

Précarité et état de santé bucco-dentaire *

Didier Hassoun

Rapport n° 478 (biblio n° 1249)

Décembre 1998

* *Ce travail a été effectué par Didier Hassoun dans le cadre d'une thèse de chirurgien-dentiste pour la Faculté d'odontologie de Paris VII*

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-237-2

- Avertissement -

Le chômage de masse et l'accroissement des inégalités économiques et sociales fragilisent un nombre de plus en plus important de personnes dont certaines se trouvent en situation d'extrême pauvreté. Parmi les dispositifs mis en œuvre pour leur venir en aide, certaines visent à leur faciliter l'accès aux soins médicaux. La précarité sociale est en effet génératrice de morbidité (ou aggrave la morbidité préexistante) en même temps qu'elle accroît les obstacles de recours aux soins ; en sens inverse, un état de santé dégradé rend plus difficile le retour au travail et/ou la réinsertion sociale. Dans ce contexte, l'ouverture des centres d'examen de santé aux personnes en difficultés, notamment celles sans emploi, a pour but de leur permettre d'accéder à une certaine prévention médicale. Outre leur intérêt en termes de santé publique, ces centres d'examen de santé permettent de constituer des banques de données épidémiologiques sur les différents aspects des bilans de santé.

Parmi les éléments relevés au cours de ces bilans, l'état de santé bucco-dentaire des patients présente un intérêt particulier du fait que le secteur des soins et prothèses dentaires associe à de grandes disparités d'accès aux soins, l'inexistence de substitut compensant l'insuffisance des soins pour les groupes défavorisés, comme ce peut être le cas en médecine entre soins de spécialiste et de généraliste.

Une première analyse descriptive de ces disparités a été conduite au CREDES à l'initiative de Jean-Pierre Giordanella, coordinateur médical des centres d'examen de santé de la CNAMTS ; c'est ce travail, effectué par Didier Hassoun dans le cadre de sa thèse de chirurgie dentaire, qui est présenté ici. Il confirme le mauvais état de santé bucco-dentaire des groupes défavorisés examinés ici, l'insuffisance pour eux des soins courants des dents et des gencives, les difficultés d'appareillage.

Naturellement, la fréquentation des centres ne peut pas être obligatoire, et les sous-groupes de personnes volontaires ne sont pas représentatifs des groupes auxquels ils appartiennent. Les biais ainsi entraînés sont relativement réduits en termes de moyennes, mais risquent d'être plus importants en termes de disparités : parmi les groupes précarisés, les plus désinsérés se préoccupent moins de leur santé (en dehors de l'urgence) et fréquentent moins les centres de bilans de santé.

La situation décrite dans ce travail appelle différents prolongements :

- au plan sanitaire, il semble nécessaire de faire entrer le remboursement des soins bucco-dentaires (soins courants et prothèses) dans le droit commun des soins médicaux et de le faire savoir aux populations intéressées,*
- au plan épidémiologique, il serait intéressant de connaître de manière précise comment s'opère la dégradation bucco-dentaire ; plus précisément, quel est l'ordre des dents où apparaissent les caries, selon l'âge et la catégorie sociale, quelles sont les dents qui sont en premier obturées ; même chose en ce qui concerne la perte des dents et leur remplacement,*
- plus généralement, ces disparités de santé bucco-dentaire se retrouvent-elles dans les autres éléments du bilan de santé ?*
- au plan des méthodes, il serait utile de reprendre et poursuivre les travaux effectués au Centre de médecine préventive de Nancy pour estimer l'effet des biais de sélection.*

Enfin, concernant l'efficacité sociale de ces bilans de santé, on peut éprouver un sentiment de frustration à l'idée de laisser repartir, sans les soigner, des personnes cumulant de forts risques sanitaires et sociaux et dont on peut penser que la plupart ne feront pas appel au système de soins habituel ; pour un esprit simple, il semblerait plus opératoire de leur proposer des soins gratuits, immédiats et sur place, au moins pour les soins d'urgence.

Arié Mizrahi

- Remerciements -

Je tiens à remercier :

- *le Docteur Jean-Pierre Giordanella, coordinateur médical des centres d'examens de santé de la CNAM, qui a mis à ma disposition les informations nécessaires à l'élaboration de cette étude, et qui m'a aidé à la rédaction de cette publication ;*
- *Arié Mizrahi, Directeur de recherche au CREDES, qui m'a personnellement assisté à toutes les étapes de recherche de cette étude ;*
- *Dominique Polton, Directrice du CREDES, pour ses remarques et ses conseils ;*
- *le Docteur A. Bery, qui a été mon directeur de thèse dont cette publication CREDES est issue ;*
- *Céline Arnoux et Catherine Banchereau pour la mise en page.*

Didier Hassoun

Sommaire

SOMMAIRE

	page
1. PRÉSENTATION DES DONNÉES	1
1.1 Les dix centres d'examens de santé sélectionnés	4
Localisation	4
Activité annuelle	4
Durée de la période examinée	4
1.2. Description de la population sélectionnée	5
1.3. Répartition de la population étudiée	7
Répartition par catégorie socioprofessionnelle.....	7
Répartition par sexe	7
Répartition de la population par classe d'âge et par sexe	10
2. ETUDE COMPARATIVE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE POPULATIONS 'PRÉCAIRES' ET 'NON PRÉCAIRES'	13
2.1. Etat Dentaire - Etude générale de la moyenne des dents de la population observée	15
2.2. Anomalies Dento-Maxillaires	20
Les problèmes orthodontiques	20
La surface masticatoire	21
Les troubles de l'A.T.M.	22
2.3. Hygiène Bucco-Dentaire	24
La plaque dentaire	24
Le tartre.....	27
La gingivite.....	29
Les lésions muqueuses.....	30
2.4. Informations générales sur le patient	32
La date du dernier examen dentaire	32
Les conseils dentaires.....	34
Les 'conclusions' établies par les dentistes lors de l'examen	36
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXE	47
Les centres d'examens de santé	49
Description de la feuille de marque	51
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	55

1. Présentation des données

Introduction

Nous constatons actuellement une augmentation du nombre de personnes en situation de 'précarité' (dont, vraisemblablement, le dénominateur commun est représenté par une diminution, voire l'absence de revenus fixes et suffisants).

Le RMI, créé comme une aide exceptionnelle pour faire reculer le phénomène de précarité et permettre une potentielle réinsertion, s'installe au contraire dans la durée et voit le nombre de ses allocataires augmenter. Les jeunes en situation de précarité, sans emploi, sans diplôme, sans ressources et souvent sans droit de bénéficier du RMI (pour ceux ayant moins de 25 ans) sont aussi en constante progression. De même, si conjoncturellement le nombre de chômeurs ne croît plus globalement, il faut surtout noter l'aggravation du phénomène pour les chômeurs de longue durée dont la situation est structurellement encore plus préoccupante.

L'absence ou la perte de l'emploi n'est certes pas la seule forme de 'précarisation'. Il s'agit d'un phénomène largement plus complexe où se mêlent souvent pauvreté, éducation, statut social, conditions particulières d'environnement (le logement, le quartier, voire l'âge et le sexe). Cependant, l'absence ou la perte de l'emploi est quand même foncièrement caractéristique de l'exclusion sociale : outre l'absence de revenu, il nous faut également considérer la nécessité sociale du travail en tant que source d'identité (je travaille donc je suis), en tant que liens avec d'autres individus, en tant que gestionnaire d'un emploi du temps, et aussi en tant que corollaire d'une couverture sociale.

Dans la diversité des problèmes rencontrés chez les personnes 'précaires' (emploi, revenu, logement, transport...) la santé, avec une couverture sociale absente ou difficile à obtenir, n'est pas placée au premier plan des préoccupations. Tout se passe comme si elle était naturellement acquise, ou alors ignorée, le plus souvent ne faisant l'objet d'attentions (de soins) que dans l'extrême gravité.

S'il n'existe pas de maladies spécifiques de la 'précarité', quelques indicateurs de santé facilement objectivables sont retrouvés dans cette population avec une grande fréquence et une gravité plus marquée que dans la population générale. Les affections de l'appareil bucco-dentaire sont un bon indicateur qui témoigne à la fois d'absence de soins, d'absence de culture de santé et d'absence de moyens. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de comparer la situation bucco-dentaire de personnes en situation de précarité (jeunes en voie d'insertion, Rmistes, chômeurs) et de catégories sociales témoins 'non précaires' (étudiants, ouvriers, cadres), identiques en sexe et âge. Cette étude ne se veut pas représentative, mais descriptive.

Ces populations ont été observées lors d'examens périodiques de santé, gratuitement proposés à tous les assurés sociaux volontaires dans les centres d'examens de santé de l'assurance, portant leurs efforts de sensibilisation et de prévention vers les publics en difficulté. Ces personnes 'précaires' et 'non précaires' ont donc été examinées du 1^{er} janvier au 31 mars 1997, dans le cadre d'examens de santé proposés par un échantillon de CPAM.

On trouvera en annexe, page 41, les textes instituant l'activité des centres d'examens de santé et page 43, la nature et la forme des informations relevées en matière bucco-dentaire.

1.1. Les dix centres d'examens de santé sélectionnés

➤ Localisation

Dix centres ont été sélectionnés en fonction des caractéristiques suivantes :

- disposer d'un système informatique identique permettant d'avoir aisément recours aux données stockées,
- être situés dans des villes réparties sur le territoire, pour tenter d'avoir des informations descriptives diversifiées.

Ces 10 centres sont ainsi situés à Orléans, Blois, Dunkerque, Paris, Marseille, Pau, Bourg en Bresse, Mulhouse, St.-Brieuc, Niort.

➤ Activité annuelle (1996) des 10 centres d'examens de santé (CES) sélectionnés

Le tableau ci-dessous situe les structures et le volume d'activité annuel des centres sélectionnés.

Volume d'activité annuel des centres d'examens de santé sélectionnés

LOCALISATION DU CES	ACTIVITE EN 1996
Blois	6 718 examens
Bourg en Bresse	4 800 examens
Dunkerque	5 114 examens
Marseille	18 087 examens
Mulhouse	10 075 examens
Niort	8 036 examens
Orléans	11 570 examens
Paris	64 456 examens
Pau	11 102 examens
Saint-Brieuc	19 322 examens

Source : CNAM - 1996

➤ Durée de la période examinée :

Les informations utilisées dans cette étude ont été collectées par ces 10 centres des CPAM dans la période du 1 janvier au 31 mars 1997, soit pendant 3 mois.

1.2. Description de la population sélectionnée

Eléments de méthode :

L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact de la précarité (analysée notamment en termes de moyens financiers) sur l'état de santé bucco-dentaire. Un protocole d'étude de type « essai contrôlé randomisé » aurait été évidemment la méthodologie la plus appropriée, mais n'était pas possible à mettre en œuvre dans le cadre de cette thèse.

La solution imaginée a été de comparer la situation de populations ayant des caractéristiques comparables, mais se différenciant par leur insertion ou leur non insertion sociale et/ou professionnelle.

Les populations spécifiquement étudiées ont été :

- les étudiants,
- les jeunes de moins de 25 ans , non étudiants et sans emploi (que l'on qualifiera dans la suite de « jeunes en voie d'insertion »),
- les chômeurs de plus de 6 mois,
- les ouvriers, qualifiés et non qualifiés,
- les cadres.

Ces populations sont comparées entre elles, en rapprochant notamment :

- les étudiants des jeunes de moins de 25 ans en voie d'insertion,
- les chômeurs et les actifs (cadres et ouvriers).
- les RMIstes et les ouvriers qualifiés et non qualifiés.

On compare donc à chaque fois une population « précaire » à une population « témoin ».

Il faut noter que cette comparaison reste approximative et ne permet donc de tirer que des résultats indicatifs, qui marquent une tendance plus qu'ils ne sont valables en valeur absolue.

En effet, ces comparaisons ne permettent pas de dégager l'effet de la précarité ou des faibles revenus, toutes choses égales par ailleurs.

L'effet de l'âge a pu être éliminé : d'une part par une sélection a priori de populations dans les mêmes tranches d'âge (c'est le cas par exemple pour les étudiants et les jeunes précaires), d'autre part par le biais d'indices à âge identique.

En revanche, les populations comparées présentent d'autres diversités de caractéristiques. Par exemple, il aurait été souhaitable de comparer des cadres chômeurs à des cadres actifs, ou des ouvriers chômeurs à des ouvriers actifs. Ici on se contentera de comparer la population des chômeurs dans son ensemble aux cadres et aux ouvriers. De la même manière, les RMIstes sont comparés aux ouvriers : or s'ils sont certainement plus proches statistiquement de ce groupe que des cadres supérieurs, ils présentent malgré tout une certaine diversité de situations. Quant aux ouvriers non qualifiés, on peut les considérer comme « non précaires » du point de vue de l'insertion professionnelle, mais en revanche ils sont les moins favorisés en termes de niveau de revenu, et à ce titre on peut les considérer un peu comme une catégorie intermédiaire.

La population sélectionnée pour notre étude comprend 7 291 personnes parmi celles reçues au cours de cette période pour correspondre aux 7 catégories de population décrites dans l'encadré ci-dessus : étudiants, jeunes en voie d'insertion, Rmistes, ouvriers qualifiés et non qualifiés, cadres, chômeurs de plus de 6 mois.

Elles se répartissent ainsi :

Tableau 1
Répartition de la population étudiée

'Précaires' 4 450			'Non Précaires' 2 624		
Catégories sociales	Hommes	Femmes	Catégories sociales	Hommes	Femmes
16-25 ans en voie d'insertion			Etudiants		
16-20 ans	241	211	16-20 ans	75	102
21-25 ans	244	277	21-25 ans	109	137
Rmistes ou ayants-droit			Ouvriers qualifiés		
16-25 ans	50	65	16-25 ans	128	44
26-44 ans	496	389	26-44 ans	1018	302
Ouvriers non qualifiés			Cadres		
26-44 ans	250	129	<i>prof. libérales</i> 26-44 ans	12	20
Chômeurs de plus de 6 mois			fonction publique 26-44 ans		
16-25 ans	205	243	<i>entreprise</i> 26-44 ans	192	71
26-44 ans	691	959			
Total	2 177	2 273	Total	1 781	843

Source : Centres d'examens de santé - 1997

NB : au total de ce tableau ne figurent que 7 074 personnes sur les 7 291 étudiées ; cette différence de 207 personnes correspond aux personnes faisant partie d'une de ces catégories socioprofessionnelles, mais avec un âge un peu au-dessus ou au-dessous de celui noté dans le tableau.

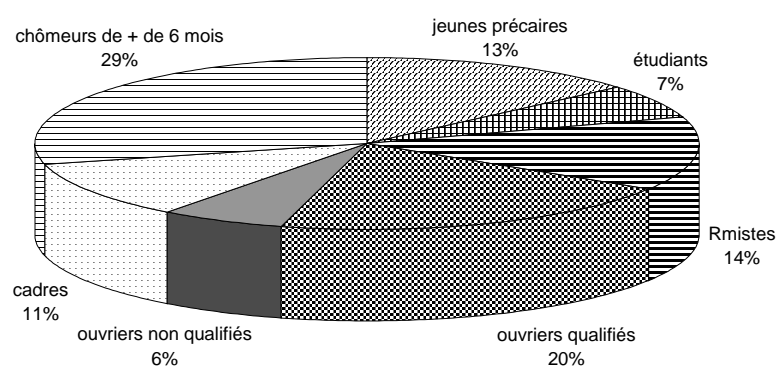
Exemple : étudiant de 27 ans, jeune cadre de 24 ans...

1.3. Répartition de la population étudiée

➤ Répartition par catégorie socioprofessionnelle

Les catégories les plus représentées dans cet échantillon sont les chômeurs (29 %) et les ouvriers qualifiés (29 %).

Graphique 1
Répartition totale de la population observée
selon la catégorie socioprofessionnelle



Source : Centres d'examens de santé - 1997

On remarquera que la représentation des Rmistes (14 %), est comparable à celle des cadres (12 %). Les 'jeunes précaires' représentent 12 % au total. Ces pourcentages peuvent paraître assez faibles s'agissant de populations prioritaires vis à vis de l'examen de santé, mais on doit néanmoins souligner l'absence de caractère obligatoire de l'examen et les difficultés à cibler et sensibiliser ces catégories.

➤ Répartition par sexe

On dénombre un peu plus d'hommes (56 %) que de femmes, surtout dans les populations de 'non précaires'. Dans la population 'jeunes précaires', on trouve par contre la même répartition pour les deux sexes.

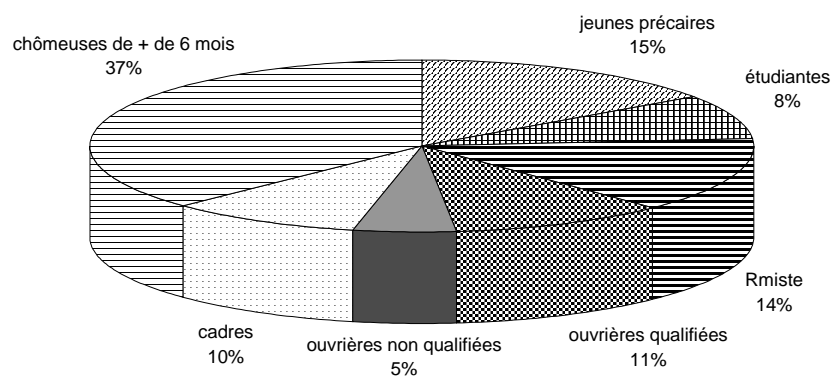
Tableau 2
Répartition de la population par sexe et par catégorie étudiée

	Hommes		Femmes		Total
Jeunes précaires	489	50%	494	50%	983
Etudiants	210	44%	271	56%	481
Rmistes	546	55%	454	45%	1 000
Ouvriers qualifiés	1 146	77%	346	23%	1 492
Ouvriers non qualifiés	283	64%	156	36%	439
Cadres	490	61%	308	39%	798
Chômeurs de + de 6 mois	896	43%	1 202	57%	2 098
Total	4 060	56%	3 231	44%	7 291

Source : Centres d'examens de santé - 1997

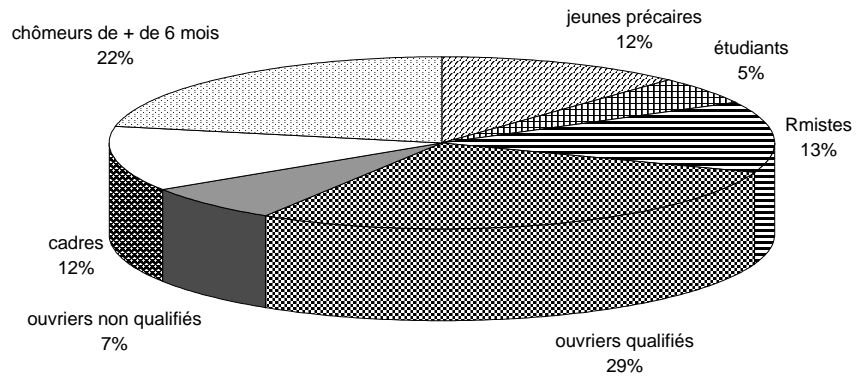
La part des femmes est la plus importante chez les chômeurs et chez les étudiants. En revanche, elles sont nettement moins représentées chez les ouvriers qualifiés, et un peu moins chez les ouvriers non qualifiés et les cadres (proportionnellement à l'ensemble).

Graphique 2
Répartition des femmes selon la catégorie



Source : Centres d'examens de santé - 1997

Graphique 3
Répartition des hommes selon la catégorie



Source : Centres d'examens de santé - 1997

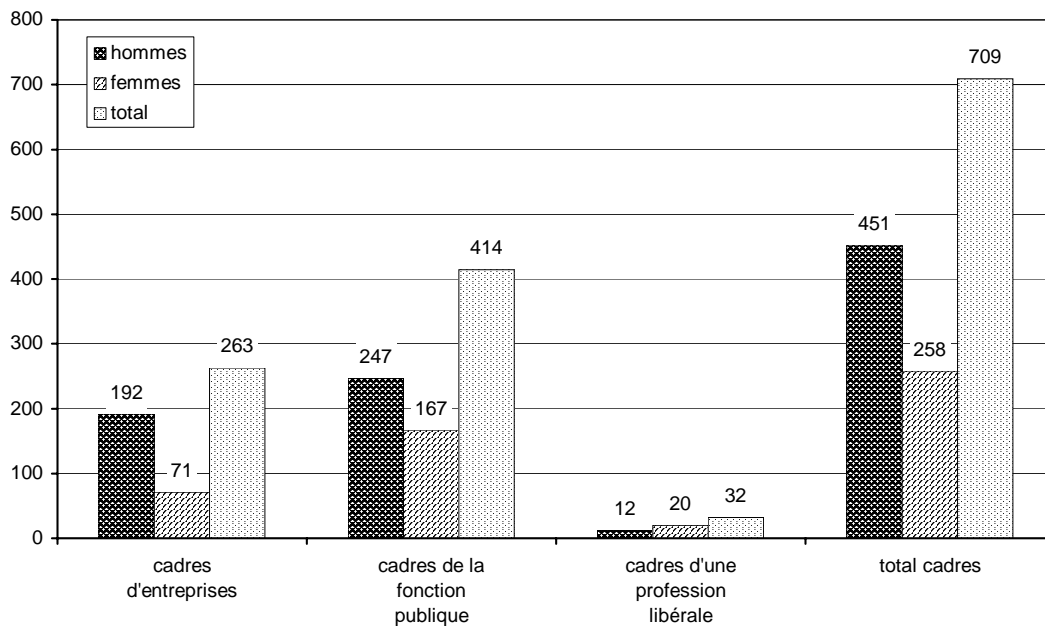
Précision sur la répartition des cadres

Tableau 3
Répartition des cadres par sexe

Type de cadres	Hommes	Femmes	Total
Cadres d'entreprises	192	71	263
Cadres de la fonction publique	247	167	414
Cadres d'une profession libérale	12	20	32
Total cadres	451	258	709

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Graphique 4
Répartition des différents types de cadres par sexe



Source : Centres d'examens de santé - 1997

➤ Répartition de la population par classe d'âge et par sexe

Par classe d'âge

Nous présentons ici les tableaux de répartition par classe d'âge et la moyenne d'âge des catégories étudiées.

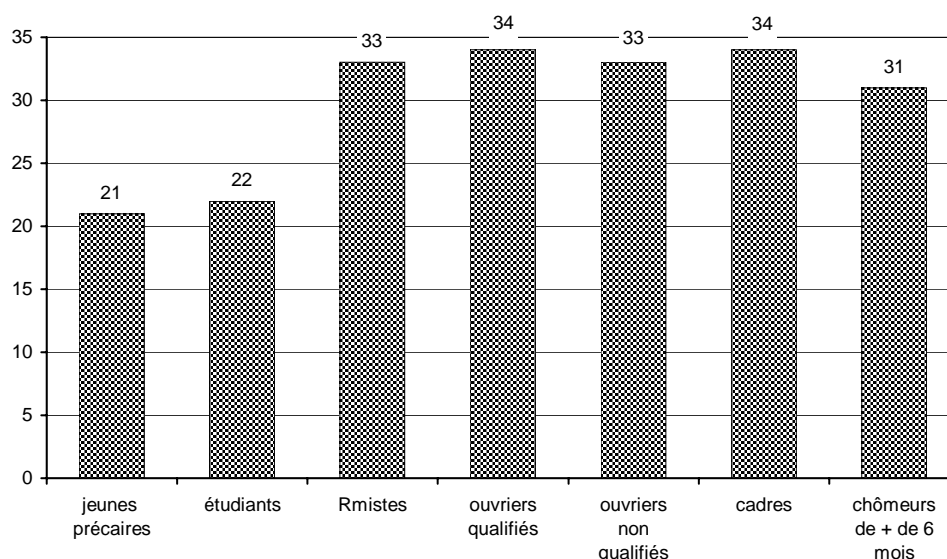
Si l'on retient des tranches d'âge suffisamment larges, certaines populations sont assez homogènes pour faire l'objet d'une comparaison directe (étudiants et jeunes en voie d'insertion par exemple). Néanmoins, des indices à âge égal ont été calculés pour la plupart des comparaisons, dans la mesure où les structures d'âge sont un peu différentes mêmes si les moyennes sont proches.

Tableau 4
Répartition de la population observée par classe d'âge

	16-20 ans	21-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	Effectifs	Moyenne d'âge
Jeunes précaires	452	521	8	2	0	0	983	21 ans
Etudiants	177	246	42	8	4	4	481	22 ans
Rmistes	37	78	301	235	177	172	1 000	33 ans
Ouvriers qualifiés	27	145	319	272	460	269	1 492	34 ans
Ouvriers non qualifiés	12	48	89	105	108	77	439	33 ans
Cadres	35	52	165	153	211	182	798	34 ans
Chômeurs de plus de 6 mois	134	314	484	427	431	308	2 098	32 ans

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Graphique 5
Moyenne d'âge des catégories socioprofessionnelles observées



Source : Centres d'examens de santé - 1997

Par sexe en fonction de la tranche d'âge

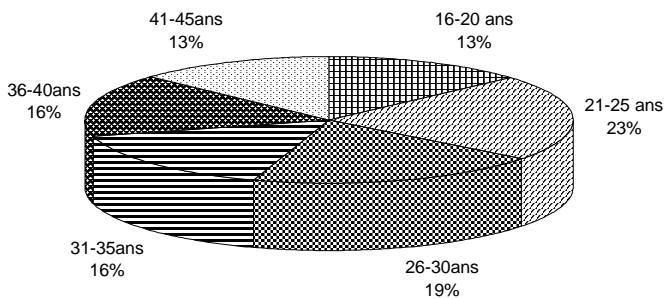
La sur-représentation masculine observée dans l'ensemble de la population est présente pour les tranches d'âge au-delà de 25 ans.

Tableau 5
Répartition par sexe en fonction de la tranche d'âge

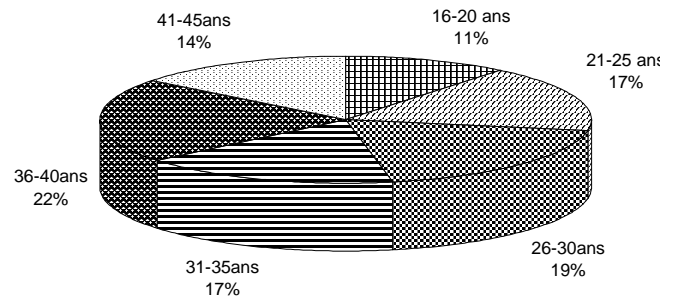
	16-20 ans	21-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans
Hommes	445	682	778	690	878	587
Femmes	429	722	630	512	513	425
Total	874	1 404	1 408	1 202	1 391	1 012

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Graphique 6
Répartition des femmes selon la tranche d'âge

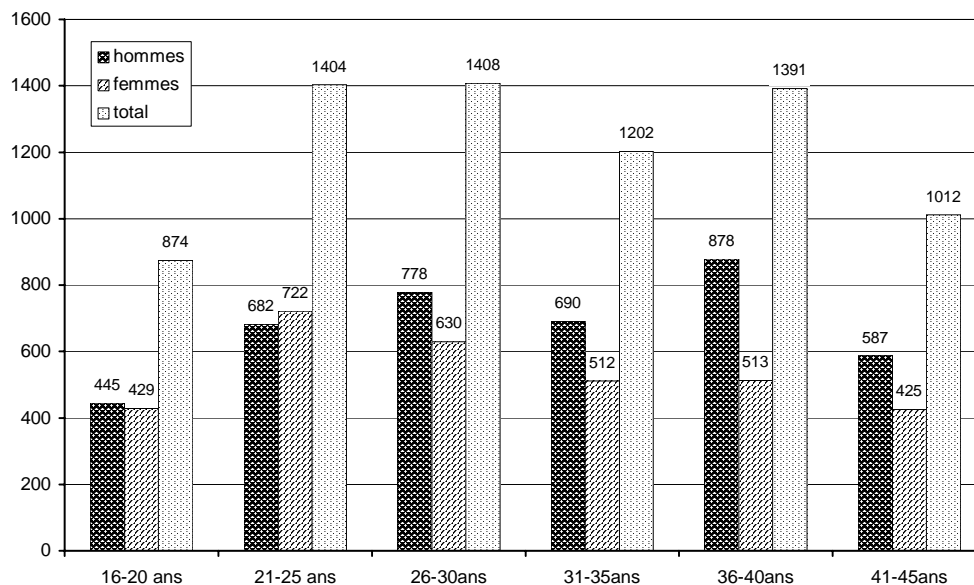


Graphique 7
Répartition des hommes selon la tranche d'âge



Source : Centres d'examens de santé - 1997

Graphique 8
Répartition de la population observée par classe d'âge et par sexe



Source : Centres d'examens de santé - 1997

2. *Etude comparative de la santé
bucco-dentaire de populations
'précaires' et 'non précaires'*

Cette étude comparative de la santé bucco-dentaire de populations dites "en situation de précarité" (jeunes en voie d'insertion, Rmistes, chômeurs) et de populations dites "témoins" (étudiants, ouvriers qualifiés et non qualifiés, cadres) ne se veut pas représentative de la population française. Elle est plutôt la photographie, la description de la santé bucco-dentaire de personnes venues expressément dans les centres d'examens de santé pour y subir un bilan. Les résultats recueillis dans cette étude devront donc être considérés comme meilleurs par rapport à l'ensemble de la population française puisque nous avons à faire ici à des individus plus motivés, plus proches d'une culture dentaire.

2.1. Etat Dentaire - Etude générale de la moyenne des dents de la population observée

L'état dentaire nous indique le nombre de dents saines présentes en bouches, celui de dents cariées et/ou soignées par des méthodes d'obturation classiques (amalgame dentaire appelé "plombage gris", composite ou verre ionomère appelé "plombage blanc"), ainsi que celui de dents absentes.

Plus le nombre de dents saines d'une personne est élevé, meilleur est son état dentaire, et inversement, plus le nombre de dents cariées est important, plus l'état dentaire est dégradé.

Le nombre de dents obturées donne deux types d'information : il s'agit d'une part d'un état dentaire qui a été dégradé, d'autre part, d'une personne qui, ayant été soignée, a fait preuve d'une certaine culture dentaire.

Le nombre de dents absentes est significatif, les dents manquantes entraînant chez une personne des problèmes de diverses natures, mastication, incision, préparation du bol alimentaire, ?????, digestion, équilibre neuromusculaire parfois et également d'ordre esthétique. Plus ce nombre est élevé, plus l'état dentaire est dégradé. Il indique aussi qu'une personne n'a pas remplacé ses dents faute de moyens financiers et/ou de culture dentaire.

Les dents remplacées par de la prothèse fixée, sont appelées couramment "couronnes" ou "bridges" et sont des prothèses onéreuses. Celles remplacées par de la prothèse adjointe représentent les "dentiers", appareils portés dans la journée et retirés la nuit. Ces prothèses moins onéreuses que les couronnes ou bridges sont aussi moins confortables, mais leur présence marque une volonté de remplacer les dents absentes.

La somme de tous les types de dents (dents absentes comprises) est inférieure à 32 dents puisque tous n'ont pas des dents de sagesse évoluées. La somme de toutes les dents chez les étudiants (30,9) et 'jeunes précaires' (30,1), est inférieure à celle des autres catégories (exemple des cadres avec une somme de 31,5 dents), mais, le jeune âge de ces catégories explique pourquoi le nombre de dents saines est plus élevé. D'une façon générale, le nombre moyen de dents absentes (3,3) est assez élevé, même chez les cadres qui ont près de 9 % de dents absentes.

La prothèse fixée a logiquement (pour des raisons de confort et d'esthétique) plus de succès que celle amovible, le rapport allant :

- chez les Rmistes : 1 dent en adjointe pour 2 dents en prothèse fixée ;
- chez les cadres : 1 dent amovible pour 16 dents en prothèse fixée ;
- la moyenne sur toute la population étudiée étant entre ces extrêmes : 1 dent en prothèse adjointe pour 3 dents en prothèse fixée.

La moyenne générale de 18,8 dents saines en bouche est basse sur un total de 31,1 dents : 40 % des dents ne sont plus saines. Il existe une légère différence selon la catégorie sociale, puisque les cadres et les ouvriers qualifiés sont mieux placés, à âge égal, que les autres.

Tableau 6
Les dents en bouche selon leur état

	Dents saines	Dents cariées	Dents obturées	Dents absentes	Dents remplacées par une prothèse fixée	Dents remplacées par une prothèse adjointe
Jeunes précaires (983 obs.)	20,39 % Indice 0,97	2,12 % Indice 1,32	4,71 % Indice 0,97	2,37 % Indice 0,99	0,39 %	0,10 % Indice 1,46
Etudiants (481 obs.)	21,99 % Indice 1,06	0,63 % Indice 0,40	5,32 % Indice 1,05	2,52 % Indice 1	0,4 %	0,04 % Indice 0,32
Rmistes (1000 obs.)	17,99 % Indice 1,01	1,89 % Indice 1,38	4,86 % Indice 0,80	4,42 % Indice 1,22	1,3 %	0,93 % Indice 1,36
Ouvriers qualifiés (1492 obs.)	17,79 % Indice 1,02	1,09 % Indice 0,82	6,30 % Indice 1,03	3,38 % Indice 0,9	2,16 %	0,50 % Indice 0,65
Ouvriers non qual. (439 obs.)	17,53 % Indice 1	1,30 % Indice 0,96	5,87 % Indice 0,96	3,86 % Indice 1,04	1,64 %	1,41 % Indice 1,95
Cadres (798 obs.)	18,19 % Indice 1,04	0,67 % Indice 0,50	7,13 % Indice 1,18	2,83 % Indice 0,75	2,48 %	0,15 % Indice 0,18
Chômeurs (2098 obs.)	17,37 % Indice 0,96	1,54 % Indice 1,12	6,08 % Indice 1,02	3,74 % Indice 1,06	1,58 %	0,81 % Indice 1,28
Moyenne globale toutes catégories	18,75 % Indice 1	1,32 % Indice 1	5,75 % Indice 1	3,3 % Indice 1	1,42 %	0,56 % Indice 1

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Il existe une différence significative entre la population 'témoin' (étudiants, ouvriers qualifiés, cadres) qui sont tous au-dessous de la moyenne des dents cariées et les 'précaires' qui se situent à la limite (ouvriers non qualifiés) voire franchement au-dessus (chômeurs, Rmistes, 'jeunes précaires'). Ces différences sont encore plus nettes en terme d'indices avec un indice 1,32 pour les 'jeunes précaires', 1,38 pour les Rmistes et 1,12 pour les chômeurs. Les catégories 'témoins' sont toutes, à l'inverse, sous l'indice 1 - indice de référence de la moyenne de la population observée.

L'obturation des dents rend compte de l'état des soins en bouche. On distingue ici trois catégories de personnes :

- les plus jeunes (étudiants, 'jeunes précaires') qui se font peu ou mal soigner,
- les catégories sociales plus âgées (ouvriers, cadres, chômeurs) qui, malgré un taux contrasté de dents obturées, se situent néanmoins au-dessus de la moyenne générale de la population examinée,
- les Rmistes qui présentent un faible taux de dents obturées ; cette population couvre tous les âges. Ceci est d'autant plus remarquable que cette catégorie sociale est celle qui a le plus besoin de soins puisqu'ayant le taux le plus élevé de dents cariées.

Calculons le rapport : $100 \times \text{Dents obturées} / (\text{Dents cariées} + \text{obturées})$. Ceci nous donne le pourcentage réel des dents traitées sur la totalité des dents nécessitant un traitement.

Tableau 7
Pourcentage réel des dents obturées
(sur la totalité des dents nécessitant des soins)

Catégorie socioprofessionnelle		Soins nécessaires effectivement traités
Jeunes précaires	(983 obs.)	69 %
Etudiants	(481 obs.)	89 %
Rmistes	(1000 obs.)	72 %
Ouvriers qualifiés	(1492 obs.)	85 %
Ouvriers non qualifiés	(439 obs.)	81 %
Cadres	(798 obs.)	91 %
Chômeurs	(2098 obs.)	79 %
Moyenne générale de la population observée		80 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Nous retrouvons les catégories 'précaires' sous la moyenne générale de 80 % des besoins en soins effectivement traités, en particulier les Rmistes, avec seulement 72 % des dents nécessitant un traitement qui sont effectivement soignées.

Les 'témoins' sont tous au-dessus de la moyenne, voire présentent un taux élevé de 91 % chez les cadres. Les étudiants et les 'jeunes précaires', moins âgés, ont naturellement plus de dents présentes en bouches.

Lorsqu'on retire l'effet de l'âge au moyen du calcul des indices, deux catégories extrêmes se démarquent des autres : les Rmistes avec un indice de dents absentes de 1,22 (le plus élevé) et les cadres avec un indice de 0,75 (le plus bas).

Le nombre de prothèses fixées en bouche témoigne de toute évidence de la capacité d'honorer ce type de soins. Ceci fait donc référence à des notions de moyens financiers d'une part, et d'autre part à l'attention portée aux soins dentaires (la volonté de conserver durablement ses dents). Nous remarquons donc naturellement le taux élevé de cadres et d'ouvriers qualifiés ayant recours à ce type de soins.

Il est intéressant d'observer que les chômeurs se situent au-dessus de la moyenne de dents remplacées par de la prothèse fixée, et qu'ils sont aussi dans la moyenne des dents obturées (indice 1,02). Les 'jeunes précaires' ont un score assez élevé pour leur âge.

Le port de prothèses amovibles est "réserve" en général à une patientèle plus âgée. Pour des raisons de confort, d'une part, de coût d'autre part (beaucoup moins chères que des prothèses fixées comparativement au nombre de dents remplacées) et enfin de possibilité thérapeutique (quand il ne reste plus suffisamment de dents en bouche, il n'y a parfois pas d'autres possibilités, hormis les implants). Aussi, il est surprenant de constater des sujets plus jeunes porteurs de prothèses amovibles (indice 1,46). Ceci peut signifier : soit l'absence de moyens financiers, soit une insuffisance de dents piliers en bouche pour supporter de la prothèse fixée. Néanmoins, il faut également prendre en considération des paramètres socioculturels puisque les ouvriers non qualifiés, catégorie 'non précaire', ont un indice de dents en prothèses adjointes de 1,95 (le plus élevé).

Avec plus de dents saines, soignées (par obturation classique ou par prothèse fixée), trois fois moins de dents cariées, et deux fois moins de porteurs de prothèse amovibles, les étudiants marquent une très nette différence au niveau de leur état dentaire comparé à celui de la catégorie sociale 'précaire'.

L'état dentaire des Rmistes est le plus alarmant puisqu'ils ont le plus de dents cariées et absentes, le moins de dents soignées (par obturation ou prothèse fixée), et un nombre relativement élevé de dents remplacées par de la prothèse amovible (indice 1,36).

On constate aussi une nette différence entre les ouvriers qualifiés (plus de prothèses fixées (2,16 dents), mieux soignés (moins de caries, plus de dents obturées) et les ouvriers non qualifiés plus appareillés (4,5 % de dents en prothèses adjointes : indice 1,95, le plus élevé de toutes les catégories socioprofessionnelles) et ayant un taux très bas de dents saines (17,53 dents saines seulement en bouche, soit 45 % de dents qui ne le sont pas).

L'inégalité au niveau de l'état dentaire touche aussi significativement les classes les plus âgées puisque, à tranche d'âge presque comparable, les cadres ont une santé dentaire de loin supérieure aux chômeurs de plus de 6 mois. Ces derniers ont en effet moins de dents saines, plus du double de dents cariées, presque deux dents en moins soignées (prothèses fixées et obturations) et presque une dent absente en plus.

Enfin, les chômeurs sont plus appareillés que les cadres avec quatre fois plus de dents remplacées par de la prothèse adjointe.

Tableau 8
Etat dentaire selon le sexe

	Dents saines	Dents cariées	Dents obturées	Dents absentes	Dents remplacées par la prothèse fixée	Dents emplacements par une prothèse adjointe
Femmes						
Jeunes précaires (494 obs.)	19,32	1,86	5,44	2,49	0,51	0,07
Etudiantes (271 obs.)	21,47	0,63	5,66	2,76	0,38	0,04
Rmistes (454 obs.)	17,02	1,74	5,50	4,70	1,33	1,19
Ouvrières qualifiées (346 obs.)	16,68	0,94	6,80	3,78	2,36	0,60
Ouvrières non qual. (156 obs.)	17,48	0,95	5,70	3,96	2,00	1,36
Cadres (308 obs.)	17,97	0,64	7,29	3,05	2,36	2,02
Chômeuses (1202 obs.)	16,62	1,31	6,52	3,94	1,74	0,96
Moyenne totale des femmes observées	18,08	1,15	6,13	3,53	1,53	0,89
Hommes						
Jeunes précaires (489 obs.)	21,46	2,39	3,97	2,24	0,27	0,12
Etudiants (210 obs.)	22,67	0,61	4,89	2,21	0,41	0,03
Rmistes (546 obs.)	18,79	2,02	4,33	4,20	1,26	0,71
Ouvriers qualifiés (1146 obs.)	18,12	1,13	6,14	2,26	2,10	0,47
Ouvriers non qual. (283 obs.)	17,55	1,49	5,96	3,80	1,44	1,44
Cadres (490 obs.)	18,32	0,69	7,02	2,70	2,56	0,11
Chômeurs (896 obs.)	18,99	1,86	5,48	3,48	1,36	0,62
Moyenne totale des hommes observés	19,41	1,46	5,40	2,98	1,34	0,50

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle, les femmes prennent plus soin de leur état dentaire que les hommes, avec moins de dents cariées et plus de dents soignées (presque une dent en plus). Il est intéressant de constater que cette différence est d'autant plus grande que la personne est 'précaire'. Les femmes, même en situation de 'précarité', se soignent donc plus que les hommes. A l'inverse, les hommes ont plus de dents saines en moyenne (plus d'une dent saine en moyenne). Ceci peut s'expliquer par une dégradation généralement plus rapide chez les femmes.

La différence entre hommes et femmes est encore plus grande dans la tranche d'âge des 16-25 ans quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle : les femmes ont plus de dents soignées et nettement moins de dents saines (jusqu'à 2,1 dents saines en moins chez les 'précaires') que les hommes. La différence entre 'précaires' et 'témoins' est plus précise encore avec trois fois plus de dents cariées chez les jeunes femmes 'précaires' que chez les étudiantes et quatre fois plus de dents cariées chez les jeunes hommes 'précaires' que chez les étudiants.

Chez les 26-45 ans, on trouve plus de dents saines chez les hommes que chez les femmes. Cette différence est d'autant plus grande que la personne est en situation de 'précarité', (0,73 dent saine en plus pour les hommes cadres et 2,05 dents saines en moins pour les femmes Rmistes).

Tableau 9
Etat dentaire selon l'âge et le sexe

	Dents saines	Dents cariées	dents obturées	Dents absentes	dents en prothèse fixée	dents en prothèse adjointe	Effectifs
Hommes de 16 à 25 ans							
Jeunes précaires	21,47	2,39	3,95	2,24	0,27	0,12	485
Etudiants	22,81	0,61	4,69	2,18	0,35	0,03	184
Rmistes	22,26	0,86	3,90	2,36	0,52	0,08	50
Femmes de 16 à 25 ans							
Jeunes précaires	19,37	1,87	5,39	2,48	0,48	0,08	488
Etudiantes	21,48	0,62	5,64	2,73	0,33	0,02	239
Rmistes	20,83	2,32	4,60	2,95	0,62	0,00	65
Hommes de 26 à 45 ans							
Rmistes	18,44	2,14	4,37	4,39	1,34	0,78	496
Ouvriers qualifiés	17,75	1,14	6,21	3,40	2,27	0,52	1 018
Ouvriers non qualifiés	16,84	1,50	6,13	3,40	1,61	1,64	250
Cadres	18,02	0,65	7,21	2,75	2,73	0,12	448
Chômeurs plus de 6 mois	17,58	1,82	5,74	3,82	1,63	0,77	691
Femmes de 26 à 45 ans							
Rmistes	16,39	1,64	5,66	4,99	0,01	1,39	389
Ouvrières qualifiés	16,12	0,91	6,90	3,87	2,59	0,69	302
Ouvrières non qualifiés	16,40	0,84	6,25	4,08	2,36	1,55	129
Cadres	17,29	0,58	7,60	3,20	2,70	0,23	263
Chômeuses plus de 6 mois	15,82	1,31	6,65	4,27	2,03	1,18	959

Source : Centres d'examens de santé - 1997

2.2. Anomalies Dento-Maxillaires

Les anomalies dento-maxillaires sont les problèmes issus de la position des dents et de leur nombre sur chaque mâchoire (mâchoire du bas, la mandibule, mâchoire du haut, le maxillaire).

➤ Les problèmes orthodontiques

Parmi les anomalies dento-maxillaires, il peut y en avoir de type orthodontique (les dents ne sont pas droites sur la mâchoire, elles sont trop grosses ou trop nombreuses ou l'inverse). Ces anomalies sont traitées par un orthodontiste par la biais d'un appareil orthodontique. Les soins sont longs (plusieurs années parfois) et onéreux.

Neuf personnes sur dix sont sans problème orthodontique. Il semble que pour ces personnes, la condition de 'précarité' ou de 'non précarité' n'interfère pas, puisqu'on retrouve peu de différences au niveau des pourcentages et des indices.

Cependant, pour les autres, il y a plus d'orthodontie à traiter chez les 'jeunes précaires' (2,32 %) que chez les 'témoins' (1,94 %). Les étudiants ont le taux le plus élevé de traitement orthodontique en cours (indice de 2,08) alors que les 'précaires' qui ont les mêmes besoins ont un indice de traitement en cours nettement inférieur (indice de 0,81). Ainsi, l'inégalité ne se situerait pas ici au niveau de l'état dentaire mais bien dans la possibilité financière de les traiter .

Avec seulement 0,63 % d'orthodontie à traiter, 0,5 % des ouvriers qualifiés ont un traitement en cours. Ceci peut s'expliquer par des revenus plus élevés.

Aucun Rmiste n'a de traitement orthodontique en cours alors que cette catégorie sociale possède l'indice le plus élevé de problèmes orthodontiques à traiter.

Le taux nul de traitements orthodontiques en cours chez les ouvriers non qualifiés peut s'expliquer par de faibles besoins en traitements (indice 0,38).

Les cadres ont plus de problèmes orthodontiques à surveiller et à traiter que les chômeurs, ceci explique peut-être pourquoi ils ont davantage de traitements en cours (indice 1,16).

Tableau 10
Les problèmes orthodontiques

	Pas de problèmes orthodontiques	A surveiller	A traiter	Orthodontie en cours
Jeunes précaires (948 obs.)	94,62 % Indice 1,02	2,22 % Indice 0,69	2,32 % Indice 0,88	0,84 % Indice 0,81
Etudiants (463 obs.)	90,50 % Indice 0,97	5,62 % Indice 1,76	1,94 % Indice 0,80	1,94 % Indice 2,08
Rmistes (966 obs.)	96,07 % Indice 1,01	1,55 % Indice 0,55	2,38 % Indice 1,83	0,00 % Indice 0
Ouvriers qualifiés (1425 obs.)	95,23 % Indice 0,99	3,65 % Indice 1,30	0,63 % Indice 0,54	0,49 % Indice 1,51
Ouvriers non qualifiés (431 obs.)	98,14 % Indice 1,03	1,39 % Indice 0,49	0,46 % Indice 0,38	0,00 % Indice 0
Cadres (773 obs.)	93,27 % Indice 0,97	4,92 % Indice 1,78	1,42 % Indice 1,2	0,39 % Indice 1,16
Chômeurs (2032 obs.)	95,82 % Indice 1	2,26 % Indice 0,79	1,57 % Indice 1,14	0,34 % Indice 0,87

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Parmi les anomalies dento-maxillaires figurent les problèmes d'insuffisance de surface masticatoire (le nombre de dents permettant de mastiquer sur l'arcade, molaires et prémolaires, est insuffisant ; la moins bonne mastication des aliments entraîne une mauvaise préparation du bol alimentaire et une digestion plus difficile).

➤ **La surface masticatoire**

Nous avons rassemblé dans la même colonne les cas où la surface masticatoire des individus est suffisante. Alors que dans le chapitre précédent, il y avait peu de différences significatives entre 'précaires' et 'non précaires', dans ce second chapitre des anomalies dento-maxillo-faciales concernant l'étendue de la surface masticatoire, nous trouvons des pourcentages très différents entre les catégories. En effet, les catégories sociales qui n'ont rien à signaler à ce sujet sont en priorité les classes 'non précaires' : étudiants, ouvriers et cadres ('les jeunes précaires' sont juste dans la moyenne avec un indice de 1 mais étant plus jeunes, il est normal qu'ils aient une meilleure surface masticatoire).

Par contre, les catégories sociales 'précaires' ont toutes des problèmes d'insuffisance de surface masticatoire avec en particulier un taux très important pour les Rmistes (17,4 %) qui ont une surface masticatoire insuffisante.

Les étudiants ont moins de problèmes de surface masticatoire que les 'jeunes précaires'. De plus, quand ils en ont, ce n'est pas le même type de problèmes : dans 87,5 % des cas, il s'agit d'un ennui de prothèse, mais en ayant par ailleurs une surface masticatoire suffisante pour 99,6 % des étudiants.

Tableau 11
Les troubles de surface masticatoire dans la population observée

	R.A.S.	Surface masticatoire			
		insuffisante	suffisante		
		prothèse indiquée	pb de prothèse	prothèse indiquée	ensemble
Jeunes précaires (946 obs.)	94,40 %	2,75 %	1,27 %	1,59 %	2,86 %
Etudiants (464 obs.)	96,55 %	0,43 %	0,00 %	3,02 %	3,02 %
Rmistes (975 obs.)	73,74 %	17,44 %	3,38 %	5,44 %	8,82 %
Ouvriers qualifiés (1445 obs.)	85,05 %	8,93 %	1,94 %	4,08 %	6,02 %
Ouvriers non qualifiés (434 obs.)	85,02 %	7,60 %	1,38 %	5,99 %	7,37 %
Cadres (785 obs.)	91,34 %	2,93 %	0,89 %	4,84 %	5,73 %
Chômeurs (2055 obs.)	82,00 %	10,75 %	2,04 %	5,21 %	7,25 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

26,3 % des Rmistes (soit un Rmiste sur quatre) souffrent d'un trouble de surface masticatoire contre "seulement" 15 % des ouvriers. Parmi ces populations, plus de 66 % des Rmistes (soit deux Rmistes sur trois) ont une insuffisance de surface masticatoire - ce qui peut conduire à une activité nutritionnelle défectueuse ou à un mauvais fonctionnement de l'A.T.M. (Articulation-Temporo-Mandibulaire).

La différence avec la population ouvrière est significative puisque presque un Rmiste sur cinq a une surface masticatoire insuffisante, contre un ouvrier sur douze.

En ce qui concerne les populations qui ont une surface masticatoire suffisante avec néanmoins des problèmes de prothèses, les Rmistes sont de nouveau mal situés avec un taux supérieur (8,8 %) à celui des ouvriers (6,7 %).

8,6 % des cadres présentent des troubles de surface masticatoire contre plus du double des chômeurs (18 %). Près d'un chômeur sur cinq est affecté de ces troubles.

Parmi les populations qui ont une surface masticatoire suffisante, les cadres ont moins de problèmes de prothèses (5,7 % de problèmes de prothèses) que les chômeurs (7,3 %). L'inégalité est marquée davantage par l'insuffisance de surface masticatoire qui affecte "seulement" un cadre sur trente-cinq contre plus d'un chômeur sur dix.

Généralement, les femmes ont des dents qui se dégradent plus rapidement que celles de hommes. Elles ont donc plus de dents absentes. On retrouve ceci au niveau de l'insuffisance de surface masticatoire, en particulier chez les 'jeunes précaires', étudiantes et ouvrières).

Tableau 12
La surface masticatoire selon le sexe

	R.A.S.	INSUFFISANTE prothèse indiquée	SUFFISANTE, mais pb de prothèse
Femmes			
Jeunes précaires (474 obs.)	94,73 %	2,95 %	2,32 %
Etudiantes (263 obs.)	95,44 %	0,76 %	3,8 %
Rmistes (441 obs.)	73,47 %	17,01 %	9,53 %
Ouvrières qualifiées (337 obs.)	83,68 %	11,28 %	5,04 %
Ouvrières non qualifiées (153 obs.)	83,01 %	7,84 %	9,15 %
Cadres (306 obs.)	94,06 %	2,31 %	3,63 %
Chômeuses (1174 obs.)	82,11 %	10,39 %	7,5 %
Hommes			
Jeunes précaires (472 obs.)	94,07 %	2,54 %	3,39 %
Etudiants (201 obs.)	98,01 %	0 %	1,99 %
Rmistes (534 obs.)	73,97 %	17,79 %	8,24 %
Ouvriers qualifiés (1108 obs.)	85,47 %	8,21 %	6,32 %
Ouvriers non qualifiés (281 obs.)	86,12 %	7,47 %	6,4 %
Cadres (482 obs.)	89,63 %	3,32 %	7,05 %
Chômeurs (881 obs.)	81,84 %	11,24 %	6,92 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

➤ Les troubles de l'A.T.M.

L'articulation temporo-mandibulaire, appelée ici A.T.M., est l'articulation entre la mâchoire du bas (mandibule) et les os du crâne. Elle permet donc d'ouvrir et de fermer la bouche. Des troubles peuvent survenir au niveau de cette articulation lorsqu'il n'y a plus assez de dents en bouche (chez les personnes ayant une surface masticatoire insuffisante) et que la mâchoire du bas n'est plus en équilibre avec le crâne. Ce type de trouble se rencontre aussi chez les personnes stressées, les muscles de cette articulation, plus tendus, devenant douloureux. Les personnes qui grincent des dents (qui bruxent) présentent des troubles de l'A.T.M. dus au stress qu'elles développent.

La présence de troubles de l'A.T.M.¹ sera d'autant plus forte d'une part chez les individus qui ont des problèmes de stress et donc bruxent en conséquence, et d'autre part, chez celles qui ont une surface masticatoire incorrecte ou des traitements orthodontiques nécessaires et non réalisés. Enfin, il sera intéressant d'analyser les catégories sociales présentant des troubles de l'A.T.M. avec douleur. Ces personnes souffrent de ces maux (de façon aiguë, chronique...) et sont peu voire pas soignées.

L'état des A.T.M. en général n'est pas satisfaisant puisque 6 à 10 % de la population étudiée présentent des troubles à ce niveau. Les 'précaires' ont une situation moins avantageuse que les classes sociales 'non précaires'. Les 'jeunes précaires' ont en effet plus de troubles de l'A.T.M. (avec 6,6 %) que les étudiants (5,7 %). De même les Rmistes (9,3 %) comparés aux ouvriers (6 %) et les chômeurs (9,4 %) comparés aux cadres (8,2 %) du même âge.

Les différences entre 'précaires' et 'non précaires' sont beaucoup plus significatives en ce qui concerne les troubles de l'A.T.M. avec douleur qui sont plus grands chez les 'précaires' que chez les 'témoins'. Ainsi, 2,1 % des Rmistes ont des troubles de l'A.T.M. avec douleur, soit presque un Rmiste sur quatre (parmi ceux qui ont des troubles de l'A.T.M) qui souffrent de ces maux.

Les différences entre 'jeunes précaires' et étudiants existent malgré leur jeune âge et se manifestent surtout de façon qualitative. Les 'jeunes précaires' ont plus de troubles de l'A.T.M. avec douleur, 0,9 % contre 0,4 % pour les étudiants.

La différence entre les catégories 'précaires' (les Rmistes) et 'non précaires' (ouvriers) est ici très nette : les Rmistes présentant des troubles de l'A.T.M. sont plus nombreux (9,3 %) que les ouvriers (moins de 6 %). En ce qui concerne le type de troubles observés, les Rmistes ont plus de troubles avec douleur et sans douleur que les ouvriers. Presqu'un Rmiste sur dix présente des troubles de l'A.T.M. : cela peut s'expliquer par la situation de nervosité et de stress, ainsi que par le pourcentage élevé (26 %) de problèmes de surface masticatoire (notamment une grande insuffisance) ou d'orthodontie à traiter (plus de 2 %).

De très légères différences existent entre cadres et chômeurs, ces derniers ayant un peu plus de troubles de l'A.T.M., avec et sans douleur (indice 1,25 contre indice 0,82).

Tableau 13
Les troubles de l'A.T.M.

	R.A.S	Avec douleur	Sans douleur
Jeunes précaires (955 obs.)	93,40 % Indice 1	0,94 % Indice 0,94	5,65 % Indice 1,01
Etudiants (474 obs.)	94,30 % Indice 1,01	0,42 % Indice 0,39	5,27 % Indice 0,91
Rmistes (988 obs.)	90,69 % Indice 0,99	2,13 % Indice 1,53	7,19 % Indice 1,08
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	94,01 % Indice 1,02	1,16 % Indice 0,83	4,83 % Indice 0,73
Ouvriers non qualifiés (437 obs.)	94,05 % Indice 1,02	0,23 % Indice 0,17	5,72 % Indice 0,86
Cadres (789 obs.)	91,76 % Indice 1	1,14 % Indice 0,82	7,10 % Indice 1,08
Chômeurs (2064 obs.)	90,60 % Indice 0,98	1,70 % Indice 1,25	7,70 % Indice 1,17

Source : Centres d'examens de santé - 1997

1 Articulé temporo mandibulaire

Mis à part la catégorie étudiante, les femmes ont beaucoup plus de troubles de l'A.T.M. (avec et sans douleur) que les hommes avec une différence de l'ordre de 4 à 6 % en plus. Les femmes ont davantage de sensibilité face à ces troubles d'autant que ces derniers s'accompagnent plus souvent de douleurs. On peut s'étonner du pourcentage important de troubles de l'A.T.M. des jeunes femmes 'précaires' (3,6 %) à un âge où, normalement, ce genre de problèmes n'apparaît pas encore. Enfin, il faut remarquer que le taux le plus élevé de femmes présentant des troubles de l'A.T.M. avec douleurs est retrouvé chez les femmes Rmistes (4 %).

Tableau 14
Les troubles de l'ATM selon le sexe

	R.A.S	avec douleur	sans douleur
Femmes			
Jeunes précaires (476 obs.)	90,34 %	1,68 %	7,98 %
Etudiantes (268 obs.)	94,40 %	0,75 %	4,85 %
Rmistes (450 obs.)	88,22 %	4,00 %	7,78 %
Ouvrières qualifiées (340 obs.)	91,18 %	2,35 %	6,47 %
Ouvrières non qualifiées (155 obs.)	90,97 %	0,65 %	8,39 %
Cadres (306 obs.)	89,22 %	1,96 %	8,82 %
Chômeuses (1180 obs.)	87,97 %	2,54 %	9,49 %
Hommes			
Jeunes précaires (479 obs.)	96,45 %	0,21 %	3,34 %
Etudiants (206 obs.)	94,17 %	0,00 %	5,83 %
Rmistes (538 obs.)	92,75 %	0,56 %	6,69 %
Ouvriers qualifiés (1129 obs.)	94,86 %	0,80 %	4,34 %
Ouvriers non qualifiés (282 obs.)	95,74 %	0,00 %	4,26 %
Cadres (483 obs.)	93,37 %	0,62 %	6,00 %
Chômeurs (1180 obs.)	94,12 %	0,57 %	5,32 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

2.3. Hygiène Bucco-Dentaire

L'hygiène bucco-dentaire est très importante. Elle consiste à se brosser les dents soigneusement (trois fois par jour, avec une bonne brosse à dents, lentement, pendant trois à cinq minutes). Ce brossage permet d'éliminer la plaque dentaire qui se forme physiologiquement après un repas, à la surface des dents et des muqueuses. Cette plaque dentaire sera à l'origine des caries et du tartre dentaire. Ce tartre lui-même sera une source d'agression pour la gencive qui sera atteinte (on parlera alors de gingivites, voire de parodontites et de lésions muqueuses).

➤ La plaque dentaire

La plaque dentaire est un film transparent, une pellicule (qu'on appelle pellicule acquise exogène) qui se forme à la surface des dents et des muqueuses après les repas. Ce film se compose de salive, de bactéries et de débris alimentaires. Il est impératif qu'il soit éliminé par un bon brossage afin de prévenir les caries, le tartre et les lésions muqueuses.

La plaque (évaluée en fonction de sa présence ou non et de l'épaisseur des dépôts mous) nous renseigne sur la pratique de méthodes d'hygiène des patients observés :

- l'absence de plaque confirme une bonne pratique du patient ;
- une plaque peu étendue signifie que le patient se brosse les dents trop rapidement, mal (mauvaise technique) ou de façon irrégulière ;
- une plaque très étendue sera le signe d'un manque quasi total d'hygiène.

Les causes d'une hygiène non rigoureuse ou même abandonnée peuvent être multiples : manque de temps parfois, défaut d'éducation souvent, baisse de motivations (ce n'est pas une priorité) ou manque de moyens financiers. En effet, les instruments d'hygiène performants (bonne brosse à dents qu'il faut changer une fois par mois, brossettes interdentaires, bains de bouche...) sont onéreux et ne sont pas remboursés.

Les 'précaires' présentent de moins bonnes pratiques d'hygiènes que les 'témoins' selon le taux d'absence de plaque confirmé par les indices: que ce soient les 'jeunes précaires' (63,6 %) comparés aux étudiants ((77,9 %), les Rmistes (61,5 %, le plus bas pourcentage d'absence de plaque !) comparés aux ouvriers (64 %), ou les chômeurs (66,9 %) comparés aux cadres (72,5). Les scores de plaque abondante, qui signalent une plus grande indifférence à l'hygiène (la présence de plaque, outre l'aspect sale et inesthétique, entraîne également des troubles de l'haleine) sont les plus importants chez les catégories 'précaires' : 'jeunes précaires' (10,7 %), Rmistes (11 %) chômeurs (7,9 %). Néanmoins, le pourcentage élevé de plaque abondante (10,5 %) constaté chez les ouvriers non qualifiés renvoie au paramètre socioculturel.

Tableau 15
La plaque dentaire

	Absence de plaque	Plaque peu étendue	Plaque abondante
Jeunes précaires (955 obs.)	63,56 % Indice 0,94	25,76 % Indice 1,05	10,68 % Indice 1,35
Etudiants (474 obs.)	77,85 % Indice 1,15	19,20 % Indice 0,78	2,95 % Indice 0,38
Rmistes (988 obs.)	61,54 % Indice 0,93	27,43 % Indice 1,04	11,03 % Indice 1,49
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	63,99 % Indice 0,97	30,63 % Indice 1,14	5,38 % Indice 0,72
Ouvriers non qualifiés (437 obs.)	64,30 % Indice 0,97	25,17 % Indice 0,95	10,53 % Indice 1,41
Cadres (789 obs.)	72,50 % Indice 1,10	24,08 % Indice 0,9	3,42 % Indice 0,45
Chômeurs (2064 obs.)	66,91 % Indice 1,01	25,19 % Indice 0,96	7,90 % Indice 1,06

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Les 'jeunes précaires' montrent nettement moins de pratique d'hygiène (14 % en moins) que les étudiants (dont le taux de 77 % n'est pourtant pas satisfaisant). Ainsi, près de quatre 'jeunes précaires' sur dix ont des problèmes de présence de plaque bactérienne. On remarque également, en observant le type de plaque, que cinq fois plus de 'jeunes précaires' ont une plaque abondante - comparés aux étudiants - à un âge où, normalement, on fait plus attention à son hygiène (âge de séduction).

Bien que non satisfaisants, les plus hauts scores (et indices) d'absence de plaque se retrouvent chez les étudiants (77,9 %) et les cadres (72,5 %), suivis par les chômeurs (66,9 %) et les ouvriers qualifiés ou pas (64,3 %). Le score le plus bas est trouvé chez les Rmistes (61,5 %).

Les ouvriers qualifiés sont les plus nombreux à présenter une plaque peu abondante (près d'un sur trois), suivis par les Rmistes, les 'jeunes précaires', les ouvriers non qualifiés, les chômeurs et les cadres (près d'un sur quatre dans toutes ces catégories, ce qui semble peu affecté par le facteur 'précarité'). Les étudiants ont le score le plus bas (19,2 %).

La présence d'une plaque abondante se retrouve dans les catégories Rmistes, 'jeunes précaires', chômeurs et ouvriers non qualifiés qui ont des indices élevés, trois à quatre fois plus importants que ceux des étudiants et des cadres qui ont les plus bas, les ouvriers qualifiés occupant une place intermédiaire.

Les femmes, quelle que soit la catégorie sociale, ont toujours de meilleures pratiques d'hygiène que les hommes (la différence allant de 5 % à 16 % pour la même classe sociale). Cette différence est peut-être due à des considérations esthétiques et à une sensibilité à l'égard du corps des femmes plus développée, même en situation de 'précarité'.

L'écart de taux d'absence de plaque en bouche pour la même catégorie sociale entre hommes et femmes est toujours plus grand pour les catégories 'précaires' (11 % d'écart pour les chômeurs et 16 % pour les Rmistes). Pour les autres catégories, cet écart est de 5 % chez les ouvriers qualifiés et chez les cadres.

Les différences de scores de 'plaque abondante', toujours à l'avantage des catégories 'témoins' face aux 'précaires', sont plus grandes chez les hommes comparés entre eux que chez les femmes comparées entre elles.

Enfin, probablement pour des raisons socioculturelles, il existe une nette différence entre les ouvriers qualifiés qui ont peu de plaque abondante en bouche (4,5 %) et les ouvriers non qualifiés (presque 14 %).

Tableau 16
La plaque dentaire selon le sexe

	Absence de plaque	Plaque peu étendue	Plaque très étendue
Femmes			
Jeunes précaires (476 obs.)	67,86 %	23,95 %	8,19 %
Etudiantes (268 obs.)	82,46 %	15,30 %	2,24 %
Rmistes (450 obs.)	70,44 %	22,44 %	7,11 %
Ouvrières qualifiées (340 obs.)	67,35 %	29,12 %	3,53 %
Ouvrières non qualifiées (155 obs.)	71,61 %	23,87 %	4,52 %
Cadres (306 obs.)	75,16 %	20,59 %	4,25 %
Chômeuses (1180 obs.)	71,86 %	23,05 %	5,08 %
Hommes			
Jeunes précaires (479 obs.)	59,29 %	27,56 %	13,15 %
Etudiants (206 obs.)	71,84 %	24,27 %	3,88 %
Rmistes (538 obs.)	54,09 %	31,60 %	14,31 %
Ouvriers qualifiés (1129 obs.)	62,98 %	31,09 %	5,93 %
Ouvriers non qualifiés (282 obs.)	60,28 %	25,89 %	13,83 %
Cadres (483 obs.)	70,81 %	26,29 %	2,90 %
Chômeurs (884 obs.)	60,29 %	28,05 %	11,65 %

Source : Centres d'examen de santé - 1997

➤ **Le tartre**

Le tartre est une plaque dentaire minéralisée à la surface des dents, les rendant rugueuses. Il s'auto-entretient. Plus il y a de tartre, plus la plaque dentaire devient difficile à éliminer. Le tartre est à la base de toutes les maladies parodontales (le parodonte est constitué de la gencive et de l'os entourant la dent). L'agression par le tartre commence au niveau de la gencive (gingivite) et se poursuit par la destruction de l'os entourant la dent (parodontolyse).

La présence de tartre renseigne donc mieux sur l'état parodontal et l'hygiène d'un patient. Ainsi, à part les étudiants (qui ont l'indice d'absence de tartre le plus élevé 1,2), la moitié des personnes observées en moyenne présentent du tartre en bouche, toutes catégories sociales confondues (de 40 à 60 %).

Ce tartre est en général peu étendu, sauf pour les catégories 'précaires' qui se démarquent avec des taux élevés de tartre abondant (entre 8 et 16 %). Il faut remarquer la très forte concordance des indices de tartre et des indices de plaques, toutes catégories comparées.

Tableau 17
Le tartre dentaire

	Absence de tartre	tartre peu étendu	tartre abondant
Jeunes précaires (955 obs.)	57,70 % Indice 0,92	34,24 % Indice 1,08	8,06 % Indice 1,36
Etudiants (474 obs.)	72,57 % Indice 1,20	24,89 % Indice 0,76	2,53 % Indice 0,39
Rmistes (988 obs.)	44,33 % Indice 0,93	39,57 % Indice 0,94	16,09 % Indice 1,52
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	44,18 % Indice 0,96	46,15 % Indice 1,08	9,67 % Indice 0,87
Ouvriers non qualifiés (437 obs.)	50,57 % Indice 1,08	34,10 % Indice 0,80	15,33 % Indice 1,42
Cadres (789 obs.)	49,81 % Indice 1,08	45,37 % Indice 1,06	4,82 % Indice 0,43
Chômeurs (2064 obs.)	48,64 % Indice 1	41,38 % Indice 1	9,98 % Indice 0,97

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Les étudiants ont beaucoup moins de tartre (27,4 %) que les 'jeunes précaires' (42,3 %). Cette différence s'exprime surtout au niveau du tartre abondant qui est quatre fois plus important chez les 'précaires' que chez les 'témoins'. En fait, ce tartre abondant représente près de 20 % du tartre présent en bouche pour les 'jeunes précaires' et 9 % seulement pour les étudiants. La différence entre les deux catégories se révèle être à la fois qualitative et quantitative.

Les Rmistes ont autant de tartre que les ouvriers qualifiés (56 %) alors que les ouvriers non qualifiés en ont moins (50 %). De même que pour la plaque dentaire, les ouvriers qualifiés ont du tartre (plus d'un ouvrier qualifié sur deux a du tartre en bouche), mais celui-ci est peu étendu. Les ouvriers non qualifiés ont moins de tartre (quantitativement) que les ouvriers qualifiés mais quand ils en ont, celui-ci est plus néfaste (qualitativement) pour la santé parodontale car il est de type 'abondant'. Les Rmistes ont un taux de tartre 'abondant' très important (16 %). "L'inégalité sociale" est surtout qualitative : le tartre 'abondant' représente (29 %) du tartre présent en bouche chez les Rmistes, (31 %) pour les ouvriers non qualifiés et (17 %) pour les ouvriers qualifiés.

Le pourcentage de 'tartre abondant' des chômeurs est le double de celui des cadres.

Les femmes ont moins de tartre présent en bouche que les hommes (toutes catégories confondues), avec une différence allant de 6 % à 18 %. Comme pour la plaque, plus la catégorie est 'précaire', plus

l'écart entre hommes et femmes est grand (jusqu'à +18 % de femmes sans tartre chez les Rmistes comparées aux hommes). Même constat en ce qui concerne la quantité de tartre 'abondant': plus la catégorie est 'précaire', plus la différence entre les deux sexes est marquée (deux à trois fois plus de tartre 'abondant' chez les hommes que les femmes).

Tableau 18
Le tartre dentaire selon le sexe

	Absence de tartre	Tartre peu étendu	Tartre abondant
Femmes			
Jeunes précaires (476 obs.)	62,82 %	31,51 %	5,67 %
Etudiantes (268 obs.)	75,75 %	22,39 %	1,87 %
Rmistes (450 obs.)	54,00 %	36,67 %	9,33 %
Ouvrières qualifiées (340 obs.)	55,29 %	40,88 %	3,82 %
Ouvrières non qualifiées (155 obs.)	54,84 %	32,26 %	12,90 %
Cadres (306 obs.)	53,27 %	40,85 %	5,88 %
Chômeuses (1180 obs.)	54,15 %	38,81 %	7,03 %
Hommes			
Jeunes précaires (479 obs.)	52,61 %	36,95 %	10,44 %
Etudiants (206 obs.)	68,45 %	28,16 %	3,40 %
Rmistes (538 obs.)	36,25 %	42,01 %	21,75 %
Ouvriers qualifiés (1129 obs.)	40,83 %	47,74 %	11,43 %
Ouvriers non qualifiés (282 obs.)	48,23 %	35,11 %	16,67 %
Cadres (483 obs.)	47,62 %	48,24 %	4,14 %
Chômeurs (884 obs.)	41,29 %	44,80 %	13,91 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Les femmes de 16-25 ans et de 26-45 ans ont moins souvent du tartre présent en bouche que les hommes de la même catégorie sociale, et quand il est présent, ce tartre est souvent moins 'abondant'.

Tableau 19
Le tartre dentaire selon l'âge et le sexe

	Absence de tartre	Tartre peu étendu	Tartre abondant	Effectifs
Femmes 16-25 ans				
Jeunes précaires	62,77 %	31,49 %	5,74 %	470
Etudiantes	78,39 %	19,49 %	2,12 %	236
Rmistes	60,00 %	33,85 %	6,15 %	65
Hommes 16-25 ans				
Jeunes précaires	53,05 %	36,63 %	10,32 %	475
Etudiants	70,00 %	27,78 %	2,22 %	180
Rmistes	53,06 %	28,57 %	18,37 %	49
Femmes 26-45 ans				
Rmistes	52,99 %	37,14 %	9,87 %	385
Ouvrières qualifiées	53,38 %	42,23 %	4,39 %	296
Ouvrières non qualifiées	54,69 %	32,03 %	13,28 %	128
Cadres	49,43 %	44,06 %	6,51 %	261
Chômeuses plus de 6 mois	50,69 %	41,15 %	8,17 %	943
Hommes 26-45 ans				
Rmistes	34,56 %	43,35 %	22,09 %	489
Ouvriers qualifiés	38,84 %	49,1 %	12,05 %	1004
Ouvriers non qualifiés	47,79 %	34,94 %	17,27 %	249
Cadres	46,61 %	49,32 %	4,07 %	442
Chômeurs plus de 6 mois	38,18 %	46,11 %	15,71 %	681

Source : Centres d'examens de santé - 1997

➤ **La gingivite**

La gingivite est une inflammation de la gencive qui gonfle, devient rouge, luisante, saignante, douloureuse et se décolle de la surface dentaire.

La gingivite est observée majoritairement chez les sujets présentant de la plaque dentaire et du tartre, et notamment les consommateurs de tabac et de café. La gravité de cette affection tient à son extension qui induit certaines pathologies (dénudations radiculaires inesthétiques et inconfortables, mobilités dentaires, abcès parodontal, parodontite...), qui, en l'absence de traitement, peuvent conduire à terme à la perte de l'organe dentaire.

Absence de gingivite : toutes catégories confondues (en sexe et âge), six à huit personnes sur dix sont indemnes de gingivite (de 61,3 % chez les ouvriers non qualifiés à 84,6 % pour les étudiants).

Gingivite peu étendue (ou modérée) : elle intéresse principalement les Rmistes (27,7 %), les ouvriers non qualifiés (27,7 %), les ouvriers qualifiés (27,4 %) et les chômeurs (26,4 %). Le score le plus bas est celui des étudiants.

Gingivite très étendue : les jeunes 'précaires' ont l'indice le plus élevé (1,42) et les cadres l'indice le plus bas (0,27).

Tableau 20
La gingivite

	Absence de gingivite	Gingivite peu étendue	Gingivite très étendue
Jeunes précaires (955 obs.)	70,26 % Indice 0,94	21,57 % Indice 1,09	8,17 % Indice 1,42
Etudiants (474 obs.)	84,60 % Indice 1,15	12,66 % Indice 0,62	2,74 % Indice 0,46
Rmistes (988 obs.)	62,25 % Indice 0,94	27,73 % Indice 1,06	10,02 % Indice 1,31
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	65,69 % Indice 1,01	27,37 % Indice 1,02	6,94 % Indice 0,87
Ouvriers non qualifiés (437 obs.)	61,33 % Indice 0,93	27,69 % Indice 1,05	10,98 % Indice 1,40
Cadres (789 obs.)	74,40 % Indice 1,14	23,45 % Indice 0,87	2,15 % Indice 0,27
Chômeurs (2064 obs.)	65,26 % Indice 0,98	26,41 % Indice 1,03	8,33 % Indice 1,10

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Il existe une très nette différence entre étudiants et 'jeunes précaires', qu'il s'agisse d'absence de gingivite (70,3 % / 84,6 %), de gingivite peu étendue (12,7 % / 21,6 %) ou de gingivite très étendue (2,7 % et 8,2 %).

Près de quatre Rmistes sur dix ont de la gingivite présente en bouche parmi lesquels près d'un Rmiste sur dix a une gingivite très étendue. On retrouve des pourcentages voisins chez les ouvriers non qualifiés, ainsi que chez les ouvriers qualifiés avec des scores légèrement meilleurs.

Les cadres, comparés aux chômeurs, ont ici l'avantage de la comparaison avec :

- près de 10 % de différence pour l'absence de gingivite (65 %/74 %),
- environ 3 % de différence pour la gingivite modérée (23,4 %/26,4 %),
- plus de 6 % de différence pour la gingivite très étendue (2,1 % versus 8,3 %, soit quatre fois plus).

Sachant qu'un cadre sur 4 présente de la gingivité, il faut constater que cette catégorie pourtant protégée (meilleurs indices toutes confondues), n'attache pas un soin élevé à la santé parodontale.

Comme pour la plaque dentaire et le tartre, les femmes prennent plus soin de leur santé parodontale et de leur hygiène buccale que les hommes, quelle que soit la classe sociale. En moyenne, les femmes ayant de la gingivite ont des taux inférieurs de 3 % à 4 % à ceux des hommes de la même catégorie sociale et souvent deux fois moins de gingivite 'très étendue' (étudiantes, Rmistes, cadres et chômeuses). La plus grande différence entre les deux sexes se situe chez les Rmistes avec un écart de 11 % sur la présence de gingivite et de 6,5 % de gingivite 'très étendue'.

Tableau 21
La gingivite selon le sexe

	Absence de gingivite	Gingivite peu étendue	Gingivite très étendue
Femmes			
Jeunes précaires (476 obs.)	72,27 %	20,38 %	7,35 %
Etudiantes (268 obs.)	86,19 %	11,94 %	1,87 %
Rmistes (450 obs.)	68,00 %	25,56 %	6,44 %
Ouvrières qualifiées (340 obs.)	69,41 %	25,00 %	5,59 %
Ouvrières non qualifiées (155 obs.)	64,52 %	25,81 %	9,68 %
Cadres (306 obs.)	74,51 %	22,22 %	3,27 %
Chômeuses (1180 obs.)	67,29 %	26,44 %	6,27 %
Hommes			
Jeunes précaires (479 obs.)	68,27 %	22,76 %	8,98 %
Etudiants (206 obs.)	82,52 %	13,59 %	3,98 %
Rmistes (538 obs.)	57,43 %	29,55 %	13,01 %
Ouvriers qualifiés (1129 obs.)	64,57 %	28,08 %	7,35 %
Ouvriers non qualifiés (282 obs.)	59,57 %	28,72 %	11,7 %
Cadres (483 obs.)	74,33 %	24,22 %	1,45 %
Chômeurs (884 obs.)	62,56 %	26,36 %	11,09 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

➤ Les lésions muqueuses

Les muqueuses sont les tissus mous dans la cavité buccale (gencive, lèvres, langue, face interne de la joue, palais, plancher buccal). A l'inverse, les tissus durs sont les dents et les os. Les muqueuses peuvent être atteintes : on parlera de lésions muqueuses.

Dans la légende des tableaux et graphiques de ce chapitre :

- 'absente' signifie qu'il n'y a pas de lésions muqueuses,
- 'sans gravité' signifie que la lésion dépistée n'a pas de caractère de gravité (telles que rougeurs, morsures, aphtes...),
- 'à explorer' signifie que l'anomalie muqueuse est importante (leucoplasies, ulcérations suspectes...) et donc nécessite une consultation.

Qu'il s'agisse des lésions 'sans gravité' ou 'à explorer', on remarque une différence significative entre les 'précaires' présentant toujours des indices supérieurs à l'indice 1 (indice de référence représentant la moyenne de l'échantillon de la population observée, permettant donc de supprimer l'effet de l'âge), et les 'témoins' ayant toujours des indices inférieurs à 1.

Les étudiants ont un peu moins de lésions muqueuses que les 'jeunes précaires' (98,5 % versus 97,3 %). Mais ces derniers ont plus de lésions muqueuses sans gravité (indice 1,08) que les étudiants

(indice 0,67). Aucune lésion muqueuse 'à explorer' n'est observée chez les étudiants alors que ces anomalies représentent 15 % des lésions dépistées chez les 'précaires'.

Les Rmistes ont les pourcentages et les indices de lésions muqueuses ('sans gravité' et 'à explorer') les plus élevés toutes catégories socioprofessionnelles confondues (en âge et sexe) : les lésions 'sans gravité' sont dépistées chez 4,9 % des Rmistes, soit 1,58 en indice. Les lésions 'à explorer' sont constatées chez 0,5 % des Rmistes soit 1,75 en indice.

Lorsqu'on supprime l'effet de l'âge par les indices, on s'aperçoit que les chômeurs présentent plus de problèmes de muqueuses que les cadres avec, les lésions 'sans gravité' un indice de 1,14 versus 0,85, et pour les lésions 'à explorer', un indice de 1,47 contre un indice nul chez les cadres.

Tableau 22
Les lésions des muqueuses

	Lésions absentes	Sans gravité	A explorer
Jeunes précaires (955 obs.)	97,28 % Indice 1	2,30 % Indice 1,08	0,42 % Indice 1,26
Etudiants (474 obs.)	98,52 % Indice 1,01	1,48 % Indice 0,67	0,00 % Indice 0
Rmistes (988 obs.)	94,64 % Indice 0,98	4,86 % Indice 1,58	0,51 % Indice 1,75
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	97,48 % Indice 1,01	2,25 % Indice 0,71	0,27 % Indice 0,89
Ouvriers non qualifiés (437 obs.)	98,40 % Indice 1,02	1,60 % Indice 0,51	0,00 % Indice 0
Cadres (789 obs.)	97,21 % Indice 1,01	2,79 % Indice 0,85	0,00 % Indice 0
Chômeurs (2064 obs.)	96,17 % Indice 0,97	3,39 % Indice 1,14	0,44 % Indice 1,47

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Les femmes ont, quelle que soit la classe sociale, moins de problèmes de muqueuses (excepté pour les 'jeunes précaires'), et quand elles en ont, ils sont moins importants que pour les hommes.

Tableau 23
Les lésions des muqueuses selon le sexe

	Lésions absentes	Sans gravité	A explorer
Femmes			
Jeunes précaires (476 obs.)	96,64 %	2,94 %	0,42 %
Etudiantes (268 obs.)	98,88 %	1,12 %	0,00 %
Rmistes (450 obs.)	96,67 %	3,33 %	0,00 %
Ouvrières qualifiées (340 obs.)	98,82 %	1,18 %	0,00 %
Ouvrières non qualifiées (155 obs.)	99,35 %	0,65 %	0,00 %
Cadres (306 obs.)	97,39 %	2,61 %	0,00 %
Chômeuses (1180 obs.)	96,86 %	3,05 %	0,08 %
Hommes			
Jeunes précaires (479 obs.)	97,91 %	1,67 %	0,42 %
Etudiants (206 obs.)	98,06 %	1,94 %	0,00 %
Rmistes (538 obs.)	92,94 %	6,13 %	0,93 %
Ouvriers qualifiés (1129 obs.)	97,08 %	2,57 %	0,35 %
Ouvriers non qualifiés (282 obs.)	97,87 %	2,13 %	0,00 %
Cadres (483 obs.)	97,10 %	2,90 %	0,00 %
Chômeurs (884 obs.)	95,25 %	3,85 %	0,90 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

2.4. Informations générales sur le patient

➤ La date du dernier examen dentaire

Il s'agit de la dernière fois où le patient a été examiné par un dentiste, hors l'examen en cours naturellement. Plus cet intervalle est important, plus la culture dentaire du patient semble mauvaise puisqu'il faut en moyenne voir son dentiste une à deux fois par an afin de prévenir les caries potentielles d'une part et de se faire détartrer les dents, d'autre part.

Quatre à cinq individus sur dix n'ont pas été examinés par un dentiste depuis plus d'un an. Par ailleurs, nous observons deux groupes parmi les personnes 'précaires' :

- le premier (le plus petit) est en cours de soins au moment de l'examen, avec des indices de soins en cours supérieurs à la moyenne générale (1,19 pour les jeunes 'précaires', 1,15 pour les Rmistes, et 1,05 pour les chômeurs) ; ces chiffres restent tout de même très faibles (seulement un 'précaire' sur dix est en cours de soins) si l'on considère les soins dont ils ont particulièrement besoin ; à l'inverse, les indices des catégories 'non précaires' qui sont en cours de soins sont tous inférieurs à la moyenne générale de la population.
- le second groupe (plus important) semble avoir abandonné les soins ; ainsi, parmi les individus qui n'ont pas été examinés par le dentiste depuis plus d'un an, les pourcentages des catégories 'précaires' sont supérieurs de 6 % à 8 % par rapport aux classes sociales 'non précaires'.

Les catégories 'non précaires' sont majoritaires en ce qui concerne les soins qui ont eu lieu entre un mois et moins d'un an.

Tableau 24
Date du dernier examen dentaire effectué

	En cours	Moins de 1 mois	Moins de 1 an	Plus de 1 an
Jeunes précaires (954 obs.)	9,33 % Indice 1,19	4,30 % Indice 0,85	39,10 % Indice 0,90	47,27 % Indice 1,09
Etudiants (474 obs.)	4,64 % Indice 0,58	7,81 % Indice 1,52	48,31 % Indice 1,10	39,24 % Indice 0,91
Rmistes (988 obs.)	10,22 % Indice 1,15	4,76 % Indice 0,96	38,36 % Indice 0,89	46,66 % Indice 1,08
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	8,44 % Indice 0,97	4,63 % Indice 0,96	46,15 % Indice 1,06	40,78 % Indice 0,95
Ouvriers non qualifiés (437 obs.)	7,78 % Indice 0,90	3,43 % Indice 0,70	42,33 % Indice 0,98	46,45 % Indice 1,08
Cadres (787 obs.)	6,99 % Indice 0,80	5,97 % Indice 1,24	50,70 % Indice 1,18	36,34 % Indice 0,84
Chômeurs (2064 obs.)	9,16 % Indice 1,05	4,80 % Indice 0,97	42,20 % Indice 0,97	43,85 % Indice 1,02

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Il y a deux fois plus de 'jeunes précaires' qui ont des soins 'en cours' (9,3 %) que d'étudiants (4,6 %), mais à l'inverse, le pourcentage de personnes 'précaires' qui n'ont pas vu le dentiste depuis plus d'un an est supérieur de 8 % à celui des étudiants. Les indices qui suppriment l'effet de l'âge confirment les pourcentages. Comme nous le constatons plus haut, les 'jeunes précaires' se trouvent aux deux extrêmes : soit ils sont en cours de soins, soit ils n'ont pas été examinés depuis plus d'un an.

Un Rmiste sur dix est en cours de soins. 46 % en revanche n'ont pas été examinés depuis plus d'un an. On retrouve ce pourcentage chez les ouvriers non qualifiés. Les ouvriers qualifiés sont très légèrement en situation plus favorable avec 'seulement' quatre ouvriers sur dix qui n'ont pas consulté depuis plus d'un an.

Les chômeurs, comparés aux cadres, présentent le taux le plus élevé de personnes qui ont des soins en cours (9,2 % versus 7 %), ou qui n'ont pas été examinés depuis plus d'un an (43,9 % / 36,3 %). Près de deux cadres sur trois ont consulté un dentiste il y a moins d'un an. Ce taux est le plus élevé - toutes catégories socioprofessionnelles confondues en âge et en sexe - mais il n'est pas encore satisfaisant. Près d'un cadre sur trois (36,3 %) n'a pas consulté depuis plus d'un an. Le paramètre financier n'est donc pas l'unique obstacle aux soins qu'il faille considérer.

Peu de différences entre les deux sexes si ce n'est que les femmes 'précaires' consultent plus que les hommes 'précaires'. En revanche, les contrastes sont plus marqués en ce qui concerne l'examen effectué il y a plus d'un an. De manière générale, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont consulté dans l'année écoulée. Cet écart atteint 8 à 10 % quand il s'agit des 'précaires'. Il est possible que l'absence de soins intéresse plus rapidement les hommes (un homme sur deux n'a pas été examiné depuis plus d'un an) que les femmes, même en difficulté.

Tableau 25
Date du dernier examen dentaire selon le sexe

	En cours	Moins de 1 mois	Moins de 1 an	Plus e 1 an
Femmes				
Jeunes précaires (476 obs.)	9,66 %	5,88 %	41,39 %	43,07 %
Etudiantes (268 obs.)	3,73 %	9,33 %	47,76 %	39,18 %
Rmistes (450 obs.)	10,89 %	4,44 %	42,67 %	42,00 %
Ouvrières qualifiées (340 obs.)	8,82 %	5,00 %	52,35 %	33,82 %
Ouvrières non qualifiées (155 obs.)	5,81 %	1,94 %	45,16 %	47,10 %
Cadres (306 obs.)	6,23 %	6,89 %	53,77 %	33,11 %
Chômeuses (1180 obs.)	9,83 %	4,32 %	46,19 %	39,66 %
Hommes				
Jeunes précaires (478 obs.)	9,00 %	2,72 %	36,82 %	51,46 %
Etudiants (206 obs.)	5,83 %	5,83 %	49,03 %	39,32 %
Rmistes (538 obs.)	9,67 %	5,02 %	34,76 %	50,56 %
Ouvriers qualifiés (1129 obs.)	8,33 %	4,52 %	44,29 %	42,87 %
Ouvriers non qualifiés (282 obs.)	8,87 %	4,26 %	40,78 %	46,10 %
Cadres (482 obs.)	7,47 %	5,39 %	48,76 %	38,38 %
Chômeurs (884 obs.)	8,26 %	5,43 %	36,88 %	49,43 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Il y a, pour les personnes en cours de soins, peu de différence entre hommes et femmes de 16 à 25 ans (sauf pour les Rmistes, mais leur effectif est trop restreint pour être significatif). Les contrastes, en faveur des femmes, apparaissent là encore dans la partie 'examen supérieur à un an' qui affectent davantage les hommes.

En comparaison aux pourcentages relevés tous âges confondus, le constat est le même plus marqué pour la tranche d'âge 26-45 ans : les femmes ont plus de soins en cours que les hommes et moins de femmes n'ont pas consulté un dentiste dans l'année écoulée.

Tableau 26
Date du dernier examen dentaire selon l'âge et le sexe

	En cours	Moins de 1 mois	Moins de 1 an	Plus de 1 an	Effectifs
Femmes 16-25 ans					
Jeunes précaires	9,79 %	5,53 %	41,28 %	43,40 %	470
Etudiantes	4,24 %	9,75 %	48,73 %	37,29 %	236
Rmistes	6,15 %	4,62 %	50,77 %	38,46 %	65
Hommes 16-25 ans					
Jeunes précaires	9,07 %	2,74 %	36,92 %	51,27 %	474
Etudiants	5,56 %	5,00 %	50,56 %	38,89 %	180
Rmistes	14,29 %	8,16 %	30,61 %	46,94 %	49
Femmes 26-45 ans					
Rmistes	11,69 %	4,42 %	41,30 %	42,60 %	385
Ouvrières qualifiées	9,12 %	4,73 %	53,04 %	33,11 %	296
Ouvrières non qualifiées	6,25 %	2,34 %	45,31 %	46,09 %	128
Cadres	6,92 %	6,92 %	53,08 %	33,08 %	260
Chômeuses plus de 6 mois	10,39 %	4,35 %	44,01 %	41,25 %	943
Hommes 26-45 ans					
Rmistes	9,20 %	4,70 %	35,17 %	50,92 %	489
Ouvriers qualifiés	8,17 %	4,28 %	44,02 %	43,53 %	1004
Ouvriers non qualifiés	9,64 %	4,02 %	38,96 %	47,39 %	249
Cadres	7,48 %	5,67 %	48,98 %	37,87 %	441
Chômeurs plus de 6 mois	8,66 %	5,43 %	37,15 %	48,75 %	681

Source : Centres d'examens de santé - 1997

➤ Les conseils dentaires

Ils ont été donnés par les dentistes des centres d'examens de santé aux patients venus les consulter.

4 194 personnes n'ont pas reçu de conseils à la suite de leur examen dentaire (57 % de la population observée).

Il est intéressant d'observer, pour chaque catégorie sociale, quel conseil a été le plus donné :

- Améliorer l'hygiène de brossage : ce conseil intéresse principalement les Rmistes (9,9 %), les jeunes 'précaires' (9 %), les ouvriers qualifiés (8 %) et les chômeurs (6,7 %).
- Surveiller une gingivite : les ouvriers ont le plus haut score (8 % en moyenne) suivi par les catégories 'précaires' (6,2 % chez les Rmistes, 5,7 % pour les chômeurs et les jeunes en voie d'insertion).
- Suivi plus rapproché : 13 à 22 % des sujets reçu ce conseil. Il faut rappeler que quatre à cinq personnes sur dix n'ont pas été examinées depuis plus d'un an. A noter le pourcentage élevé d'ouvriers non qualifiés (22,8 %).
- Apport de fluor conseillé : ce conseil n'a pratiquement pas été noté (18 personnes sur l'ensemble de l'échantillon observé).
- Mobilité anormale : pas de grandes différences entre les catégories. Notons simplement que les jeunes sont moins affectés par ce type de problèmes dentaires.

- Racine à extraire : nette différence entre les catégories 'précaires' par rapport aux 'témoins' en meilleure situation :
 - jeunes en voie d'insertion (8,7 %) comparés aux étudiants (1,04 %),
 - Rmistes face aux ouvriers (9,3 % versus 5,3 % en moyenne),
 - chômeurs comparés aux cadres (8,2 % / 2 %).
- Surveiller les dents de sagesse : ce conseil a été peu donné (cinq individus sur cent) et principalement aux populations plus jeunes (7,2 % des jeunes 'précaires' et 11,4 % des étudiants).

Tableau 27
Les conseils dentaires

	Pas de conseils	Améliorer hygiène de brossage	Surveiller gingivite	Suivi plus rapproché conseillé	Apport de fluor conseillé	Mobilité anormale	Racine à extraire	Vérifier la position des dents de sagesse
Jeunes précaires (983 obs.)	49,14 % Indice 0,88	9,05 % Indice 1,02	5,70 % Indice 1,18	20,04 % Indice 1,30	0,10 % Indice 0,31	0,10 % Indice 0,85	8,65 % Indice 1,57	7,22 % Indice 0,81
Etudiants (481 obs.)	68,61 % Indice 1,22	4,16 % Indice 0,49	3,12 % Indice 0,63	11,02 % Indice 0,71	0,42 % Indice 1,33	0,21 % Indice 0,88	1,04 % Indice 0,18	11,43 % Indice 1,36
Rmistes (1000 obs.)	52,90 % Indice 0,91	9,90 % Indice 1,43	6,20 % Indice 0,96	15,4 % Indice 0,96	0,20 % Indice 0,85	2,4 % Indice 1,33	9,30 % Indice 1,42	3,70 % Indice 0,94
Ouvriers qualifiés (1492 obs.)	59,58 % Indice 1,03	7,98 % Indice 1,15	7,91 % Indice 1,16	15,15 % Indice 0,96	0,47 % Indice 2,15	1,21 % Indice 0,56	4,62 % Indice 0,69	3,08 % Indice 0,88
Ouvriers non qual. (439 obs.)	48,97 % Indice 0,84	5,69 % Indice 0,83	8,88 % Indice 1,34	22,78 % Indice 1,43	0,00 % Indice 0	3,19 % Indice 1,60	5,92 % Indice 0,89	4,56 % Indice 1,24
Cadres (798 obs.)	67,17 % Indice 1,16	5,51 % Indice 0,79	5,51 % Indice 0,81	13,66 % Indice 0,86	0,00 % Indice 0	1,13 % Indice 0,50	2,01 % Indice 0,30	5,01 % Indice 1,45
Chômeurs (2098 obs.)	57,77 % Indice 1,00	6,67 % Indice 0,94	5,77 % Indice 0,90	15,01 % Indice 0,94	0,29 % Indice 1,23	2,29 % Indice 1,33	8,15 % Indice 1,26	4,05 % Indice 0,94

Source : Centres d'examens de santé - 1997

La population étudiante est celle qui a eu le moins de conseils de toute la population examinée (68,6 % des étudiants n'ont pas reçu de conseils). En dehors de la surveillance des dents de sagesse (11,4 %). Nous devons rappeler qu'ils présentent les pourcentages les plus bas des problèmes d'hygiène (amélioration de l'hygiène (4,2 %), la surveillance de gingivite (3,1 %) et pour le mauvais suivi dentaire (11,0 % doivent aller plus souvent chez le dentiste).

Par contre, la catégorie des 'jeunes précaires' est celle qui a reçu le plus souvent un conseil au cours de l'examen (un jeune en voie d'insertion sur deux). Les conseils reçus sont relatifs à :

- une hygiène défectueuse (à l'inverse des étudiants, ils présentent pratiquement le plus haut pourcentage (9,1 %) du conseil 'améliorer l'hygiène'),
- un meilleur suivi par un dentiste (un 'jeune précaire' sur cinq),
- des traitements d'urgence (8,7 % ont une racine à extraire).

Presqu'un Rmiste sur dix a une racine en bouche à extraire contre un ouvrier sur cinq. De plus, il a été conseillé aux Rmistes des mesures d'hygiène (9,9 % du conseil 'améliorer l'hygiène'), de consulter davantage un dentiste (15,4 %) et de soigner la mobilité anormale d'une dent (2,4 %).

Les ouvriers (en particulier les ouvriers non qualifiés) ont aussi des problèmes d'hygiène (près de 7 %), de gingivite (plus de 8 %), et de mauvais suivi dentaire (19 % des ouvriers). Ceci reflète le manque de sensibilisation de cette catégorie à l'état bucco-dentaire et à l'hygiène buccale.

Les cadres ont moins reçu de conseils que les chômeurs (57,8 % versus 67,2 %) (amélioration de l'hygiène, être plus suivi par un dentiste). On constate néanmoins de nettes différences en ce qui

concerne les traitements d'urgence : les racines résiduelles sont quatre fois plus fréquentes, et on trouve deux fois plus de mobilités dentaires anormales chez les chômeurs que chez les cadres.

➤ **Les 'conclusions' établies par les dentistes lors de l'examen**

La situation bucco-dentaire n'est pas satisfaisante en général, mais plus encore pour les 'précaires' observés

On remarque globalement, que la santé bucco-dentaire n'est pas bonne sur tout l'échantillon observé. En moyenne 33 % de la population observée, soit seulement un individu sur trois, a un bon état bucco-dentaire. Dans ce contexte d'insuffisance générale, les 'précaires' ont un état bucco-dentaire plus dégradé : 21 % des 'précaires' ont un bon état bucco-dentaire, soit seulement un sur cinq ; 37 % des 'témoins' en moyenne ont un bon état bucco-dentaire. Les indices des plus mauvais états bucco-dentaires, sans effet de l'âge, sont constatés chez les Rmistes (0,75) et chez les jeunes en voie d'insertion (0,81).

Les soins 'urgents' intéressent 15 % des chômeurs, 24 % des 'jeunes précaires' et 25 % des Rmistes (les 'non précaires' ne nécessitent ces traitements urgents que pour 7,5 % d'entre eux).

A l'inverse, les individus 'non précaires' nécessitent plus de soins habituels (48 % contre 31 % pour les catégories en difficultés).

Un individu 'précaire' sur dix environ est en cours de traitement au moment de l'enquête contre 7 % de personnes 'non précaires'. Les indices de 'traitement en cours' le confirment avec une population 'précaire' au-dessus de la moyenne générale et une population 'non précaire' au-dessous.

Tableau 28
Les conclusions dentaires établies par le dentiste

	Bon état bucco-dentaire	Consultation et/ou traitement urgent	Consultation et/ou traitement à envisager	Traitement en cours
Jeunes précaires (955 obs.)	28,27 % Indice 0,81	23,87 % Indice 1,43	38,22 % Indice 0,95	9,63 % Indice 1,20
Etudiants (474 obs.)	49,16 % Indice 1,42	4,01 % Indice 0,25	41,98 % Indice 1,03	4,85 % Indice 0,59
Rmistes (988 obs.)	22,47 % Indice 0,75	24,39 % Indice 1,73	43,22 % Indice 0,92	9,92 % Indice 1,09
Ouvriers qualifiés (1469 obs.)	30,91 % Indice 1,04	12,12 % Indice 0,87	48,40 % Indice 1,02	8,44 % Indice 0,95
Ouvriers non qualif. (437 obs.)	33,41 % Indice 1,11	11,21 % Indice 0,80	48,05 % Indice 1,02	7,32 % Indice 0,83
Cadres (789 obs.)	34,73 % Indice 1,17	3,04 % Indice 0,22	54,25 % Indice 1,14	7,98 % Indice 0,90
Chômeurs (2064 obs.)	30,47 % Indice 1,00	14,92 % Indice 1,04	45,16 % Indice 0,98	9,45 % Indice 1,07

Source : Centres d'examens de santé - 1997

La situation bucco-dentaire des femmes est toujours meilleure que celle des hommes

Quelle que soit la catégorie sociale, les femmes prêtent de façon significative plus de soins à leur santé dentaire que les hommes. On remarque cette différence entre les deux sexes toutes catégories confondues, avec une moyenne de 30,5 % de bon état bucco-dentaire pour les hommes et 35,5 % pour les femmes.

On constate par ailleurs que cet écart est d'autant plus grand que la catégorie observée est en situation de 'précarité' : l'écart entre les hommes et les femmes est de 3,3 % dans la population 'non précaire' (la moyenne de bon état dentaire des catégories 'non précaires' est de 35,7 % pour les hommes et 39 % pour les femmes). Cet écart entre les deux sexes dépasse 7 % dans la population 'non précaire' (la moyenne de bon état dentaire est ici de 23,4 % pour les hommes et 30,7 % pour les femmes).

Tableau 29
Les conclusions dentaires selon le sexe

	Bon état bucco-dentaire	Consultation et/ou traitement urgent	Consultation et/ou traitement à envisager	Traitement en cours
Femmes				
Jeunes précaires	32,77 %	19,54 %	38,03 %	9,66 %
Etudiantes	51,12 %	4,48 %	40,30 %	4,10 %
Rmistes	26,67 %	22,00 %	40,67 %	10,67 %
Ouvrières qualifiées	35,00 %	10,59 %	45,29 %	9,12 %
Ouvrières non qualifiées	33,55 %	7,10 %	52,26 %	7,10 %
Cadres	36,93 %	2,94 %	52,94 %	7,19 %
Chômeuses	32,71 %	14,24 %	42,88 %	10,17 %
Hommes				
Jeunes précaires	23,80 %	28,18 %	38,41 %	9,60 %
Etudiants	46,60 %	3,40 %	44,17 %	5,83 %
Rmistes	18,96 %	26,39 %	45,35 %	9,29 %
Ouvriers qualifiés	29,67 %	12,58 %	49,34 %	8,24 %
Ouvriers non qualifiés	33,33 %	13,48 %	45,74 %	7,45 %
Cadres	33,33 %	3,11 %	55,07 %	8,49 %
Chômeurs	27,49 %	15,84 %	48,19 %	8,48 %

Source : Centres d'examens de santé - 1997

Conclusion

Rappelons que cette étude n'est pas une enquête, ne vise aucune représentativité, mais se propose, à partir d'une observation de décrire des différences entre groupes de population et de poser des questions qui peuvent ouvrir des perspectives d'études plus structurées et plus démonstratives. Ceci dit, on peut à nouveau vérifier que pour les populations 'précaires', la santé n'est pas une priorité, et particulièrement au niveau des affections de l'appareil bucco-dentaire. Le motif principal de non recours aux soins dentaires demeure pour l'ensemble de la population un obstacle financier. Ceci est d'autant plus regrettable que les droits existent (dans le cas précis des centres d'exams de santé, les caisses ont mis en place un dispositif de prise en charge immédiat, dispensant de toute avance de frais), que les populations 'précaires' semblent souvent méconnaître ou ont du mal à les faire valoir.

Les personnes en situation de 'précarité', comparées aux catégories 'témoins' homologues, présentent plus de dents cariées, plus de dents absentes, moins de dents saines, moins de dents soignées (par obturation, par prothèses fixes) et moins de troubles orthodontiques traités.

On note également dans les populations jeunes et 'précaires' davantage de porteurs de prothèses amovibles, et donc une surface masticatoire très nettement insuffisante notamment chez les Rmistes.

Cet état dentaire très dégradé peut entraîner alors des troubles de la mastication (donc une impossibilité de se nourrir correctement), de la phonation, de la déglutition (et par conséquent de la digestion) et un mauvais fonctionnement de l'articulation Temporo-Mandibulaire. Cette dernière est d'autant plus altérée que ces personnes, de par leur situation de 'précarité', subissent davantage de stress (qui peut conduire au bruxisme et donc à une usure prématurée des dents). On retrouve ceci au moyen des indices avec sensiblement plus de troubles de l'A.T.M., notamment avec douleurs, chez les individus 'précaires'.

En ce qui concerne la pratique de méthodes d'hygiène, les personnes 'précaires' présentent une moins bonne santé parodontale que les 'témoins'. Ceci se manifeste de façon quantitative (avec la présence de plaque de tartre et de gingivite en bouche plus fréquentes) et aussi qualitative (car la plaque, le tartre, et la gingivite présents dans les catégories 'précaires' sont de type 'très étendus'). De même, les types de conseils donnés à ces catégories en difficulté (principalement des conseils de traitements d'urgence), ainsi que les conclusions établies par les dentistes des CES (seulement un 'précaire' sur cinq a un bon état bucco-dentaire) attestent de la dégradation de l'état bucco-dentaire de ces populations.

Par ailleurs, les 'témoins' ont une situation bucco-dentaire, certes plus favorable, mais très contrastée et pas toujours satisfaisante, ainsi qu'une pratique de méthodes d'hygiène dentaire encore insuffisante. Ces scores 'moyens' des témoins montrent qu'en plus de l'obstacle financier, l'existence d'une dimension socio-culturelle qu'il faudra analyser.

Les femmes, toutes catégories confondues, manifestent plus de culture de santé dentaire que les hommes (plus de soins, plus d'hygiène) et restent attachées à cette culture, même en situation de 'précarité'.

Les chômeurs, bien qu'en situation de 'précarité', avec de meilleurs scores semblent moins affectés par cette situation de 'précarité' (sachant qu'ils demeurent en deçà des scores des 'témoins'). Il est probable que cette catégorie de personnes, ayant déjà travaillé, a conservé une culture de soin, une connaissance du bien fondé des soins et de la protection sociale. Il ne faut pas oublier que cette catégorie comprend d'anciens cadres et des personnes qualifiées.

L'obstacle majeur semble, ici encore, être principalement un obstacle financier.

Il faut souligner enfin la désaffection vis à vis des soins et du suivi dentaire des personnes en situation de 'précarité' : presque la moitié d'entre elles n'ont pas consulté depuis plus d'un an.

Bibliographie

- [1] MOREAU I. - Etre exclu ne signifie pas toujours être Rmiste -Espace social européen n°304, France 1995, 6 octobre, pp. 8
- [2] CLERC D. - L'exclusion et ses mécanismes économiques - Déqualification sociale et psychopathologie, ou Devoirs et limites de la Psychiatrie publique - Actes du colloque du Vinatier, Lyon - Bron, France 1994, octobre - novembre, pp. 23-27.
- [3] LAMARQUE G. - L'EXCLUSION - Que sais-je ? n°3077 - Paris - Presses Universitaires de France, France 1996, octobre, 127 p.
- [4] LECOMTE Th., MIZRAHI An. et MIZRAHI Ar. - Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux - CREDES Biblio n°1129 France, 1996, juin, 85 p.
- [5] LA RÉDACTION DU BULLETIN ESPACE SOCIAL EUROPÉEN - Etat des lieux sur la santé dentaire : Documents et synthèse n°10 - édité par l'Observatoire Européen de la Protection Sociale, pp. 9 -12
- [6] DESPLANQUES G. - Etude longitudinale de la mortalité : échantillon de 1975 - les cadres vivent plus vieux. - INSEE Première, n°58 , France 1991/08
DESPLANQUES G. - L'inégalité devant la mort. - INSEE, Données sociales France 1993, pp. 251-258.
- [7] MIZRAHI. An. et MIZRAHI Ar. - Disparités sociales de morbidités en France - CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) - Biblio n°1177, France Mai 1997, 20 p.
- [8] GARIN Ch. et FENOGLIO J. - De plus en plus de jeunes diplômés perçoivent le RMI - Le Monde n° 16086 - France 1996, 15 octobre, pp.10
- [9] FOLLÉA L. - Le nombre de personnes exclues des soins ne cesse d'augmenter - Le Monde n°16111- France 1996, 13 novembre, pp. 19
- [10] CHABROL A. - Bulletin de l'Ordre des Médecins n° 6758: Spécial précarité n° 6758 - France 1997, juin, pp. 5-7.
- [11] ALLA F. et SCHLERET Y. - La population accueillie et soignée par les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde - Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine (ORSAS), 1996, 17 octobre, France 21 p.
- [12] GISSOT Cl. et MERCIER M-A. - Chômage et emploi en mars 1997 - Premiers résultats de l'enquête sur l'emploi - INSEE PREMIERE n°530, France 1997, juin, 4 p.
- [13] QUEROUIL O. (Délégation interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion) - L'accès aux soins des personnes défavorisées : un système complexe en pleine évolution - Solidarité Santé Etudes Statistiques n°3, France 1993, juillet - septembre, pp. 27-28.
- [14] VALLORY A. - L'accès aux soins des personnes défavorisées / A. VALLORY - Th. Chir. Dent. : Université Paris 7, 1996, décembre, 87 p.
- [15] ALLA F. et PY B.- Article n°35 et n°36 du code la déontologie médicale - Droit à la santé : Textes juridiques - Que sais-je ? n°3215 - PUF France, 1997, juillet, pp. 110-111.
- [16] SAILLY J-C., LEBRUN Th. et MENNERAT F. - Situation de la santé dentaire en France : Etat des lieux, orientations stratégiques - Centre Odontologique de Médicométrie et 'Evaluation (COME), Biblio n°1068, 1995, avril, 10 p.
- [17] GRANDFILS N., LEFUR Ph., MIZRAHI An., et MIZRAHI Ar. - Santé, soins et protection sociale en 1994 - CREDES Biblio n°1162, France 1995, décembre, tableaux 26 et 27, pp. 116.
- [18] TICHET J., LE MAUFF J-M., DESCLERCS-DULAC D. - Rapport d'activité du réseau 9 sur les populations en situation de précarité - CNAMTS, France Année 1995, 103 p., pp. 50-51 et 70-71.
- [19] Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé - Journal officiel de la République française - France 1992, 19 juillet, pp.5.
- [20] FEYT R. - Etat bucco-dentaire comparé en 1996 des populations venues passer un bilan de santé - Centre de Prévention et d'Examens de Santé de la CPAM. de la Somme, 1996, 6 p.
- [21] HUI QUAN CONG - Les Nouveaux patients des centres de soins gratuits en 1990 : français - maghrébins - étrangers. - CREDES Biblio n°903, France 1991, 57 p.

- [22] MIZRAHI An. et MIZRAHI Ar. - Evolution de la consommation Bucco-dentaire et renoncement aux soins. - CREDES Biblio n°968, France 1993, décembre, 62 p.
- [23] ROBERT An. - Un 'bus' pour les exclus : une opération pilote dans les Hauts de Seine et la Seine Saint Denis. - La lettre du conseil de l'Ordre des C.D., 1995, 6 octobre.
- [24] LECOMPTE Th., MIZRAHI An. et MIZRAHI Ar. - Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits - CREDES Biblio n°895, France 1995, juillet, 65 p.
- [25] Conseil Economique Social Régional de Toulouse - Phénomènes d'exclusion et cohésion sociale en Midi-Pyrénées - Avis du Conseil Economique et Social, 1995, 3 octobre, 428 p.
- [25] COGNEAU J. - Enquête sur les patients en situation de précarité vus en médecine libérale. - Revue du praticien : Médecine générale, Tome 45 n°15 France, 1996, 16 octobre., pp.29-31.
- [26] LHEUREUX C., HALLEY DES FONTAINES V. - Les jeunes en difficulté et leur santé. - Faculté de Médecine de Saint Antoine. Laboratoire de Médecine Préventive et sociale - 1996, juin, 96 p.
- [27] BOUFFECHOUX T. - La santé en France : Le malade, le médecin et l'Etat - Le Monde-Editions collections Marabout - 1997, 245 p.
- [28] MENORET-CALLES B. et EMMANUELLI X. (préf.) - L'accès aux soins des personnes démunies : situation et perspectives en 1996 - collection L'Ethique en mouvement - Paris : Editions L'Harmattan - 1997, 176 p.
- [29] MOREAU I. - Evaluation des Pathologies publiques de Lutte contre la grande Pauvreté - Espace Social Européen - supplément n°307 : Documents et synthèses n°10, 1995, octobre.
- [30] JOUBERT M. - Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins. - Prévenir n°28 : Inégalités, santé, exclusions - 1995, 1^{er} juin, pp. 93-104.
- [31] La population hébergée dans les centres d'accueil d'urgence - La lettre de l'INSEE Rhône-Alpes n°24, 1995, mars, 4 p.
- [32] FABRE C. - Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées. - Prévenir n°28 : Inégalités, santé, exclusions - 1995, 1^{er} juin, pp.129-136.
- [33] LEBLANC D. - Les trajectoires de la précarité - La lettre de l'INSEE Rhône-Alpes n°31 - 1996, février, 4 p.
- [34] Haut comité de la Santé Publique (H.C.S.P.). Paris - Santé et Précarité : Dossier - Actualités et dossiers en santé publique n°12, 1995, septembre, 34 p.
- [35] Caisse Nationale d'Allocations Familiales (C.N.A.F.). Paris - Accès aux droits, non recours aux prestations, complexité. - Recherches et Prévisions n°43, 1996, mars, 90 p.
- [36] DAUBOS JM. ACKER R. PERRIE N. SALLES F. DALSTEIN E. ROULET S. DUCLOS R. - L'hôpital et les exclus. - Revue hospitalière de France volume 6, 1994, novembre - décembre, pp. 524-543.
- [37] FOUREUR M., HALLEY DES FONTAINES V. - Problèmes de santé et recours social des personnes en situation de pauvreté - précarité - Faculté de Médecine de Saint Antoine. Laboratoire de Médecine Préventive et sociale, 1989, mai, 57 p.
- [38] BOCOGAGNO A. - le recours aux soins médicaux des chômeurs en France - CREDES Biblio n°1077, 1995, septembre, 10 p.
- [39] Centre d'Etude des Revenus et des Coûts (C.E.R.C) - Précarité et risques d'exclusion en France - documents du CERC n°109, Paris, 1993, juillet - septembre, 169 p.
- [40] MIZRAHI An. et MIZRAHI Ar. - Recours aux soins et état de santé Bucco-dentaire - CREDES Biblio n°1087, 1995, décembre, 26 p.

Annexe

1. LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE

Origine

Les 'bilans de santé' ont été créés par l'ordonnance du 19 Octobre 1945 (chapitre 2- art 31.) :

« La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie à un examen de santé gratuit... »

L'arrêté du 19 Juillet 1946, détermine les périodes de la vie auxquelles doivent être pratiqués ces examens, ainsi que la nature et leur contenu.

Il sera abrogé par l'arrêté du 20 Juillet 1992, (article 8), relatif aux examens périodiques de santé.

Deux articles du code la sécurité sociale intéressent les examens de santé :

- L'article L-321-3 :
« La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille à un examen de santé gratuit ».
- L'article R.321.5
« L'examen de santé prévu par l'article L.321 doit être pratiqué à certaines périodes de la vie, déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé. Arrêté du 20 Juillet 1992. (J.O du 9 Septembre) ».

Arrêté du 20 juillet 1992 (Extraits...)

Les caisses primaires d'assurances maladies effectuent des examens périodiques de santé en fonction de l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé :

«Le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.221-1 (3°), L.321-3 et R.321-5 ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

Arrêtent :

Art.1er. - Des examens périodiques de santé sont offerts à tout assuré et à ses ayants droits.

Art.2. - Les organismes d'assurance maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux catégories énumérées ci-dessous dans la mesure où elles ne bénéficient pas par ailleurs d'une surveillance médicale au titre d'une législation particulière :

- 1) Ayants droits inactifs âgés de plus de seize ans ;
- 2) Demandeurs d'emploi et leurs ayants droits ;
- 3) Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droits ;
- 4) Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droits ;
- 5) Autres assurés inactifs et leurs ayants droits ;
- 6) Populations exposées à des risques menaçant leur santé définies par l'arrêté du programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. ».

Le développement des Centres d'Examens de Santé

Le premier CES a été installé à Paris en 1947. Le développement ultérieur de ces structures a été très progressif. On dénombre ainsi 20 CES en 1970, 42 en 1982 et 55 en 1990. Il en existe 57 aujourd'hui. Il s'agit des centres principaux auxquels seront ajoutés progressivement des antennes dans les départements voisins. 77 départements possèdent un CES ou une antenne.

Deux modes de gestion sont réalisés :

- soit la gestion est effectuée directement par la caisse primaire,
- soit elle est confiée par convention à un organisme extra-institutionnel le plus souvent de statut privé.

650 000 examens de santé sont réalisés chaque année pour les assurés sociaux et leurs ayants-droit. Le financement est assuré par le Fonds National de Prévention et d'Information Sanitaire (F.N.P.5.I.S.), créé par la loi du 5 Janvier 1988 complétée par le décret du 18 Mai 1989. Antérieurement à la création de ce fonds, le financement était assuré par le Risque.

Le contenu de l'examen

Tel que défini initialement par l'arrêté de 1946, il est principalement orienté vers le dépistage systématique et met l'accent sur le développement staturo-pondéral de l'enfant et les deux fléaux jugés prioritaires de l'époque : la tuberculose et la syphilis. Dans les suites, l'orientation vers le dépistage systématique sera accentué par l'apparition continue de nouveaux tests et de nouvelles technologies mis à disposition par le développement de la médecine. Avec la volonté d'uniformiser les pratiques, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a défini, en 1972, un 'examen-type' qui représente la première réflexion sur les finalités d'un examen de santé. Il est relativement restreint dans son contenu, avec des examens paracliniques en nombre réduit mais systématiques. La part de la biologie est modeste et l'examen radiographique est limité à la radiographie pulmonaire. Dans le même temps, l'accent sera porté sur l'éducation sanitaire personnalisée qui permet d'accentuer la place et le rôle réservés à la prévention primaire.

L'arrêté du 20 Juillet 1992 introduit de profondes modifications dans les indications et les pratiques des examens de santé dénommés depuis des examens périodiques de santé (E.P.S).

Trois orientations sont particulièrement remarquables :

- 1) Si les examens de santé sont offerts à tout assuré social et à ses ayants-droit (article 1), les caisses doivent veiller à offrir en priorité ces examens à des catégories identifiées qui ne bénéficient pas, par ailleurs, d'une surveillance médicale au titre d'une législation particulière.
- 2) Les missions des CES sont de trois ordres :
 - a) réaliser des examens de santé ;
 - b) participer aux campagnes de dépistage et aux campagnes d'information et d'éducation sanitaires définies par le conseil d'administration et figurant dans l'arrêté programme du F.N.P.E.I.S. Pour ces dernières il est précisé que cette mission est réalisée dans un esprit de partenariat avec les associations locales ;
 - c) par ailleurs, ils peuvent contribuer à la collecte des données épidémiologiques et éventuellement à la réalisation de programme de recherche après accord du conseil d'administration.
- 3) Le contenu de l'examen de santé est modulé en fonction du sexe, de l'âge et de facteurs de risque conformément à un document de référence établi par la CNAM et soumis à l'avis du Haut comité de la Santé Publique et du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale.

Ces orientations ont été mises en œuvre dès 1993. Le document de recommandations pour les examens périodiques a été publié la même année...

Par ailleurs, la diversification des bénéficiaires a fait l'objet d'un développement continu. Ceux-ci sont désormais identifiés en deux grandes catégories : les 'prioritaires' définis par l'article 2 de l'arrêté de 92 parmi lesquels sont individualisés les populations 'précaires' vis à vis de l'emploi, (chômeurs bénéficiaires du RMI, jeunes de 16 à 25 ans en voie d'insertion notamment), et ceux appartenant à l'article 1 de l'arrêté, dénommés 'non prioritaires'. Conformément aux orientations de la CNAM, les CES ont diversifié leur recrutement. C'est ainsi qu'à la fin de 1996, un assuré sur deux venu consulter appartenait aux catégories prioritaires et un sur quatre aux catégories 'précaires'. Tous les examens sont modulés et tiennent compte également du suivi médical antérieur et des références de bonnes pratiques. Enfin, en cas d'anomalies ou de facteurs de risques découverts lors de l'examen nécessitant des investigations complémentaires et/ou un suivi particulier, l'assuré est adressé à son médecin traitant. Afin d'inciter à cette démarche et d'obtenir des renseignements médicaux d'évaluation, de prise en charge ou de traitement, la consultation est prise en charge par la Caisse, sans avance de frais pour l'assuré, sur la base de C=1,5. Deux consultations peuvent être réalisées dans l'année qui suit un E.P.S. Les CES disposent depuis 15 ans d'un système automatisé de recueil et d'exploitations des données. Dans le cadre de l'étude qui fait l'objet de ce travail, les données provenant de dix CES ont été exploitées.

2. DESCRIPTION DE LA FEUILLE DE MARQUE

Dans les centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie la même feuille de marque est utilisée, ce qui permet d'uniformiser les données recueillies sur tout le territoire.

Cette feuille de marque contient ainsi des informations sur l'état de santé médical et bucco-dentaire des patients.

Feuille de marque utilisée : Examen dentaire

Il est rappelé que l'examen dentaire est obligatoire pour tous les consultants.

Etat dentaire

Nota : le dénombrement dentaire s'effectue pour tous les âges. Il devient possible de coder l'existence de dent(s) de lait chez un adulte.

Dents temporaires (dents de lait)

Nombre de dents saines
Nombre de dents cariées
Nombre de dents obturées

Dents permanentes (définitives)

Nombre de dents saines
Nombre de dents cariées
Nombre de dents obturées
Nombre de dents absentes

Remarque : Il s'agit de dents définitives absentes non remplacées.

Les dents remplacées sont codifiées ci-dessous : prothèse adjointe ou conjointe.

Prothèses adjointes (mobiles)

Remarque : les dents de sagesse ne sont jamais remplacées par des prothèses adjointes.

Prothèses conjointes (fixes)

Nombre de dents non évoluées

Remarque : dès la chute d'une dent temporaire, la dent permanente correspondante est codifiée non évoluée.

Nature des caries relevées

1 = carie(s) connue(s) non traitée(s)
2 = carie(s) dépistée(s)
3 = carie(s) en cours de traitement

Localisations de caries relevées

Elles sont relevées soit directement, soit à l'aide d'une feuille de marques (8 possibilités de dents)

Présence de sillons anfractueux

Remarque : Cette recherche est pratiquée uniquement sur les enfants âgés de 6 à 10 ans et ne concerne que les dents de 6 ans (n°16, 26, 36, 46)

sur la dent n°16
sur la dent n°26
sur la dent n°36
sur la dent n°46

Pour chaque dent de 6 ans : 1 = présence de sillons anfractueux sur la dent correspondante.

Remarque : il s'agit uniquement des dents de 6 ans. Sont considérés comme anfractueux et nécessitant un scellement les sillons présentant des puits ou fissures sans ramollissement décelable à la sonde. Ils devront être signalés dans le compte-rendu au consultant.

Nota Bene : la pose de scellements sur ces sillons n'est pas encore remboursée par la Sécurité sociale mais pourrait le devenir sous peu.

Anomalies dento-maxillo-faciales

Orthodontie

0 = R.A.S.
1 = surveillance conseillée
2 = Traitement en cours

Remarque : les traitements orthodontiques ne sont pris en charge par la Sécurité sociale que lorsque la demande est faite avant l'âge de 12 ans ; au delà, leur prise en charge nécessite des conditions particulières. Néanmoins, la nouvelle convention apportera des modifications quant à l'âge maximal de prise en charge qui ira jusqu'à 15 ans.

Surface masticatoire

- 0 = R.A.S.
- 1 = surface masticatoire insuffisante, prothèse indiquée
- 2 = surface masticatoire suffisante, mais problème de prothèse
- 3 = surface masticatoire suffisante, mais de prothèse indiquée

Remarque : le calcul de la surface masticatoire est basé sur 9 couples de dents :

*4 couples de prémolaires : 14-44
15-45
24-34
25-35*

*5 couples de molaires : 16-46
17-47
26-36
27-37*

+18-48 + 28-38} les dents de sagesse comptent pour ½ couple

Les dents remplacées par une prothèse sont comptabilisées dans le calcul du nombre de couples molaires et prémolaires.

La surface masticatoire est insuffisante si le patient possède moins de cinq couples molaires-prémolaires.

Troubles de l'articulé temporo-mandibulaire

- 0 = pas de trouble de l'A.T.M.
- 1 = trouble de l'A.T.M. sans douleur
- 2 = trouble de l'A.T.M. avec douleur

Hygiène bucco-dentaire

Plaque Bactérienne

- 0 = Pas de plaque
- 1 = Plaque peu étendue : améliorer le brossage
- 2 = Plaque très étendue : améliorer le brossage

Remarque : l'évaluation de la plaque bactérienne doit tenir compte de la présence ou non, et de l'épaisseur des dépôts mous.

Présence de tartre

- 0 = Pas de tartre
- 1 = Tartre peu abondant : détartrage à prévoir
- 2 = Tartre très abondant : détartrage urgent

Remarque : l'évaluation du tartre doit tenir compte de la présence ou non, et de l'épaisseur des dépôts durs.

Gingivite

- 0 = Pas de gingivite
- 1 = Gingivite peu étendue, amélioration de l'hygiène
- 2 = Gingivite très étendue, consultation dentaire souhaitable

Remarque : la gingivite sera codée en fonction des modifications éventuelles de couleur, de texture, et/ou de forme, par comparaison des différentes zones de la cavité buccale ; elle sera également codée en fonction de saignements spontanés.

Nota : ne pas oublier de tenir compte de l'état de la gencive sous les prothèses.

Présence de lésions muqueuses

- 0 = Pas de lésions muqueuses
- 1 = Lésions muqueuses sans caractère de gravité
- 2 = Anomalies muqueuses importantes : consultation nécessaire

On considère comme lésions muqueuses sans gravité les rougeurs, morsures, aphtes, etc.

Dans les anomalies muqueuses nécessitant une consultation, entrent les leucoplasies, ulcérations suspectes, etc.

Informations générales sur le patient

Dernier examen chez le dentiste

- 1 = Soins dentaires en cours
- 2 = Soins dentaires terminés depuis moins d'un mois
- 3 = Dernier examen dentaire compris entre un mois et un an
- 4 = Dernier examen dentaire il y a plus d'un an

Remarque : il s'agit de la date de la dernière consultation (ou du dernier traitement) chez un chirurgien-dentiste, 'précisée' par le patient lors de l'examen dentaire.

Ces données sont donc totalement différentes de celles saisies dans le questionnaire, qui recueille la fréquence annuelle des consultations dentaires (cf. grille 1, chapitre 7, case 50, page 17 : « Consommations des soins, Recours au Chirurgien-dentiste »).

Conseils donnés

- 1 = Améliorer hygiène de brossage
- 2 = Surveiller gingivite
- 3 = Suivi plus rapproché conseillé
- 4 = Apport de fluor conseillé
- 5 = Mobilité anormale
- 6 = Racine à extraire
- 7 = Vérifier la position des dents de sagesse

Conclusions dentaires et suites à envisager

- 1 = Bon état bucco-dentaire : poursuivre le suivi habituel
- 2 = Consultation et/ou traitement à prévoir rapidement
- 3 = Consultation et/ou traitement à prévoir
- 4 = Traitement en cours

Remarque :

On codera 2 (Consultation et/ou traitement urgent) :
l'existence de 3 caries ou plus non traitées, selon l'importance et l'urgence des traitements à réaliser.

On codera 3 (Consultation et/ou traitement à envisager) :
les traitements de caries non urgent , ou tout autre besoin de soins signalés ou non sur la feuille d'examen, (par exemple une dent de sagesse à extraire).

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

	page
Tableau 1 Répartition de la population étudiée	6
Tableau 2 Répartition de la population par sexe et par catégorie étudiée.....	8
Tableau 3 Répartition des cadres par sexe.....	9
Tableau 4 Répartition de la population observée par classe d'âge	10
Tableau 5 Répartition par sexe en fonction de la tranche d'âge.....	11
Tableau 6 Les dents en bouche selon leur état.....	16
Tableau 7 Pourcentage réel des dents obturées (sur la totalité des dents nécessitant des soins).....	17
Tableau 8 Etat dentaire selon le sexe	18
Tableau 9 Etat dentaire selon l'âge et le sexe.....	19
Tableau 10 Les problèmes orthodontiques	20
Tableau 11 Les troubles de surface masticatoire dans la population observée	21
Tableau 12 La surface masticatoire selon le sexe.....	22
Tableau 13 Les troubles de l'A.T.M.....	23
Tableau 14 Les troubles de l'ATM selon le sexe	24
Tableau 15 La plaque dentaire.....	25
Tableau 16 La plaque dentaire selon le sexe	26
Tableau 17 Le tartre dentaire	27
Tableau 18 Le tartre dentaire selon le sexe	28
Tableau 19 Le tartre dentaire selon l'âge et le sexe.....	28
Tableau 20 La gingivite	29
Tableau 21 La gingivite selon le sexe	30
Tableau 22 Les lésions des muqueuses	31
Tableau 23 Les lésions des muqueuses selon le sexe	31
Tableau 24 Date du dernier examen dentaire effectué	32

Tableau 25	
Date du dernier examen dentaire selon le sexe	33
Tableau 26	
Date du dernier examen dentaire selon l'âge et le sexe	34
Tableau 27	
Les conseils dentaires	35
Tableau 28	
Les conclusions dentaires établies par le dentiste.....	36
Tableau 29	
Les conclusions dentaires selon le sexe	37

Liste des graphiques

	page
Graphique 1	
Répartition totale de la population observée selon la catégorie socioprofessionnelle	7
Graphique 2	
Répartition des femmes selon la catégorie.....	8
Graphique 3	
Répartition des hommes selon la catégorie.....	9
Graphique 4	
Répartition des différents types de cadres par sexe.....	9
Graphique 5	
Moyenne d'âge des catégories socioprofessionnelles observées	10
Graphique 6	
Répartition des femmes selon la tranche d'âge.....	11
Graphique 7	
Répartition des hommes selon la tranche d'âge.....	11
Graphique 8	
Répartition de la population observée par classe d'âge et par sexe.....	11

Achévé d'imprimer le 30 décembre 1998
Scripta Diffusion, 16 Place Adolphe Chérioux
75015 Paris
Dépôt légal : décembre 1998