins en prévention. Il a été adapté avec l'aide d'une professionnelle de l'association « la maison des familles » pour que les questions soient plus compréhensibles si une barrière de la langue était présente.

Un focus group a également été réalisé à la demande de l'une des associations et des 4 parents interrogés afin de permettre à l'une des professionnelles de l'association de traduire si besoin. Ce focus group a permis d'échanger dans un cadre convivial et de confronter les idées et expériences racontées par les parents.

**Analyse :** Les entretiens ont été retranscrits intégralement, avec une anonymisation des données, puis une analyse thématique a été réalisée avec codification manuelle et catégorisation des thèmes (Balard et al., 2016).

**Démarches réglementaires :** Une attestation de conformité MR-004 a été déposée (N°2225430).

Après vérification des critères, une attestation RGPD a été remise par le délégué de la protection des données de l'Université de Bourgogne et un avis favorable définitif du Comité d'Ethique pour la Recherche de l'Université Bourgogne-Franche-Comté (CER-UBFC) a été rendu en mars 2023.

### **3. Résultats**

Caractéristiques des participants : Au total, 12 parents ont participé à des entretiens individuels semi-directifs et 4 parents ont participé au focus group. On compte 15 femmes et 1 homme parmi les parents, l'âge des enfants allait de 2 mois à 16 ans et le nombre d'enfants de 1 à 6 enfants. (Cf tableaux 1 et 2 des caractéristiques des personnes ayant participé aux entretiens semi-directifs en annexe)

Les personnes ayant participé aux entretiens et au focus group sont nées et ont grandi dans différents pays avant d'arriver en France : Albanie, Algérie, Côte d'Ivoire, Djibouti, France, Géorgie, Maroc, Ukraine.

Analyse des entretiens : l'analyse des entretiens a permis d'aborder les représentations en santé bucco-dentaire, la relation de soin avec le dentiste et la consultation en cabinet dentaire.

### 3.1. Représentations en santé bucco-dentaire :

Quand la thématique de la santé bucco-dentaire a été abordée, cela a fait écho avec des expériences douloureuses vécues dans l'enfance par certains parents avec parfois aussi une peur de retourner chez le dentiste.

Ces expériences peuvent notamment influencer par la suite la manière d'aborder la santé bucco-dentaire avec les enfants.

« Quand j'étais enfant, je me rappelle comme si c'était hier, j'avais une carie. À 4 heures du matin, j'étais déjà prête, j'attendais mon papa devant la porte. Quand j'ai grandi, je me suis dit, je ne veux pas que mes enfants aient une carie, ça m'a tellement fait mal » (F3)

« Parce que moi aussi, j'étais comme elle quand j'étais petite. Ma mère disait : « il faut aller chez le dentiste, il faut soigner tes dents », je peux pas et en plus j'ai peur. Une fois elle m'a emmenée au dentiste et j'ai... comment dire... fui. (...) et quand je parle avec ma fille, j'ai dit : « tu ne laisses pas tes dents comme moi ». (P8)

« Mais oui, moi la santé des dents, super important parce que quand je vois là où j'en suis moi, je ne voudrais pas que ça arrive à mes enfants quoi. » (P1)

Pour certains parents, ces expériences ont pu entraîner une phobie vis-à-vis du dentiste qui peut être encore présente au moment d'accompagner les enfants dans un cabinet dentaire.

« En fait ma phobie c'est les dentistes depuis toute petite, pour faire simple. Et le fait de ramener les enfants chez le dentiste, déjà moi j'appréhende, donc déjà mon cœur il palpite à 200 à l'heure (...) Mais vu que j'aime pas aller chez le dentiste, j'essaie de ne pas le montrer. » (F4)

Par ailleurs, les messages transmis par leurs parents, dans la majorité des cas par leur mère, dans leur enfance ont été aussi spontanément évoqués. Ces mêmes messages semblaient être à leur tour transmis à leurs enfants.

### **3.2. La relation de soin avec le dentiste et la consultation en cabinet dentaire**

Au fil des échanges, la relation de soin avec le chirurgien-dentiste a été abordée par les parents interrogés. La réassurance, le bon contact, l'accueil et la confiance sont des notions qui sont revenues de nombreuses fois et semblent faciliter la consultation, notamment lorsqu'une appréhension est présente.

« C'est un jeune, Il est très gentil et dès que les enfants arrivent, ils n'ont pas peur d'aller chez le dentiste, parce qu'il est accueillant, il est souriant : « comment t'as grandi, qu'est-ce que tu as fait ? » « tu fais quel sport ? », il demande des choses comme ça, ça occupe l'enfant, et en même temps il dit « assieds-toi ». » (F3)

« Avec une accroche, parce que je dirais qu'avec un dentiste, il y a ce lien qui doit se créer et on dirait même une sorte de complicité parce que sinon ça peut pas marcher quoi, si la personne a une appréhension. Parce que de toute façon, c'est la discipline où il y a quand-même pour moi, le plus d'appréhension parce que les dents c'est vraiment important et ça peut être douloureux donc il faut vraiment trouver quelqu'un de sérieux quoi. » (P1)

La douceur a aussi été évoquée comme essentielle par certains parents.

« Les dentistes qu'on voit sont doux, il y avait un qui l'était pas, on a changé de suite. Il était très compétent d'ailleurs, mais il était pas très doux ni avec les petits, ni avec les grands. C'est quelqu'un qui fait son travail, il ne faut pas dire aïe, il ne faut pas fermer les yeux, il ne faut pas que j'aie peur, donc psychologiquement ça n'allait pas, donc on a tout de suite changé. » (P2)

La communication, les explications et les encouragements interviennent également dans la mise en place d'une relation de confiance avec le dentiste, et incitent les parents à revenir et les enfants à s'investir dans leur santé.

« Franchement ça se passe bien, elle s'occupe bien d'eux. Depuis 2019, que je leur amène mes enfants, le plus grand il a maintenant... ça fait 4 ans. Elle s'occupe bien, elle leur donne l'envie de prendre soin de leurs dents « tu vois ta maman elle s'occupe bien de vos dents, maintenant tu es assez grand, il faut prendre soin de tes dents, c'est pas la peine que maman te brosse

tout le temps » (...) Je l'aime bien. On s'entend bien en fait. Si il y a une très bonne communication entre le docteur et la personne, le docteur il t'explique, t'as toujours envie d'y aller » (P9)

La consultation est aussi un moment reconnu comme important pour s'informer sur la santé bucco-dentaire et acquérir de nouvelles connaissances, et éventuellement prendre conscience de certaines idées préconçues.

« Si on t'explique rien... On connaît pas. Il y a certaines choses qu'on apprend, qu'on découvre après. Les caries je pensais qu'on pouvait les avoir à partir... quand tu grandis. C'est ici en France que j'ai appris, qu'il y a des enfants à qui on arrache des dents.» (P9)

Le sentiment d'être mal accueilli ou mal considéré peut au contraire dissuader la personne de consulter un dentiste ou un autre professionnel de santé, pouvant entraîner un retard au niveau de la prise en soin.

« Si des fois tu es malade, tu vas te dire : « ah il te parle pas bien, il t'accueille pas bien ». Même si tu es malade, tu caches, tu te dis « ce n'est pas grave, ça va passer, ça va passer », c'est là où ça s'aggrave de plus en plus. » (P9)

La peur du jugement de la part du dentiste peut aussi freiner la prise de rendez-vous. Un parent interrogé exprimait par exemple sa difficulté pour reprendre rendez-vous chez le dentiste avec la peur de ne pas avoir fait les choses comme il fallait.

« Mais le problème maintenant, c'est qu'elle m'a fait les provisoires, ça fait un an. J'ai pas le temps d'y aller. J'ai pas le temps. Et des fois, je me demande si je vais y aller elle va dire quoi : « un an et maintenant tu reviens... » Je sais pas ». (P8)

Le rôle du chirurgien-dentiste était souvent abordé par les parents avec une approche centrée sur le curatif, le recours à la consultation survenant par exemple en cas de douleur. Le rôle de prévention du dentiste et la possibilité de proposer des traitements prophylactiques ne semblaient pas être connus par certains parents.

« En fait je me suis jamais posée la question de l'emmener chez le dentiste, pour moi c'était encore trop tôt. Mais par contre on lui apprend à se brosser les dents, elle adore sa brosse à dents pour se brosser les dents.(...) Ben c'est ça, je n'en ressens pas le besoin, je vais chez le dentiste quand j'ai mal à la dent mais je vais pas forcément y aller juste pour de l'entretien. Je ne vais pas penser à appeler pour ça. » (P7)

Certains parents exprimaient également un besoin d'information sur la manière de prendre un rendez-vous chez le dentiste.

« D'accord, donc moi je peux aller chez le dentiste pour la petite. Par exemple, je veux prendre un rendez-vous je dis quoi ? Parce que parfois je veux prendre un rendez-vous et je sais pas, surtout le dentiste. Le médecin, urgences, consultations, je sais mais le dentiste je sais pas. »



### **3.3. Synthèse des résultats**

Les résultats, après analyse des entretiens, ont été synthétisés sous la forme d'un schéma reprenant les 4 étapes du parcours d'accès aux soins du modèle d'accès aux soins centré sur le patient (Levesque et al., 2013; Pegon-Machat et al., 2018).

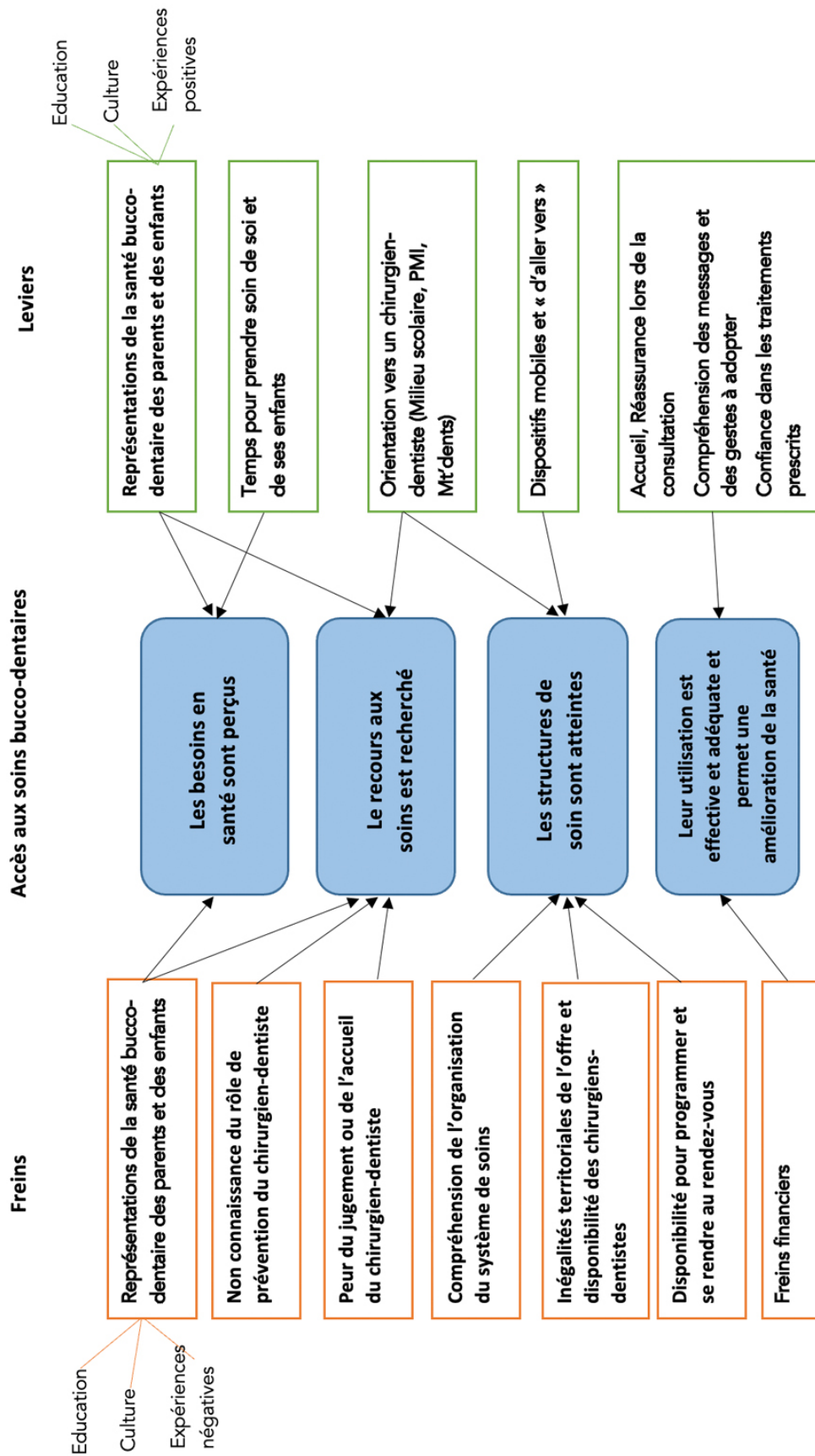


Figure 1 Freins et leviers à l'accès aux soins en santé bucco-dentaire des enfants de 1 à 6 ans. Inspiré du modèle d'accès aux soins centré sur le patient

## **4. Discussion :**

### **4.1. Forces et limites de l'étude :**

- **Forces :**

L'échantillon des personnes ayant participé aux entretiens est varié avec une diversité de situations rencontrées par les personnes, correspondant ainsi à la dimension multiforme de la précarité.

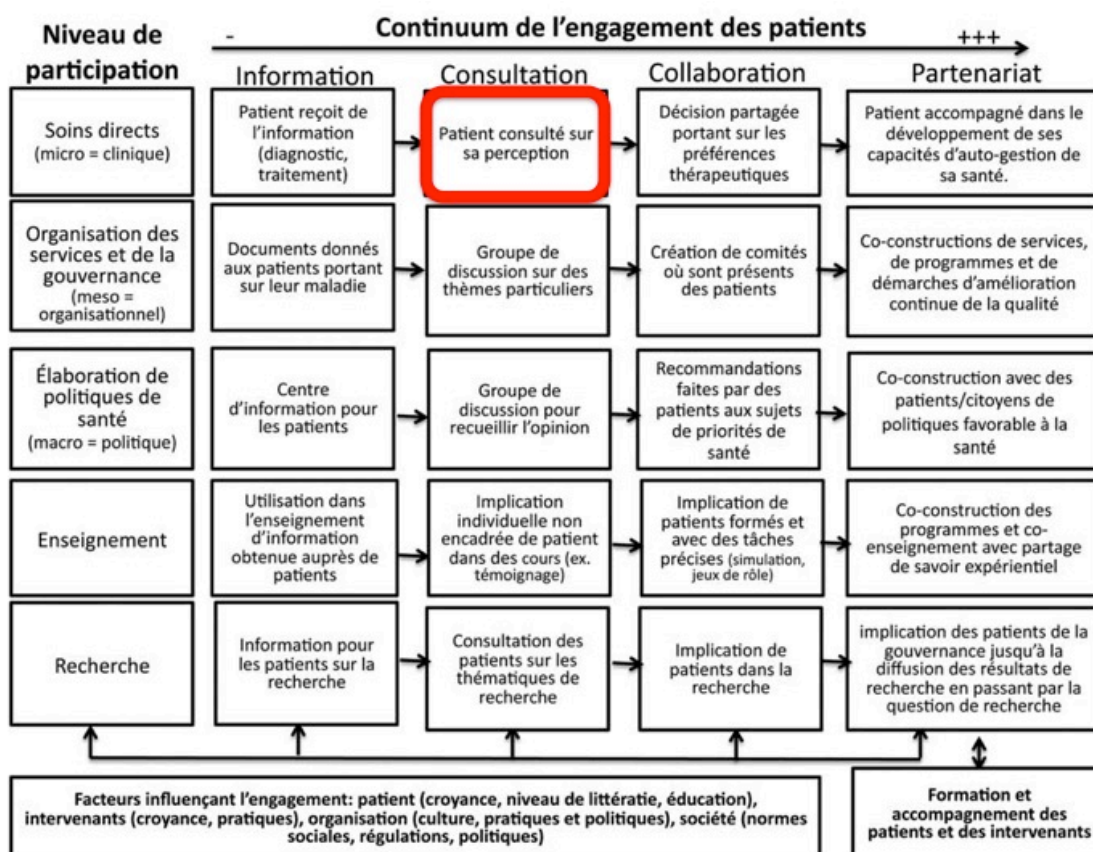
La thématique de la santé bucco-dentaire et les questions abordées répondent à un enjeu actuel en Santé Publique. L'étude a été aussi l'occasion d'initier une démarche de mise en place d'ateliers sur la santé bucco-dentaire auprès des parents dans l'une des associations ayant participé au recrutement en s'appuyant sur les expériences et besoins exprimés par les personnes interrogées. Le travail avec les associations dans le cadre de cette étude a également permis de proposer des entretiens dans des lieux dans lesquels les personnes se sentaient en confiance et libres de parler de ce qu'elles souhaitaient.

- **Limites :**

Si l'analyse des entretiens a toutefois permis de produire des résultats intéressants dans le cadre de cette étude exploratoire, le nombre de participants est relativement faible. Par ailleurs, cette étude exploratoire a peu abordé la thématique de l'alimentation auprès des personnes en situation de précarité, ce qui reste à explorer dans une étude complémentaire.

Les personnes ont été ici interrogées autour de la santé et des soins bucco-dentaires dans une approche centrée patient. Dans une approche de partenariat, il aurait été intéressant d'impliquer davantage les personnes interrogées à l'élaboration de la recherche. Cependant, en se basant sur le « Montréal Model », l'approche et l'étude présentée ici se rapproche du continuum d'engagement des patients au niveau de consultation des soins (Pomey et al., 2015) ( Figure 1).

**Figure 1**



L'étude avait en effet pour but d'interroger les personnes en situation de précarité sur leurs vécus, leurs représentations et leurs perceptions vis-à-vis de la santé, des consultations et des soins bucco-dentaires afin d'améliorer l'accès aux soins, favoriser une relation de confiance et

d'apprentissage/collaboration avec les professionnels de santé et d'intégrer davantage ces personnes dans le parcours de soins et le développement de leurs capacités et de leur autonomie concernant leur santé.

## **4.2. Synthèse :**

Cette étude a permis d'aborder la relation de soin avec le dentiste qui est apparue comme un élément essentiel dans la question de l'accès aux soins bucco-dentaires. Les résultats ont aussi pu mettre en évidence des freins et les leviers pouvant intervenir dans ce parcours d'accès aux soins.

À travers l'analyse des entretiens individuels et collectifs, un accent peut être porté sur les représentations de la santé bucco-dentaire des parents et des enfants. Ces représentations sont fortement influencées par l'éducation, les cultures et également les expériences positives ou négatives.

Par ailleurs, des éléments issus des résultats concordent avec les données de la littérature. La peur du jugement et la sensation de stigmatisation de la part des professionnels de santé pouvant être ressenties par les personnes en situation de précarité ont déjà été décrites dans des études comme des freins aux recours aux soins (Kelly et al., 2005; Mofidi et al., 2002).

Des études publiées sur la thématique de l'accès aux soins abordent aussi la notion du non-recours aux droits et aux prestations sociales en santé, telle que c'était le cas pour la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Ce non-recours serait en partie dû à un manque d'informations sur ces dispositifs par les personnes éligibles (Direction Générale de la Santé, 2020, 2022a, 2022b).

Cela rejoint un des résultats de cette étude concernant parfois le manque d'informations sur d'autres aspects en santé bucco-dentaire tels que le rôle des professionnels de santé ou la manière de prendre rendez-vous chez le dentiste. Ce rôle peut être représenté de différentes manières selon les personnes, leur vécu et les informations reçues. Certaines missions peuvent être ainsi parfois méconnues, telles que le rôle de prévention du chirurgien-dentiste et la possibilité/nécessité de réaliser des consultations à titre préventif.

Par ailleurs, en miroir, un besoin de formation des professionnels de santé sur l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la présence de préjugés ont été également cités dans une thèse de médecine générale (Ernst & Mériaux, 2013).

#### **4.3. Perspectives :**

Les résultats de cette étude, couplés à une analyse de la littérature, permettent ainsi d'envisager plusieurs leviers comme perspectives afin d'améliorer le partenariat avec la famille et l'accès aux soins bucco-dentaires dès la petite enfance :

- **Le travail autour des représentations (notamment négatives) liées aux professionnels de santé, ici chirurgien-dentiste.**

Les représentations et le rapport à la santé bucco-dentaire impactent considérablement la perception des besoins en santé bucco-dentaire et la recherche de soins. Dans cette étude, la santé bucco-dentaire et la consultation en cabinet dentaire faisaient souvent référence à des expériences douloureuses vécues dans l'enfance par les parents. Aborder les représentations autour de la consultation et de la santé bucco-dentaire avec les enfants mais aussi avec les parents qui les accompagnent semblent être essentiel.

Ce temps d'échange avec les parents sur la santé et les soins bucco-dentaires pourrait être réalisé par les différents professionnels de santé ou par le biais des associations accueillant les personnes en situation de précarité.

Le dispositif Mt'dents de l'Assurance maladie propose des examens de prévention bucco-dentaire pris en charge financièrement à différents âges de la vie (tous les 3 ans de 3 ans à 24 ans) via un courrier d'invitation envoyé à tous les parents mais également des temps de sensibilisation réalisés auprès des enfants en milieu scolaire autour de la consultation en cabinet dentaire.

- **Le renforcement de l'information sur le rôle des professionnels de santé et des services, notamment leur rôle en matière de prévention, de conseil ou d'accompagnement**

Dans les entretiens réalisés, le recours aux soins bucco-dentaires survient souvent lorsque la douleur est déjà présente et certains parents ne connaissent pas la possibilité de se rendre chez le dentiste en l'absence de douleur, en préventif. Le recours aux soins est davantage centré sur une approche curative et les traitements prophylactiques pouvant être proposés dans certains cas en amont des lésions (scellement des sillons, application de vernis fluoré) ne sont pas forcément connus. L'information sur le rôle du dentiste et de la consultation dentaire en prévention serait donc à renforcer. L'examen de prévention bucco-dentaire proposé pour les femmes enceintes à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et pris en charge financièrement par l'Assurance Maladie pourrait également être un temps important pour instaurer un lien de confiance avec le dentiste avant la naissance de l'enfant et bénéficier de conseils sur la santé bucco-dentaire.

- **Le renforcement de l'information sur les dispositifs et les droits disponibles en santé**

Une part des personnes éligibles à certains dispositifs et droits tels que la CMU-C ne les percevaient pas (Direction Générale de la Santé, 2020). Fin 2018, le taux de recours à la CMU-C parmi les personnes éligibles était de 66% (Direction Générale de la Santé, 2022a). La première cause évoquée est le manque d'information (Direction Générale de la Santé, 2022b).



L'absence de « besoin ressenti » ou la peur d'être stigmatisé en bénéficiant d'un de ces dispositifs ont aussi été mentionnés (Desprès, 2008) .

- **La formation des professionnels de santé sur l'accompagnement des personnes en situation de précarité**

Cette formation permettrait d'aborder l'accompagnement dans le domaine de la précarité mais aussi d'aborder les stéréotypes, les représentations ou les préjugés pouvant être présents vis-à-vis de la précarité. L'appropriation des outils de communication disponibles auprès des publics vulnérables, notamment lorsqu'une barrière de la langue est présente, est aussi importante.

Parmi ces outils, il y a par exemple des supports comme ceux disponibles sur le site Santé BD <sup>1</sup>, des imagiers pour la communication entre professionnels de santé et patients (Michel, 2018) et des outils et des guides sont aussi disponibles pour améliorer la littératie en santé comme le référentiel « Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible » (Allaire & Ruel, 2021).

---

<sup>1</sup> Site internet : <https://santebd.org/>

Inclure l'expérience des personnes en situation de précarité vis-à-vis du système de soins dans l'enseignement des professionnels de santé est par ailleurs indispensable pour améliorer l'accessibilité et la participation des personnes en situation de vulnérabilité ainsi que la mise en place d'une relation de confiance et d'apprentissage avec le professionnel de santé. L'apport du savoir expérientiel des patients dans l'enseignement a en effet déjà été documenté dans la littérature comme enrichissant et important afin d'améliorer la relation de collaboration avec les professionnels de santé (Pomey et al., 2015 ; Vanier et al., 2013 ; Gardien, E., 2020).

## **Remerciements**

Des remerciements particuliers à Lucie Cros et Elise Guillermet, respectivement sociologue et anthropologue à l'Ireps-BFC, pour leurs conseils avisés, leur relecture et les échanges toujours enrichissants.

Des remerciements aussi à toutes les personnes ayant accepté de participer aux entretiens et de partager une partie de leur vécu et points de vue.

## BIBLIOGRAPHIE

- Allaire, C., Ruel, J. (2021). Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible. Santé Publique France.
- Baillon-Javon, E., Cohen, F., Heiwy, C. (2012). Principes généraux de prévention en santé bucco-dentaire. *La santé de l'homme*, 417, 912.
- Balard, F., Kivits, J., Schrecker, C., Voléry, I. (2016). Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé: In Les recherches qualitatives en santé (p. 167-185). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0167>.
- Berdal, A. (2018). Dossier—Les dents : Miroirs de notre santé ? *INSERM, le magazine*, 40, 25-35.
- Beynet, A., Menahem, G. (2002). Problèmes dentaires et précarité (N° 509; p. 128). CREDES.  
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1369.pdf>
- Blinkhorn, A. S., Wainwright-Stringer, Y. M., Holloway, P. J. (2001). Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *International Dental Journal*, 51(6), 435-438. <https://doi.org/10.1002/j.1875-595X.2001.tb00856.x>
- Calvet, L., Moisy, M. (2013). Santé bucco-dentaire des enfants : Des inégalités dès le plus jeune âge. *Etudes et résultats*, 847, 6.
- Carlac'H, D., Ouadirhi, M., Romeo, K. (2018). L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. Série « études et résultats », 136.
- Desprès, C. (2008). Le non-recours aux droits : L'exemple de la protection sociale: *Vie sociale*, N° 1(1), 21-96.  
<https://doi.org/10.3917/vsoc.081.0021>
- DREES( 2017). L'état de santé de la population en France, rapport 2017 (p. 436). Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>

Direction Générale de la Santé. (2020). Le non-recours aux prestations sociales Mise en perspective et données disponibles (N° 57; Dossiers de la DREES, p. 42).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dd57.pdf>

Direction Générale de la Santé. (2022a). Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé. *Etudes et résultats*, 1232, 6.

Direction Générale de la Santé. (2022b, décembre 13). Non-recours aux prestations sociales : Le manque d'information en tête des motifs selon les Français. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/non-recours-aux-prestations-sociales-le-manque-dinformation-en>

Ernst, S., Mériaux, I. (2013). *Les internes en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ?* Thèse de médecine. Faculté de médecine de Marseille.

Gardien, Eve. (2020). Les savoirs de l'expérience des patients et les professionnels du soin. *Soins Cadres*. 30. 10.1016/j.scad.2020.12.010.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2010). Recommandations en Santé Publique. Stratégies de prévention de la carie dentaire. (p. 26). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_synthese\\_carie\\_dentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf)

Kelly, S. E., Binkley, C. J., Neace, W. P., Gale, B. S. (2005). Barriers to Care-Seeking for Children's Oral Health Among Low-Income Caregivers. *American Journal of Public Health*, 95(8), 1345-1351. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.045286>

L'Assurance Maladie. (2021, février 4). M'T dents : Quels enjeux d'une consultation régulière dès le plus jeune âge. <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-02-04-cp-mt-dents-enjeux-consultation-reguliere-jeunes>

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care : Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Lord, J., Longworth, L., Singh, J., Onyimadu, O. (2015). Oral Health Guidance Economic analysis of oral health promotion approaches for dental teams. Birmingham & Brunel Consortium External Assessment Centre (BBC EAC), p. 220.

Mattila, M.-L., Rautava, P., Sillanpää, M., Paunio, P. (2000). Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. *Journal of Dental Research*, 79(3), 875-881.

<https://doi.org/10.1177/00220345000790031501>

Michel, M.-J. (2018). *Imagier pour la communication soignant-soigné*. Elsevier Masson.

Mofidi, M., Rozier, R. G., King, R. S. (2002). Problems With Access to Dental Care for Medicaid-Insured Children : What Caregivers Think. *American Journal of Public Health*, 92(1), 53-58.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.92.1.53>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Conseil exécutif, 148. (2021). Conseil exécutif, cent quarante-huitième session, Genève, 18-26 janvier 2021 : Résolutions et décisions, annexes (EB148/8). Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346495>

Pegon-Machat, E., Jourdan, D., Tubert-Jeannin, S. (2018). Inégalités en santé orale : Déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France: *Santé Publique*, Vol. 30(2), 243-251.

<https://doi.org/10.3917/spub.182.0243>

Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, Débarge B., Clavel N., Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1, 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

Smith, S. R., Kroon, J., Schwarzer, R., Hamilton, K. (2020). Parental social-cognitive correlates of preschoolers' oral hygiene behavior : A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 264, 113322.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113322>

Vanier, M. C., Therriault, P. Y., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I., Drouin, E., Fernandez, N., & Interfaculty Operational Committee for Collaborative Practice Teaching at Université de Montréal (2013). Innovating in teaching collaborative practice with a large student cohort at Université de Montréal. *Journal of allied health*, 42(4), e97-e106.

Weintraub, J. A., Prakash, P., Shain, S. G., Laccabue, M., Gansky, S. A. (2010). Mothers' Caries Increases Odds of Children's Caries. *Journal of Dental Research*, 89(9), 954-958.

<https://doi.org/10.1177/0022034510372891>

## ANNEXE

Tableau 1 Caractéristiques des personnes ayant participé aux entretiens semi-directifs

Numéro de l'entretien	Sexe (H/F)	Situation familiale
1	F	6 enfants dont l'âge va de 2 mois à 13 ans et demi
2	F	3 enfants (17 mois, 7 ans, 10 ans)
3	F	2 enfants (2 ans et 5 ans)
4	F	2 enfants (10 mois et 4 ans)
5	F	1 enfant de 4 ans
6	F	Mariée, 4 enfants (4 ans et demi, 10 ans, 11 ans, 14 ans)
7	F	1 enfant de 13 mois
8	F	Mariée, 1 enfant de 2 ans et 10 mois
9	H	Marié, 2 enfants (5 et 8 ans) et 1 beau-fils (16 ans)
10	F	Mariée, 2 enfants (4 ans et 13 ans)
11	F	Mariée, 4 enfants (1 fille de 2 ans et demi, 1 fille de 4 ans, 1 fille de 7 ans et 1 garçon de 9 ans)
12	F	3 enfants (8 mois, 3 ans et 5 ans)

Tableau 2 Caractéristiques des personnes ayant participé au focus group

Sexe (H/F)	Situation familiale
F	Mariée, 2 enfants (5 et 7 ans)
F	Mariée, 3 enfants (5 ans, de 7 ans et 9 ans)
F	3 enfants dont 1 de 6 ans
F	Mariée, 2 enfants (12 et 6 ans)