

Nécessité de lieux fixes de soins dentaires réservés au seul public démunis

Sophie EMMANUELLI

DEA 1997

1. INTRODUCTION.

2. ETUDE RÉTROSPECTIVE.

- 2.1 Etat des lieux de la littérature internationale.
- 2.2 Définition et objectifs de l'étude O.R.S.P.I.S.T.
- 2.3 Approche socio-anthropologique de la population du C.H.A.P.S.A.
 - a. Définition de la population du C.H.A.P.S.A.
 - b. Evaluation quantitative.
 - c. Evaluation qualitative.
 - Nombre de passages et d'usagers.
 - Moyenne des passages par usagers et par an.
 - Modes d'arrivée.
 - Sexe ratio.
 - Evolution de l'âge moyen.
 - Evolution de la répartition par âge.
 - Evolution de la répartition par nationalité.
- 2.4 Approche des problèmes dentaires posés par ces populations.

3. ETUDE PROSPECTIVE.

- 3.1 Méthodologie de la fiche médicale.
- 3.2 Les principales difficultés rencontrées.
- 3.3 Réserves méthodologiques.
 - a. Données manquantes.
 - b. Contrôle de qualité des données.
 - c. Taux de participation.
- 3.4 Résultats de l'étude dentaire.
 - a. Approche socio-démographique de la population du C.H.A.P.S.A.
 - Evaluation quantitative.
 - Evaluation qualitative.
 - Modes d'arrivée.
 - Sexe ratio.
 - Estimation de l'âge moyen.
 - Distribution par âge.
 - Répartition par sexe et par âge.
 - Ancienneté du statut de S.D.F.
 - Protection sociale.
 - b. Approche médico-dentaire de la population du C.H.A.P.S.A.
 - Antécédents relevés.
 - Motifs de la consultation.
 - Pathologies dentaires relevées.
 - Nature de la demande : exprimée / induite.
 - Recommandations thérapeutiques.
 - Orientation après consultation.

4. COMPARAISON DES ETUDES RÉTROSPECTIVE ET PROSPECTIVE.

5. APPROCHE DES PROBLÈMES ÉTHIQUES POSÉS PAR CES POPULATIONS .

6. CONCLUSION.

7. BIBLIOGRAPHIE.

1. INTRODUCTION :

Nommée à un poste d'assistante hospitalo universitaire en octobre 1995 à la faculté de chirurgie dentaire de l'université René Descartes Paris v , j'ai rencontré au cours de ma pratique hospitalière toute une population de patients assez hétérogène mais dont une grande partie était en situation de plus ou moins grande exclusion même si bénéficiant d'une couverture sociale minimale.

Ces patients étaient très souvent dans l'incapacité , après l'intervention d'urgence, de poursuivre les soins nécessaires à une réhabilitation orale complète.

Déjà lorsque j'étais étudiante, lors de mes stages cliniques, j'étais questionnée par la rencontre de ces patients en difficulté d'insertion qui ne pouvaient être soignés qu'en première urgence soit parce qu'ils n'avaient pas la couverture sociale nécessaire soit par méconnaissance des démarches possibles pour l'acquérir.

Une fois devenue chirurgien dentiste j'ai travaillé à imaginer une solution pour ces publics presque totalement exclus du système sanitaire.

En effet, le maintien de la santé d'une personne doit s'inscrire dans un plan de traitement global qui envisage entre autres exigences le maintien de la santé de la denture et de ses tissus de soutien en harmonie avec les structures tissulaires environnantes. Les rapports entre la santé dentaire et la santé sont indéniables, car les maladies de la cavité buccale peuvent être la manifestation d'affections généralisées (diabète, H.I.V, hépatite C) ou un facteur d'aggravation de telles affections.

Aux problèmes infectieux s'ajoutent des préjudices fonctionnels et esthétiques (la perte des dents postérieures est souvent à l'origine d'une diminution de la capacité masticatoire et à plus ou moins long terme d'un dysfonctionnement du système digestif. Les édentements des secteurs antérieurs de la denture provoquent des affaissements des traits du visage, le creusement des rides, l'avancée du menton). Ces différents éléments sont autant de facteurs d'aggravation de l'exclusion car ils participent à gêner voire interdire à ces patients l'accès à une vie sociale, professionnelle, affective

C'est pourquoi, en collaboration avec d'autres praticiens, j'ai conçu un projet pilote d'unité de soins dentaires mobiles dans le département des Hauts de Seine. Il s'agissait d'aller trouver ces patients sur les lieux d'accueil qui leurs sont offerts par certaines associations caritatives. Son objectif était double : sanitaire (curatif et préventif) et social (recouvrer ou acquérir des droits).

Mais dès le départ , j'ai considéré que cette unité mobile, aussi généreuse et efficace fût-elle, ne pouvait être qu'une étape vers la mise en place de lieux de soins fixes permettant seuls certains traitements : traitements adressés à des patients porteurs de pathologies lourdes interagissant sur le déroulements des soins ou patients ayant besoin de prothèses.

De tels lieux n'existent pas encore sauf à titre d'exception comme le C.H.A.P.S.A. de Nanterre où sont adressés à la consultation de stomatologie de l'hôpital de Nanterre les cas d'urgence rencontrés dans la population des sans-abri.

Le travail de réflexion que je me propose ici consiste à **examiner la pertinence d'un lieu fixe de consultations dentaires adressé au seul public de patients en grande exclusion.**

Ce travail s'effectuera selon une double approche :

. D'une part un travail de lecture bibliographique et de réflexion transdisciplinaire sur les problèmes bioéthiques posés par ces populations.

. D'autre part, un travail d'observation sur le terrain dans une structure d'accueil spécialisé comme le C.H.A.P.S.A.

Dans une première partie, je présenterais l'étude O.R.S.P.I.S.T. et mènerais sur sa base une étude rétrospective permettant d'une part de cibler la population retrouvée dans les consultations médicales du C.H.A.P.S.A. et d'autre part d'évaluer les problèmes dentaires posés par cette même population.

Dans une deuxième partie, une approche descriptive socio-démographique et médico-dentaire exposera les pathologies dentaires de tels patients et tentera de repérer si un certain nombre de données regroupables sont susceptibles de mettre en exergue une liaison possible entre leurs pathologies dentaires et leurs situations médico-sociales.

Dans une troisième partie, une comparaison entre l'étude rétrospective et prospective permettra d'argumenter pour la nécessité d'une consultation de dépistage bucco-dentaire au sein de l'antenne du C.H.A.P.S.A.

Enfin, dans une quatrième partie nous envisagerons les problèmes éthiques que pose l'existence d'un lieu fixe de consultation et de soins dentaires réservé au seul public des plus démunis.

2. ETUDE RÉTROSPECTIVE :

2.1 Etat des lieux de la littérature internationale :

J'ai pu constater après avoir mené des recherches bibliographiques à travers deux banques de données (Medline et Pascal) que l'on retrouvait des références bibliographiques sur le plan médical, sur la morbidité, sur des données statistiques ou sur les problèmes de santé publique posés par les populations en grande exclusion, mais aucune donnée spécifique concernant leur pathologie bucco-dentaire.

C'est au seul sein de l'antenne médicale du C.H.A.P.S.A., à travers une étude de l'observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit (O.R.S.P.I.S.T.) menée entre avril 1995 et décembre 1995, que j'ai pu trouver quelques informations concernant les pathologies bucco-dentaires de ces populations.

C'est pourquoi ce travail de recherche cherche à évaluer, en prenant comme base l'étude O.R.S.P.I.S.T., les demandes exprimées ou induites en soins dentaires par ces populations, les incidences médico-sociales de ces pathologies bucco-dentaires, et les solutions de soins proposées dans une structure d'accueil spécialisé comme le C.H.A.P.S.A.

2.2 Définition et objectifs de l'étude O.R.S.P.I.S.T.

Avant toute chose j'aborderais de façon succincte l'organisation du Centre d'accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (C.A.S.H.).

Depuis la loi du 13 janvier 1989 1 au lieu et place de la Maison de Nanterre, s'est constitué le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (C.A.S.H.). Cet établissement public autonome et spécifique, est constitué de trois unités différentes:

- L'Hôpital Max Fourestier
- Le Centre d'Accueil et de Réinsertion (C.H.R.S.)
- La maison de Retraite.

Le Centre d'Accueil et de Réinsertion (C.H.R.S.) :

Le Centre d'Accueil et de Réinsertion (C.H.R.S.) offre 1037 places où sont hébergés le plus souvent d'anciens vagabonds qui exercent là une activité adaptée en principe à leurs possibilités. Ils sont domiciliés au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (C.A.S.H.) et pour la majorité d'entre eux perçoivent le R.M.I.1. Par ailleurs ce centre d'accueil comporte un centre d'urgence, le Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes sans -abri (C.H.A.P.S.A.). Il s'agit d'une petite structure où l'on compte 250 à 300 passages quotidiens, soit environ 80.000 passages annuels 2. C'est là qu'arrivent les "vagabonds" soit par leurs propres moyens (48,8%) soit ramassés par les cars des équipes B.A.P.S.A.-Police (33,3%) et par la B.A.P.S.A.-R.A.T.P. (17,7%).

A la sortie des cars ceux qui le souhaitent peuvent bénéficier de la consultation médico-sociale composée d'un médecin temps-plein, de 3 médecins vacataires dont 1 psychiatre, de 3 travailleurs sociaux temps-

plein et de 6 infirmières temps-plein. Cette consultation reçoit près de 50 patients tous les jours dont 70% viennent pour des soins infirmiers 2..

Cette consultation, selon le Docteur Jacques HASSIN, s'efforce d'être un lieu d'accueil et d'orientation permettant à ces personnes très désocialisées d'être orientées vers les structures de droit commun. Si un avis ou une prise en charge médicale spécialisés sont nécessaires, les patients sont réorientés vers les consultations "normales" de l'hôpital.

En outre, lorsque l'état de l'une de ces personnes nécessite, après consultation, sa mise au repos avec un traitement et des soins infirmiers, elle peut séjourner, pour en moyenne, une quinzaine de jours, dans l'un des 50 lits d'infirmierie existant à Nanterre.2

L'observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit (O.R.S.P.I.S.T.) :

A l'initiative du Haut Comité de Santé Publique, a été créé l'observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit (O.R.S.P.I.S.T.).3

L'initiative de ce projet est liée à la constatation de l'inexistence, tant au niveau institutionnel que caritatif, de renseignements crédibles et vérifiés concernant le nombre de Sans Domicile Fixe, les problèmes médicaux ou médico-sociaux de ces populations. De la même façon la consultation de base de données comme Medline ou Pascal révélait l'absence de travail ou d'étude portant sur les problèmes médicaux ou médico-sociaux de cette même population.

L'antenne médicale du C.H.A.P.S.A. qui traitait déjà depuis six ans exclusivement des problèmes médicaux et médico-sociaux des personnes sans -abri, et qui dispensait alors des soins à près de 9000 personnes par an (50 par jours), s'inscrivait parfaitement dans la démarche recherchée par ce projet : être le lieu d'étude de l' observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit (O.R.S.P.I.S.T.).3

Les objectifs principaux :

- Mieux connaître l'état sanitaire des personnes sans- abri.
- Replacer l'état sanitaire des personnes sans-abri dans leur histoire personnelle et sociale.
- Evaluer l'accès aux soins.

Méthodologie :

Dans une première phase, une fiche sociale (annexe 1) fut construite par les travailleurs sociaux de l'unité fonctionnelle du C.H.A.P.S.A., une fiche infirmière (annexe 2) fut élaborée par les infirmières sous la conduite de leur surveillante, une grille médicale informatisée fut établie par les médecins avec le concours du D.I.M., en se guidant sur la nomenclature de l'O.M.S.

(annexe 3) et une grille d'interrogatoire fut constituée par un psychologue (annexe 4).

La seconde partie consista de façon quasi systématique, et ce d'avril 1995 à décembre 1995, à remplir ces questionnaires pour recueillir, dans une analyse épidémiologique, les données nécessaires à la réalisation de ce projet.

Quelques résultats :

L'analyse porta sur 276 fiches médicales, 325 fiches infirmières, 188 fiches sociales , 1145 cas d'hospitalisations et 570 fiches psychologiques.

Elle révéla tant au niveau médical en consultation ou en hospitalisation, qu'au niveau infirmier que les pathologies respiratoires, dermatologiques et psychiatriques représentaient les pathologies majeures de cette population.

Bien que cette étude n'ait pu mesurer précisément le retentissement du retard à l'accès aux soins dans l'aggravation de la pathologie, elle signalait, comme cause de ce retard, la difficulté d'accès aux dits soins.

En outre, il émergeait de l'étude psychopathologique, que l'état psychique, les modifications de l'image corporelle et du rapport au corps ainsi que l'apragmatisme de ces personnes très désocialisées étaient autant d'arguments qui expliquaient en partie ce retard dans l'accès aux soins.

Il découlait de cette analyse la nécessité de préconiser une attitude volontariste des équipes vis-à-vis de ces personnes, de façon à les inciter à consulter.

Concernant les problèmes de santé publique, malgré une incidence importante de la tuberculose qui amenait les auteurs de cette étude à considérer cette maladie comme devant être quantifiée et surveillée de façon plus exhaustive, il apparaissait que le principal problème rencontré était celui de l'alcoolomanie.

La conclusion de cette étude O.R.S.P.I.S.T. fut d'une part qu'il était impossible d'envisager une approche de ces populations qui ne soit pas multidisciplinaire et que d'autre part qu'elle devait être considérée comme le Temps 0 d'un Observatoire ayant pour vocation d'observer, d'analyser et d'alerter en fonction de la pratique médico-sociale touchant cette population démunie.

2.3 Approche socio-anthropologique de la population du C.H.A.P.S.A.

a. Définition de la population du C.H.A.P.S.A.

La population accueillie au C.H.A.P.S.A. pourrait être définie simplement comme étant la partie des S.D.F de la région parisienne la plus désocialisée, la plus désinsérée. Cependant comme l'indique le Docteur Jacques HASSIN 6 il s'agit d'une population très hétérogène dont la définition reste floue. Sur le plan sémantique les qualificatifs (clochards, S.D.F, vagabonds, sans-abri, mendiants, routards ou zonards) qui la désignent ne sont pas satisfaisants. Essayer de représenter ces personnes comme un groupe social spécifique, présentant des traits communs est une erreur; même si on retrouve de façon constante un

déficit affectif marqué dans l'enfance vécue dans un milieu défavorisé auquel fait suite une conduite permanente d'échec. En fait, il semble, pour le Docteur Jacques HASSIN 6, que la seule distinction, la seule catégorisation, qui semble pertinente soit l'existence ou l'absence d'un sens donné par ces personnes elles-mêmes à ce qu'elles vivent. Selon ce critère on trouvera des individus en tout début de désocialisation pour qui il existe encore la perception d'un sens 1 (" ma situation est provisoire ", " j'attends ma retraite, mon R.M.I...") et d'autres en fin de trajectoire chez lesquels on constate une perte complète de tout sens et de toute recherche de ce même sens, leur projection dans l'avenir se limitant à trois ou quatre jours au plus.

Enfin, comme a pu le constater le Docteur Jacques HASSIN 1, malgré un mode de vie similaire et l'utilisation de structures d'aide et d'assistance commune on ne retrouve pas chez ces populations de sentiments d'appartenance à un groupe, ni de socialité, même souterraine.

b. Evaluation quantitative :

Une autre approche de la population des S.D.F. est celle de son évaluation quantitative.

Objet d'une extrême médiatisation l'hiver, cette population est en réalité mal connue. Encore en 1997, le flou des définitions et des méthodes d'estimation empêche de réaliser une appréciation précise chiffrée du nombre de cette population.

Le dernier recensement de l'I.N.S.E.E. en 1990, basé sur le concept un ménage = un toit 4, a de ce fait peu comptabilisé les sans-abri. Pourtant ces résultats ont été utilisés et extrapolés, portant le nombre de sans-abri de 100 000 à 500 000 personnes 4 selon les enquêtes.

Ainsi le décompte de 1990 du Bureau d'Information et de Prévision Economique (B.I.P.E.), s'appuyant sur le recensement de l' I.N.S.E.E., distingue 98 000 personnes sans domicile fixe, 45 000 vivants dans des abris de fortune (caravanes, camions, cabanes de jardin) et 59 000 accueillies dans des centres d'hébergement, des foyers d'urgence ou des cités de transit.

Christian Chassériaud, en novembre 1993, dans son rapport sur la grande exclusion sociale, estime à 1,4 millions le nombre de personnes en situation de grande difficulté sociale sur 2,6 millions bénéficiaires d'aides sociales et évalue à 250 000 le nombre de personnes exclues du logement en France.(Le Quotidien du médecin, n°5346 du 8 février 1994).

Pour l'ensemble de la France :

Actuellement les chiffres se situent autour de 200 à 250 000 personnes sur une population totale de 56,8 millions 6 (p. 94).

Selon une enquête commandée par la Caisse Des dépôts, on arrive à une fourchette de 200 000 à 400 000 (Libération, le 5 janvier 1993, p. 2) de personnes sans-abri en France. Pour A.T.D. Quart monde ou Serge Paugam 9, ces sans-abri sont environ 400 000.

Une étude, rendue publique en août 1996, du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) portant sur 12.649 adultes évaluée à 500 000 (1,5 % de la population française âgée de 16 à 59 ans) le nombre de personnes cumulant précarité sociale et médicale.

De plus ces chiffres peuvent sembler sous évalués si on considère que 10 à 22,4 % de la population française vit en dessous du seuil de pauvreté 10.

En fait les seuls chiffres sûrs et fiables sont ceux du terrain : en France, 80 à 100 000 personnes transitent annuellement dans les 265 centres d'hébergement temporaire d'urgence 5 (p. 35) qui proposent environ 30 000 lits.

Le Haut Comité au logement, créé en 1992 identifie pour 1993 des chiffres similaires au décompte de 1990 du Bureau d'Information et de Prévision Economique (B.I.P.E.), auquel il ajoute 470 000 personnes logées en meublés ou en hôtel de basse catégorie. Soit au total 700 000 personnes en situation de grande précarité.

Pour Paris et l'Île de France :

On évalue cette population entre 8000 et 15 000 personnes. Selon René Teulade en 1993, en accord avec la Mairie de Paris, ils sont de 4000 à 5000. Gilles Bruckner, président de Médecins du Monde (Libération, 5 janvier 1993, p. 2) les estime entre 15 et 20 000 personnes. Les fonctionnaires de la B.A.P.S.A les recensent autour de 8 à 10 000 (Valeurs Actuelles, 25 octobre 1993, p. 40-41). Enfin une étude plus récente, de l'I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques) effectuée entre février et mars 1995 comptabilise entre 7600 et 8300 Sans Domicile Fixe dans Paris intra-muros (La tribune Desfossés, 9 mai 1996).

Par conséquent, on se trouve bien dans la fourchette de départ que l'on peut affiner en fixant entre 8000 et 10 000 le nombre de personnes 6 à la rue en Ile de France.

Il apparaît difficile d'évaluer le nombre exact de cette population des Sans Toit Stable. C'est pourquoi, le réseau associatif Alerte (créé sur l'initiative d'A.T.D. Quart Monde, 30 associations ont fait 110 propositions pour un pacte contre la pauvreté et l'exclusion) a réclamé la création d'un observatoire statistique national. Le gouvernement a confié au Conseil National de l'Information Statistique la tâche de recenser les sans-abri en vue de la préparation de la loi cadre sur l'exclusion 4 .

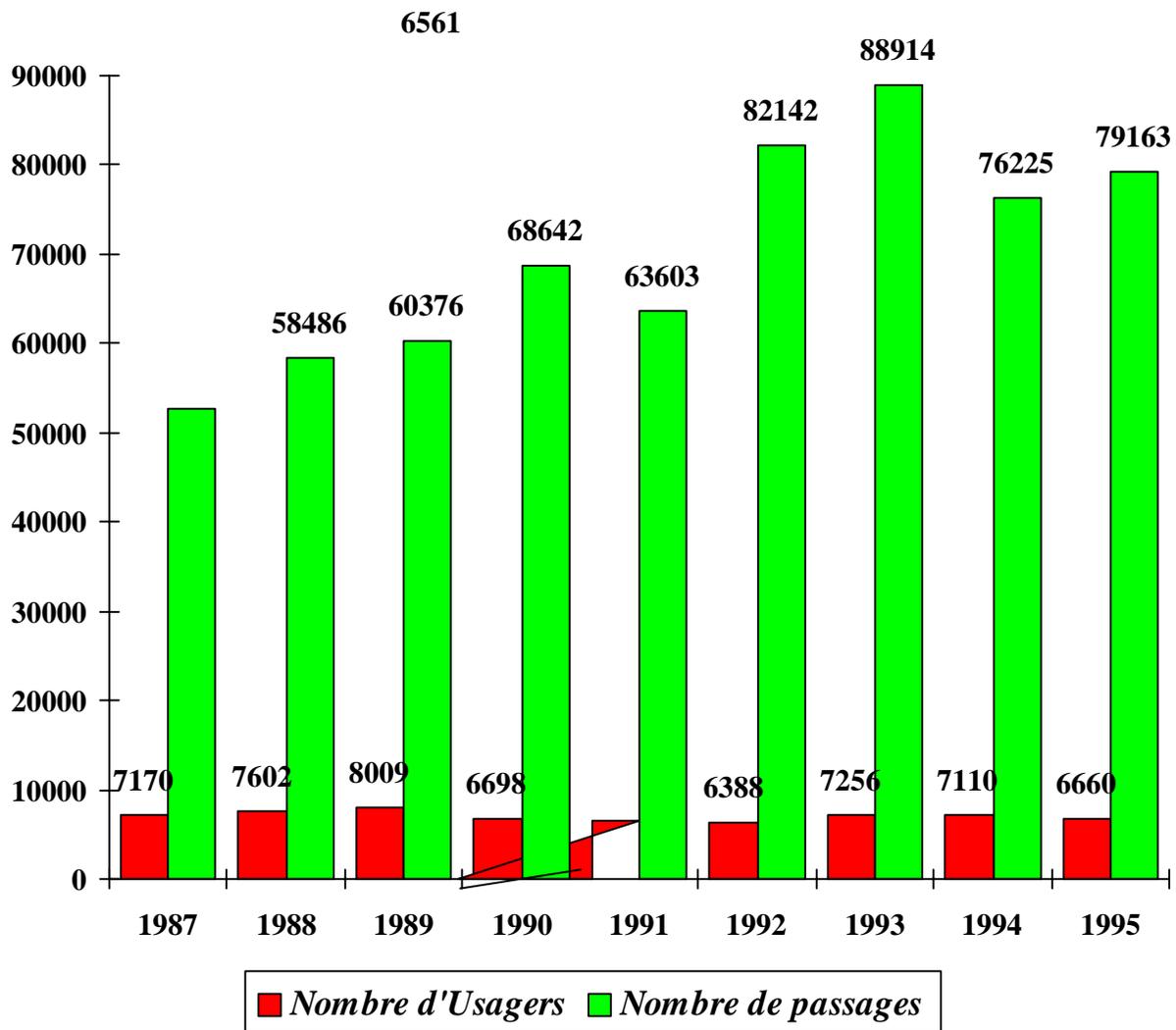
c. Evaluation qualitative :

Une troisième approche est celle de leur évaluation statistique et de leur catégorisation primaire. Les données suivantes ont été collectées au centre d'Accueil et de Soins hospitalier de Nanterre à partir des données brutes du bureau de statistiques dépendant de la Préfecture de police, qui enregistre l'arrivée

des personnes au C.H.A.P.S.A. de jour comme de nuit. Elles portent sur les années 1987 à 1995 et donnent un certain nombre de renseignements sur la population accueillie au C.H.A.P.S.A.

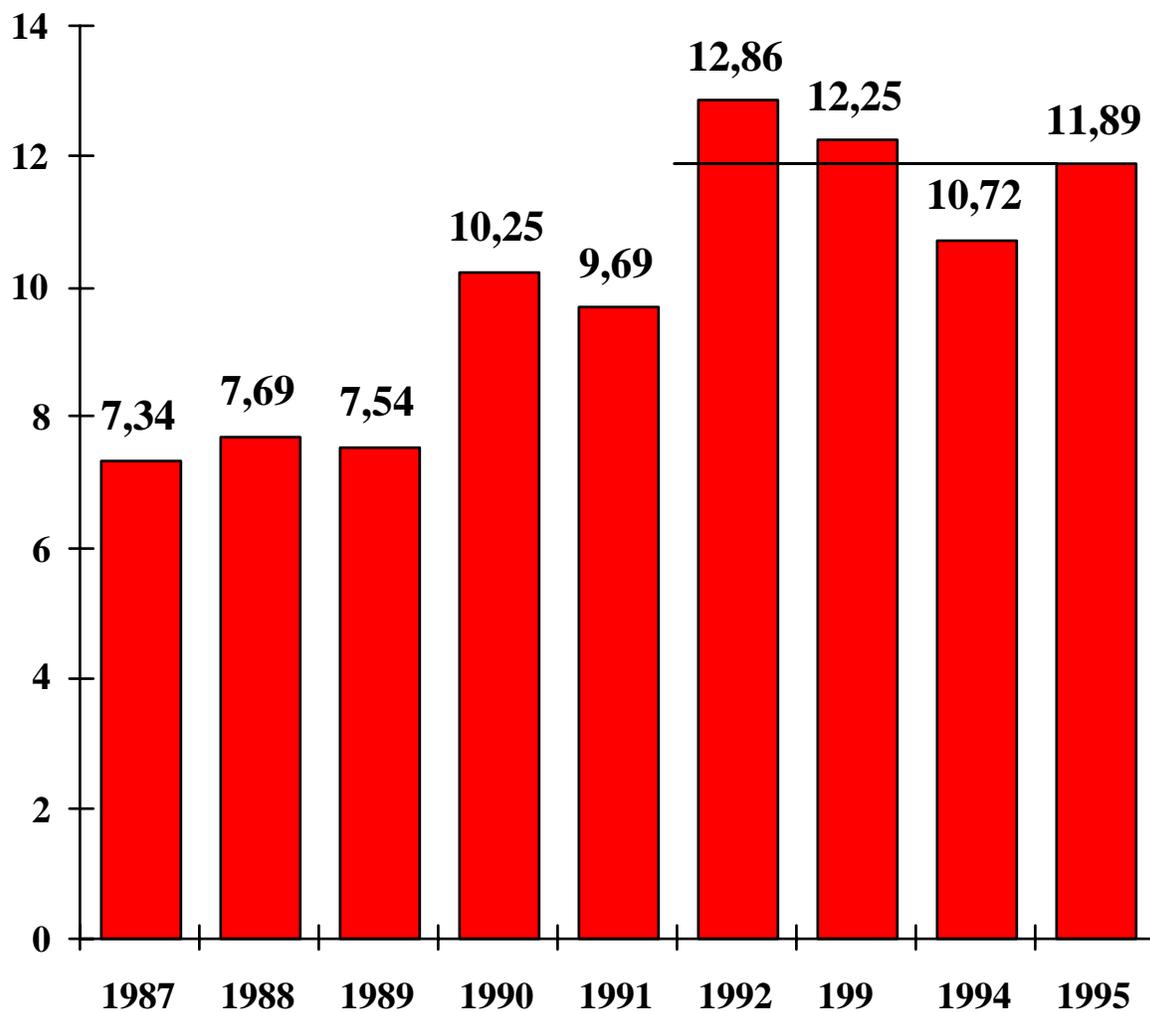
Le premier tableau indique le nombre de passages et d'usagers. Il souligne l'augmentation très importante et quasi continue. du nombre de passages (+ 66,45% entre 1987 et 1995) et de façon qui peut sembler paradoxale une grande stabilité du nombre d'usagers. Malgré le biais induit par une capacité de lits fixe (298), cette dernière donnée reliée à celles d'autres centres d'accueil d'urgence, démontre clairement qu'il n'y a pas d'augmentation forte de cette population de S.D.F. très désocialisée. Par contre l'augmentation du nombre de passages est un bon indicateur de l'intérêt et de la nécessité d'une structure comme Nanterre.

NOMBRE DE PASSAGES ET NOMBRE D'USAGERS



Le deuxième tableau concerne la moyenne des passages par usager et par an. Pour les 9 dernières années il existe une augmentation du nombre de passages. En effet, sans que les conditions de ramassage, le nombre de rotation de bus et les conditions d'accueil aient changé, on note une augmentation de plus de cinq passages par an et par usager entre 1987 et 1992, et de plus de quatre passages entre 1987 et 1995.

NOMBRE MOYEN DE PASSAGES PAR USAGER PAR AN



Les quatre différents types d'arrivées au C.H.A.P.S.A.

- Par les cars de la B.A.P.S.A. (39486 soit 51,8% des arrivées en 1994 contre 57,3% en 1987), avec une augmentation en nombre d'usager de 54,9% entre 1987 et 1993.

- Par les cars de la R.A.T.P. (9362 soit 12,3% des arrivées en 1994 contre 39,8% en 1987), avec une diminution en nombre d'usagers de 26,8% entre 1987 et 1993.

- Par des cars de police secours (219 en 1994, soit 0,28% des arrivées).

- Par leurs propres moyens en hébergement volontaire (27158 soit 35,5% des arrivées contre 3,5% en 1987), avec une augmentation en nombre d'usagers de 176% entre 1987 et 1993.

En ce qui concerne les chiffres de 1995 il est nécessaire de les individualiser. En effet à partir de 1994 on assiste à la mise en place du S.A.M.U. social de Paris, des dispositifs d'accueil de jour et des consultations précarité. Malgré ces nouveaux dispositifs on note une progression du nombre de passages en 1995 par rapport à 1994.

- La B.A.P.S.A. a accompagné 26.361 personnes soit 33,3% des arrivées, avec une baisse de plus de 18% par rapport à 1994.

- La R.A.T.P. a accompagné 14.003 personnes soit 17,7% avec une hausse de 5,4%.

- Le nombre d'usagers venant seuls est lui passé à 38.626 soit 48,8% avec une hausse de plus de 13%.

Il n'existe pas de modifications significatives dans le rapport hommes-femmes entre 1987 et 1991 (+0,56%). Même si on note une hausse de 28% du pourcentage de femmes entre 1991 et 1993, elle s'infirme en 1994 et surtout en 1995 où on retrouve le ratio le plus bas depuis 1987. Ce très faible pourcentage de femmes parmi les usagers est retrouvé dans toutes les structures d'accueil.

Entre 1987 et 1994 on retrouve un âge moyen autour de 42 ans. Il existe une stabilité remarquable (42,1% pour 1987 et 41,8% pour 1994) et ce même si on note une augmentation de près de quatre ans en 1995.

Le sixième tableau concerne la répartition, en pourcentage, par tranches d'âge sur 7 ans. Il n'existe pas de variation très significative sur les années étudiées. la seule différence concerne la tranche 41-45 ans, où on note une augmentation de 2% avec la même diminution dans la tranche des 26-30 ans.

EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR AGE

	18/20 ans	21/25 ans	26/30 ans	31/35 ans	36/40 ans	41/45 ans	46/50 ans	51/55 ans	56/60 ans	61/65 ans	66/70 ans	> 70 ans
1987	1,68	6,42	10,48	13,73	15,98	13,11	12,6	10,71	7,82	4,28	1,89	1,22
1988	2,18	7,19	10,15	13,23	15,61	13,69	11,77	11,02	7,68	4,35	1,96	1,12
1989	2,34	6,81	11,01	13,01	15,37	15,03	11,19	10,06	7,56	4,28	2,07	1,21
1990	2,29	6,58	10,09	13,49	15,27	15,48	11,28	9,52	8,19	4,49	2,26	0,97
1991	1,84	6,24	9,12	13,03	15,33	16,75	11,52	10,02	7,98	4,52	2,45	1,13
1992	1,62	6,66	9,34	12,74	14,46	16,48	12,64	9,95	8,29	4,46	2,16	1,34
1993	2,48	7,84	9,96	12,96	14,77	16,11	12,23	8,79	6,98	4,05	2,41	1,37
1994	1,44	6,62	11,54	13,38	14,43	15,96	14,34	8,22	6,63	4,30	1,75	1,32
1995	1,42	5,88	8,34	11,92	14,50	15,12	15,39	9,93	7,59	5,81	2,41	1,63

© Hôpital Max
FOURESTIER -
D.I.M. 1996

Le septième tableau montre la répartition par nationalité des vagabonds amenés pour la première fois par la B.A.P.S.A. et la R.A.T.P. La majorité de ces vagabonds est de nationalité française. Cependant il existe une augmentation progressive et presque régulière du pourcentage d'étrangers jusqu'en 1993. Cette hausse des usagers étrangers est due, quasi exclusivement, à l'augmentation très forte des ressortissants des anciens pays de l'Est en particulier des Polonais. Même si entre 1994 et 1995 on note une diminution de plus de 5% on retrouve en 1995 un pourcentage proche de 1993. La rubrique divers comprend des ressortissants d'Afrique (201 en 1995), d'Asie (89), d'Amérique du Nord (13) et d'Amérique du Sud (11), et d'autres nationalités (30).

EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR NATIONALITE

© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
FRANCE	75,8%	74,1%	72%	69,5%	68,5%	67,1%	61,9%	64,5 %	66,6%
C. E. E.	3,7%	4,4%	4,4%	4,4%	4,3%	6,4%	6,4%	5,9%	6,6%
ALLEMAGNE	2,0%	2,1%	1,9%	2,3%	2,1%	-	-	-	-
MAGHREB	11,8%	12,2%	13,2%	13%	13,1%	12,3%	13,2%	11,8 %	12,0%
Pays de l'EST	1,8%	1,6%	1,8%	2,3%	2,5%	4,2%	5,3%	5,6%	6,1%
POLOGNE	0,6%	0,7%	0,8%	1,8%	3,3%	4,8%	5,2%	5,0%	6,0%
DIVERS	4,3%	4,9%	5,9%	6,7%	6,2%	5,2%	8,1%	7,8%	6,7%
TOTAL	7170	7602	8009	6698	6561	6388	7256	7110	6660

2.4 Approche des problèmes dentaires posés par ces populations :

Pour envisager les problèmes dentaires posés par ces populations il faut se référer aux résultats issus des fiches médicales de l'étude O.R.S.P.I.S.T.

En effet, au cours de cette étude une fiche médicale d'antécédents (annexe 5) fut conçue permettant de rechercher les antécédents notables de la personne 6 (p. 113). Elle fut couplée à une deuxième fiche dont l'objectif était de recueillir le motif de la consultation (annexe 6). Ces deux fiches étaient présentes de façon systématique lors de la constitution de tous nouveaux dossiers patients. Pendant la période de recueil des informations, l'antenne médicale reçut 519 nouveaux patients (445 hommes et 74 femmes) mais l'étude en elle-même ne concerna que 276 patients. En effet de nombreux dossiers se sont révélés inexploitable du fait de l'insuffisance de rigueur dans la collecte des données (fiche médicale incomplètement remplie) et de la difficulté de recueil de l'information (interrogatoire et motif de la consultation rendus aléatoires par la non maîtrise du Français ou par une alcoolémie importante chez les consultants).

Une fois remplies, ces fiches ont été codées à partir de la classification simplifiée du code O.M.S. réduit à trois chiffres (annexe 3).

Quant au recueil des informations portant sur les pathologies dento-stomatologiques celles-ci furent classées selon 6 codifications : tumeur maligne du plancher de la bouche (144), tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx (149), maladies des tissus dentaires durs (521), maladie de la pulpe et des tissus périapicaux (522), maladie gingivale et periodontale (523), et affection periodontale (525) 6 (p. 115, 116).

Les antécédents médicaux :

Seuls les antécédents notables furent enregistrés puis, afin d'en améliorer la lisibilité, ils furent dans un premier temps classés par grandes catégories pathologiques 6 (p. 190) et dans un second temps, chaque catégorie fut détaillée.

Ainsi, les informations concernant les codes 521, 522, et 525 furent regroupés dans le chapitre stomatologie; les autres codes ne furent pas pris en compte.

Ce chapitre fut signalé 11 fois (0,96%). Il faisait référence à 10 affections dentaires, sans plus de précision, et à 1 affection de la pulpe (annexe 7).

Les motifs de consultation :

Les motifs de consultation ou les diagnostics posés lors de l'examen des patients furent rapportés dans un tableau ; lequel concernait le résultat de deux consultations maximum par patient pendant la période de recueil. Dans un premier temps les données furent présentées par ordre de fréquence puis dans un second temps regroupées en grandes catégories.

Le chapitre stomatologie regroupa les codes 521 et 523 et fut rapporté 4 fois (0,74%) avec 3 affections dentaires et 1 maladie gingivale et périodontale (annexe 8).

3. ETUDE PROSPECTIVE :

Il convient d'emblée de préciser que le recueil des informations que j'ai effectué n'aurait pu être obtenu sans la collaboration du Dr Jacques HASSIN, qui en tant que responsable de la consultation médicale de dépistage et de soins aux personnes sans-abri m'a semblé la personne la plus compétente pour me guider dans ce travail, ni sans l'aide de son équipe soignante.

D'abord comme étudiante lors de mon cursus universitaire, puis comme chirurgien dentiste dans un cabinet médical et enfin comme assistante hospitalo universitaire, et donc à ce titre comme enseignante, j'ai fait le choix d'exercer une spécialité médicale dans laquelle la relation patient-praticien se doit de répondre à un certain nombre de règles.

Règles morales, établies et régies par les codes de Santé Publique et de Déontologie.

Règles éthiques qui appellent à la réflexion théorique engendrée par l'expérience de l'exercice de ce que je nommerais l'art dentaire. Cet exercice médical doit viser à se réaliser dans l'optique décrite comme suit par France Quéré⁷ " le souci des autres lui compose une double nature, où l'élan de la compassion se combine à l'étude objective du corps. Quoique n'offrant entre eux nulle ressemblance, les deux éléments sont nécessairement mêlés. Sans l'habileté technique, pas de bienfait concevable, la pitié ne suffisant pas à guérir, et sans la révolte contre la douleur, pas de médecine, puisque les états morbides n'inspireraient qu'indifférence ou dégoût à ceux qui se borneraient à les observer."

Ce mode de relation patient-praticien doit alors s'exercer avant tout comme un échange entre deux individus, établi dans un cadre de confiance réciproque mais aussi avec la notion d'entité, de globalité de l'individu qui est face à nous.

Le cabinet médical ou la consultation hospitalière deviennent alors un lieu de parole d'où émerge le diagnostic qui tient compte à la fois d'une somme de connaissances engrangées depuis la faculté (signes, symptômes cliniques) mais aussi de cette touche d'attention particulière qui allie psychologie et expérience professionnelle.

En effet le diagnostic associe un ensemble d'investigations qui commencent sitôt que le patient ouvre la porte du cabinet ou se présente en consultation. La réflexion médicale apprise au cours du cursus universitaire ou lors des staffs hospitaliers fait place à une approche globale qui tient compte des conditions de vie, de la culture, et de la personnalité de l'individu qui est face à nous. Cette approche globale fait appel à ces notions, souvent oubliées voire méconnues dans le cycle universitaire, que sont l'écoute, le regard, l'attention, propres à chaque praticien, léguées par son éducation, acquises par son expérience de terrain et tout son vécu d'individu.

Afin d'accéder à cette entité qu'est le sujet-patient il faut pouvoir instaurer un climat de confiance, car sans confiance il n'y a pas de confidences. Or, ces confidences sont nécessaires au praticien pour pouvoir formuler un diagnostic de qualité et proposer une thérapeutique adaptée à la fois à la pathologie mais surtout au sujet qui se trouve face à lui.

Ignorer les inquiétudes et les interrogations du patient voire négliger ses attentes et ne pas tenir compte des ses objections constitue une attitude qui risque de conduire le praticien et son patient vers un échec thérapeutique. Car sans l'accord, l'adhésion du patient rien n'est possible.

Cette adhésion passe obligatoirement par une négociation entre patient et soignant et celle-ci est d'autant plus importante que la perception de la maladie et/ ou des traitements a énormément évolué en peu de temps.

Plus que jamais le praticien ne se doit-il pas d'être guérisseur sans rien perdre pour autant de sa technicité. N'est-il pas essentiel que la médecine imprégnée de science sache aussi réapprendre l'importance de la parole sans exclure d'ailleurs l'hypothèse que la parole devienne science elle-même. 8 Cette notion de globalité est d'autant plus importante à reconnaître dans une profession comme celle de chirurgien dentiste que la tendance actuelle reste trop souvent celle d'une vision de spécialiste qui réduit le patient à une bouche remplie de dents à traiter.

C'est en restant dans ce champ réducteur que le praticien risque de passer à côté de pathologies hors de son strict domaine mais surtout de ne pas entendre la demande du sujet patient.

Au lieu de l'omniscience du praticien profitant de l'ignorance et de la passivité de l'autre peut se dessiner un nouvel équilibre des forces qui tend à métamorphoser la relation praticien-patient.

L'asymétrie et l'inégalité qui étaient de règle dans les pratiques médicales s'effaceraient alors pour laisser place à un échange fondé sur une construction à deux. Plus que la transmission d'une information professionnelle à un profane, il s'agira d'une rencontre entre un savoir scientifique et le savoir du "peuple". C'est seulement dans cette vision que le soignant pourra réaliser sa mission curative, humaine et aussi médico-sociale. Médico-sociale certes, car le praticien ne peut plus se confiner au seul rôle de thérapeute. Il est plus que jamais impliqué dans des actions en prise directe avec la société (décision administrative, exclusion sociale). La maladie a aujourd'hui changé de visage : elle s'est socialisée.

Ce qui est déjà sensible dans une relation médicale ordinaire comme celle que je viens de décrire, l'a été particulièrement dans celle que j'ai entretenue avec les usagers du C.H.A.P.S.A.

Mon travail d'observation ne pouvait être réalisé qu'en sollicitant ces personnes sans-abri afin de les amener au cours d'entretiens et de consultations à me confier l'histoire de leur vie sociale, de leur passé médical et bucco-dentaire. C'est pourquoi il me semblait pertinent et nécessaire que le Dr Jacques Hassin et son équipe en contact régulier avec eux en tant que soignants, à l'écoute depuis longtemps de leurs problèmes et ayant réussi à ce titre à gagner leur confiance, me présentent à leurs patients dans ma spécificité de chercheur effectuant un travail d'observation sur eux, en respectant leur qualité de sujets. Ce n'est que dans ce cadre que les rencontres (entretiens et observations) avec ces personnes ont eu lieu lors des consultations médicales en présence du Dr Jacques HASSIN, lors des soins infirmiers en collaboration avec les infirmières, et dans les salles où sont situés les lits d'infirmerie.

3.1 Méthodologie de la fiche médicale :

J'ai conçu cette fiche en prenant comme base d'une part la fiche d'observation clinique classique enseignée à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Paris V et qui regroupe les caractéristiques médicales et bucco-dentaires du patient et d'autre part les fiches patients de première consultation du C.H.A.P.S.A.. Elle est ainsi articulée autour des trois axes (social, médical et dentaire) qui orientent ce travail de recherche.

La partie sociale a été conçue de façon à fournir des éléments d'informations sur la situation sociale réelle des personnes rencontrées lors de ce travail. Son objectif est de mesurer le degré de désocialisation de ces personnes afin de déterminer s'il existe une relation entre leur état de santé bucco-dentaire et leur situation sociale.

La partie médicale vise par l'anamnèse à rechercher les antécédents notables. Elle permet de recueillir le motif de la consultation, les médications en cours, les examens complémentaires effectués et de connaître le suivi bucco-dentaire du patient.

Couplée à la partie dentaire elle tente d'affirmer ou d'infirmer l'existence de rapports entre la santé dentaire et la santé.

Enfin la partie dentaire cherche à répertorier les pathologies dentaires infectieuses de ces patients, et leurs effets fonctionnels et esthétiques. Elle permet de constater la nécessité des thérapeutiques bucco-dentaires à entreprendre et d'objectiver les gênes et les demandes exprimées par ces patients. En outre elle indique le motif de non prise en charge de leurs problèmes bucco-dentaires par ces mêmes patients et leur connaissance ou leur ignorance de l'existence d'un lieu fixe de soins bucco-dentaires.

3.2 Les principales difficultés rencontrées.

De nombreux dossiers ont été écartés puisque l'étude concerne 39 patients alors que dans la période de recueil de données, de décembre 1996 à avril 1997 l'antenne médicale a reçu 3073 patients. En pratique le recueil des données s'est effectué d'une part lors des entretiens que j'ai eu avec les patients et d'autre part par la lecture des dossiers médico-sociaux quand ils étaient complets. Un grand nombre de dossiers furent considérés comme inexploitable du fait d'une insuffisance de rigueur dans la collecte des données (parties médicale et sociale) et de la difficulté de recueil de l'information.

Ainsi dans certains dossiers les antécédents médicaux n'étaient pas notés (ce qui pouvait laisser croire qu'aucun antécédent n'existait) ou aucune information n'était donnée sur le mode d'arrivée des patients au C.H.A.P.S.A. ce qui risquait d'incorporer des biais dans les résultats.

En ce qui concerne la difficulté de recueil des informations il faut souligner que d'une part un nombre significatif de la population du C.H.A.P.S.A. ne parle ni l'Anglais ni le Français (33,4 % en 1995-6) et que d'autre part l'alcoolémie fréquemment mesurée de 2 à 3 g/l à l'éthylomètre et les troubles de comportements induits rendent l'interrogatoire et le motif de consultation parfaitement aléatoires et inexploitable et l'examen clinique bucco-dentaire non réalisable.

Tout ces éléments expliquent le petit nombre de dossiers incorporés à l'étude. Cependant, les dossiers présents dans ce travail ont été systématiquement repris et incorporés quand les informations étaient complètes. le seul critère d'inclusion a donc été représenté par la complétude des renseignements nécessaires.

3.3 Réserves méthodologiques

Il avait été envisagé de recueillir l'ensemble des données (médicales, bucco-dentaires et sociales) une fois par semaine, de façon synchrone sur la période de l'étude . En fait cet objectif n'a pu être atteint pour deux raisons principales.

La première est que le recueil des informations médicales, et sociales a été effectué lors des entretiens avec les patients et complété uniquement par moi-même par la lecture des dossiers médico-sociaux quand ils existaient.

La seconde est que l'ensemble des examens cliniques bucco-dentaires a été réalisé dans des conditions non habituelles pour un chirurgien dentiste. N'ayant pas à disposition un lieu réservé à la seule consultation bucco-dentaire il m'a fallu m'adapter en fonction des lieux où j'examinais les patients : la table d'examen de la consultation médicale, les fauteuils de soins de l'infirmerie et les chaises des salles des lits d'infirmerie ont fait office de fauteuil dentaire, et une lampe de poche de forte intensité s'est substituée au Scialytique traditionnel.

Cependant il faut considérer ces résultats comme une première approche permettant de tirer des conclusions sur les problèmes dentaires des personnes ayant recours au C.H.A.P.S.A..

a. Données manquantes.

L'étude a porté sur une centaine de dossiers mais seuls 39 dossiers ont été considérés comme utilisables pour ce travail. Le reste des dossiers étant non renseigné pour la partie sociale ou médicale (absence de contact médical et/ou omission du clinicien de renseigner le document) ou incomplet pour la partie dentaire (examen clinique difficile pour des raisons déjà explicitées dans le chapitre " les principales difficultés rencontrées ") a été exclu de l'étude.

b. Contrôle de qualité des données.

A ce stade un seul type de contrôle a été effectué par moi-même sur le lieu même du C.H.A.P.S.A. Il concerne le caractère systématique et la conformité des données médicales, et sociales des dossiers individuels.

Le contrôle de qualité des données dentaires nécessiterait la mise en place d'un dispositif permettant au moins deux consultations par patients effectuées par au moins deux praticiens et associant un examen radiographique systématique (clichés panoramique dentaire et/ou rétroalvéolaires).

c.Taux de participation.

Contrairement à l'idée reçue que si on peut éviter de consulter un chirurgien dentiste on s'abstient, la population du C.H.A.P.S.A. a fait exception à cette règle et m'a fait bon accueil. Même si une dizaine de patients n'a pas accepté d'être examiné sur le plan bucco-dentaire les autres ont pris cette initiative avec enthousiasme. En effet, mon atout majeur résidait dans le fait que c'était la première fois que dans un tel lieu on leur proposait un examen bucco-dentaire et que pour la majorité d'entre eux la dernière visite chez un chirurgien dentiste, pour diverses raisons, datait de plusieurs années comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

3.4 Résultats de l'étude dentaire.

a. Approche socio-démographique de la population du C.H.A.P.S.A.

• Evaluation quantitative :

Pendant la période de recueil des données , de décembre 1996 à avril 1997, 3073 personnes ont utilisées les structures du C.H.A.P.S.A. (consultation médicale, lits d'infirmierie et salles de soins infirmiers). Les résultats de l'étude dentaire présentés ici concernent 39 patients.Ce nombre réduit de patients a été explicité dans le chapitre réserves méthodologiques.

•.Evaluation qualitative :

Les différents modes d'arrivée au C.H.A.P.S.A. pour notre population sont au nombre de quatre.

- Par les cars de la B.A.P.S.A. (74 %).
- Par leurs propres moyens aiguillés par un ami ou par un travailleur social (8 %).
- Par le S.A.M.U. social de Paris (5%).

Reste 5 % de notre population dont le mode d'arrivée reste inconnu.

SEXE RATIO : 10,25 % de femmes et de 89,7 % d'hommes, ce qui correspond assez aux chiffres trouvés par les associations caritatives comme celle d'Emmaus où à l'espace santé de la " la maison dans la rue " pour 1995 on compte 85 % d'hommes et 5 % de femmes.

Estimation de l'âge moyen :

L'âge moyen des ces patients se situe autour de 49 ans.

La majorité des consultants a un âge qui se rapproche de l'âge moyen des personnes hébergées.

Comme nous l'avons constaté précédemment les femmes sont largement minoritaires dans notre population et elles sont retrouvées aux deux extrêmes de la pyramide d'âge (28, 62, 66, et 71 ans).

Le Docteur Patrick Henry, médecin du département Environnement et sécurité de la R.A.T.P. et fondateur de la consultation du C.H.A.P.S.A., explique ce phénomène par le fait que jeunes, les femmes quittent le

foyer familiale et se retrouvent à la rue puis à l'âge adulte ce sont souvent leurs enfants qui leur assurent un toit et une situation sociale et enfin quand elles sont âgées, veuves et sans ressource ni retraite, elles retournent à la rue.

La durée moyenne du statut de S.D.F. est de 62 mois c'est à dire de 5 ans. L'extrême se situant à 13 ans et le minimum à 0 mois. La majorité de cette population (16 personnes) a passé au moins 3 ans dans la rue.

PROTECTION SOCIALE

La majorité de notre population (51%) ne possède aucune couverture sociale établie soit parce que ces patients n'y ont pas droit soit parcequ' ils méconnaissent les démarches possibles pour l'acquérir.

b. Approche médico-dentaire de la population du C.H.A.P.S.A.

• Antécédents relevés.

Il faut d'emblée préciser que ces données sont issues à la fois des interrogatoires réalisés lors des entretiens et à la fois de la lecture des dossiers médicaux qui ont permis l'apport de compléments d'information. Chaque malade peut avoir plusieurs antécédents associés. Dans un premier temps les antécédents notables ont été classés dans un tableau par grandes catégories pathologiques puis dans un second temps chaque catégorie sera détaillée.

Alcoolisme	26	16 %
Tabagisme	26	16 %
Pédiculose - Acariase - Mycose	7	4,32 %
Fracture - Luxation - Entorse	11	6,8 %
Ulcère digestif	5	3 %
Pathologie Cardio-vasculaire	3	1,85 %
Infection des voies aériennes	2	1,23 %
Epilepsie	7	4,32%
Affection pulmonaire	5	3 %
Tuberculose	4	2,47 %
Dermatologie	7	4,32%
Plaie diverse	5	3 %
Ophthalmologie	2	1,33 %
Toxicomanie	2	1,23 %
Gastro-entérite	2	1,23 %
Hépatite non virale et Cirrhose	1	0,61 %
Polynévrite	2	1,23 %
Stomatologie	13	9,85%
Traumatisme cranien grave	1	0,61 %
Cancer	1	0,61 %
Brûlure	2	1,23 %
Hépatite Virale	4	2,47 %
Endocrinologie	1	0,61 %
Gynécologie	2	1,23 %
VIH	1	0,61 %
Contusion viscérale grave	1	0,61 %
ORL	2	1,23 %
Parasite	7	4,32 %
Anémie	2	1,23 %
Traumatisme superficiel	1	0,61 %
Amputation de membre	1	0,61 %
TOTAL	162	

L'alcoolisme chronique ainsi que **le tabagisme** se retrouvent au premier rang des antécédents (16 %) de notre population. En effet 26 patients sur 39, soit plus de la moitié (64%), présentent un éthyliste chronique et un tabagisme connus ou avoués. La sévérité de l'item alcoolisme chronique est aggravé par les items fracture, luxations, entorse, plaie et contusions diverses

où la participation de l'alcoolomanie joue un rôle important même s'il n'est pas possible dans ce travail de l'évaluer.

Le chapitre stomatologie est retrouvé 13 fois (9,85%). On y distingue : 6 fractures de prothèses (une couronne unitaire, 4 prothèses adjointes partielles, et une prothèse adjointe complète), 4 problèmes infectieux ayant nécessité une prise d'antibiotique et des extractions simples ou multiples, et 3 affections de la pulpe ou pulpites. Même si ce chapitre est classé au second rang des antécédents, il semble qu'il soit sous évalué. Sur ces 39 patients 23 d'entre eux disent ne plus se souvenir de leur dernière visite chez un dentiste, 3 autres reconnaissent que leur dernière visite chez un chirurgien dentiste remonte à une période allant de 5 à 12 ans et affirment ne plus se souvenir du motif de cette consultation. En outre même si il est impossible de connaître exactement l'existence d'un lien entre cet item et les autres pathologies classées dans ce tableau il n'est pas exclu que les items O.R.L., affections pulmonaires et gastro-entérites soient sévèrement majorés par la non prise en charge des problèmes dentaires (diminution de l'efficacité masticatoire et présence de foyers infectieux latents ou patents) que nous venons d'évoquer.

Le chapitre fracture-luxation-entorse est retrouvé 11 fois soit dans 6,8% des antécédents (sachant qu'un patient peut avoir plusieurs fractures ou luxations). Une partie de ces antécédents est en grande partie liée aux conditions de vie dans la rue (bagarres, agressions) mais sans doute surtout comme noté précédemment liée à l'alcoolomanie souvent à l'origine de chutes et d'accidents de la voie publique.

Le chapitre pédiculose-acariase-mycose cutanée représente 4,32% des antécédents. Ce chiffre n'est nullement surprenant quand on sait que ces pathologies sont liées intimement aux conditions de vie et au manque d'hygiène dans la rue.

Dans le chapitre dermatologie, 4,32% des antécédents, on note en majorité des ulcères des jambes et des dermites allergiques, ce qui correspond à la part importante des pathologies traitées à l'antenne médicale 6.

Le chapitre épilepsie représente 4,32% des antécédents. Le plus souvent elle est " essentielle " même si on connaît bien le rôle majeur de l'alcoolisme dans cette pathologie.

Le chapitre parasitose 4,32% des antécédents regroupe essentiellement du paludisme.

Les chapitres ulcères digestifs, affections pulmonaires et plaies diverses représentent 3% des antécédents relevés. Là encore les conditions de vie dans la rue expliquent en partie la présence de ces items.

Les troubles digestifs sont majorés par les mauvaises conditions d'hygiène alimentaire, l'alcoolisme et par l'inefficacité masticatoire consécutive à la présence de nombreux édentements.

Les affections pulmonaires (bronchites et asthme en majorité) sont à mettre en corrélation avec l'importance du tabagisme relevé.

Les plaies diverses (tête et membres inférieurs) sont comme déjà signalé au chapitre fracture à mettre en corrélation avec l'alcoolomanie.

Le chapitre tuberculose est noté 4 fois (2,47% des antécédents) ce qui confirme l'ensemble des données sur l'importance de la pathologie tuberculeuse dans les antécédents de la population S.D.F6`..

Le chapitre hépatite virale comprend 4 antécédents (2,47%) dont 2 hépatites C chez des toxicomanes.

Le chapitre cardio-vasculaire représente 1,85% des antécédents et correspond à 2 hypertension essentielles.

Les chapitres infections des voies aériennes, ophtalmologie, toxicomanie, gastro-entérite, brûlure, gynécologie, O.R.L., anémie représentent chacun 1,23% des antécédents.

Enfin **les chapitres cancers, H.I.V., amputation de membre, contusion viscérale, endocrinologie et trauma superficiel** sont notés pour 0,61% des antécédents.

• **Motifs de la consultation.**

Dans un premier temps dans ce tableau sont rapportés par grandes catégories pathologiques les motifs de consultations ou les diagnostics posés lors de l'examen clinique de chaque patient. Dans un second temps chaque catégorie sera détaillée.

TABLEAU N°15

Infection des voies aériennes	7	17 %
Pédiculose - Acariase - Mycose	4	9,75 %
Dermatologie	4	9,75 %
Alcoolisme	2	4,87 %
Ulcère digestif	1	2,44 %
Traumatisme superficiel	2	4,87 %
Plaie diverse	3	7,31 %
Fracture - Luxation - Entorse	2	4,87 %
Gastro-entérite	1	2,44 %
Rhumatologie	1	2,44 %
Stomatologie	2	4,87 %
Pancréatite	1	2,44 %
ORL	5	12,2 %
Anémie	3	7,31 %
Parasite	3	7,31 %
Total	41	

Le chapitre infection des voies aériennes représentent 7 motifs de consultation. Il est composé essentiellement de bronchites aiguës, de broncho-pneumonie, de pharyngites et de grippe. Il n'est pas étonnant de retrouver cet item au premier rang des motifs de consultation puisque la période de recueil des données se situe de novembre 1996 à mai 1997 donc pendant la période hivernale.

Le chapitre O.R.L est signalé 5 fois (12,2%) est comprend pour la majorité des otites.

Les chapitres pédiculose-acariase-mycose cutanée sont signalés 4 fois (9,75% des motifs de consultations) pour notre population, ce qui est assez représentatif des pathologies classiques de la population du C.H.A.P.S.A. (plus d'un tiers des pathologies rencontrés au C.H.A.P.S.A. sont des gales, des mycoses et des lésions cutanées)4 .

Les chapitres anémie, parasitose et plaie diverse sont notés chacun 3 fois, ce qui représente 7,31% des motifs de consultations. Le chapitre anémie comprend 1 porphyrie, 1 anémie ferriprive et 1 anémie sans précision.

L'alcoolisme aigu n'est signalé que 2 fois (4,87%) dans notre population. Ce faible chiffre peut paraître surprenant. En fait ces patients viennent consulter pour d'autres motifs même si souvent ils présentent une alcoolémie mesurée à l'éthylomètre proche de 3 g/l 6.

Le chapitre fracture-luxation-entorse représente un chiffre assez faible (4,87% des motifs de consultation) quand on sait les interactions existantes entre l'alcool et les accidents de la voie publique.

Le chapitre stomatologie n'est cité que 2 fois et se décompose en 2 affections de la pulpe ou pulpites ayant nécessité une prise d'antalgique et un rendez-vous dans le service de stomatologie de l'hôpital Max Fourestier. Ici encore il convient de signaler que cette donnée est sans doute sous évaluée. En fait il faut se rappeler que d'une part l'alcool est un excellent antalgique et que d'autre part les patients ayant recours au C.H.A.P.S.A. sous évaluent souvent leur problème de santé. Le motif invoqué de consultation est le reflet de leur préoccupation majeure et les dents ne représentent pas une priorité sauf quand elles sont source de douleur constante ou d'asymétrie faciale visible.

Les chapitres ulcère, gastro-entérite, pancréatite et rhumatologie sont signalés chacun 1 fois soit 2,44% des motifs de consultations. En ce qui concerne les chapitres ulcère et gastro-entérite le chiffre paraît étonnement faible quand on sait les problèmes de carences nutritionnelles⁴ liés aux conditions de vie dans la rue et à la diminution de l'efficacité masticatoire (présence d'édentements) pour un grand nombre de ces patients.

• **Pathologies dentaires relevées.**

Dans un premier temps ont été regroupées dans un tableau et un graphique, en 4 grandes catégories, les pathologies dentaires notables observées lors de l'examen clinique bucco-dentaire des patients de notre population. Il faut préciser que chaque patient peut présenter plusieurs pathologies dentaires associées. Dans un second temps chacune de ces catégories sera détaillée.

TABLEAU N°16

Edentements	36	37%
Pathologies parodontales	26	27%
Pathologies infectieuses	20	21%
Pathologies carieuses	14	15%
Total	96	

Les édentements se retrouvent au premier rang des pathologies dentaires (37%). En effet, 36 patients soit près de 90% de notre population présentent une édentation qui peut concerner une dent ou la totalité des deux arcades. Seuls 3 patients compensent en partie leur édentement par le port d'une prothèse adjointe partielle. Il est à signaler que ces prothèses sont souvent inadaptées (fracture d'une ou plusieurs dents prothétiques, perte d'un crochet et/ou présence d'un édentement faisant suite à la conception de la prothèse) et ne permettent pas une réhabilitation orale complète.

On distingue :

- 15 édentements dus à l'absence d'une ou plusieurs dents.
- 3 édentements représentés par la présence de racines résiduelles.
- 17 édentements causés par la présence de racines résiduelles et par l'absence d'une ou plusieurs dents.

Même si il n'est pas possible dans cette étude de prouver le lien direct qui peut exister entre l'item édentement et les pathologies digestives, décrites précédemment aux chapitres antécédents et motifs de consultation de notre population, on peut toutefois l'envisager. En effet, la présence d'édentations surtout postérieures provoque une diminution de l'efficacité masticatoire et perturbe donc la première étape de la digestion. On peut ainsi concevoir que cette perturbation associée à une carence nutritionnelle et à l'absorption en grande quantité de vin, souvent de mauvaise qualité, peuvent être des facteurs déclenchants de gastrites et d'oesophagites.

Les pathologies parodontales concernent 26 patients sur 39 soit 66% de notre population et représentent 27% des pathologies dentaires relevées. Ces patients entrent dans deux catégories. Ceux au nombre de 16 dont la présence de plaque et de tartre, d'origine bactérienne, sus et sous gengivale est associée à une parodontopathie variant de la gengivite hypertrophique classique à la gengivite ulcéronecrotique. Enfin ceux au nombre de 10 dont le facteur bactérien a provoqué une mobilité importante d'un ou plusieurs groupes de dents, et l'apparition d'abcès parodontaux. Là encore il faut souligner que ces parodontopathies perturbent la première étape de la digestion puisqu'elles génèrent douleurs et gêne à la mastication.

Les pathologies infectieuses sont placées au troisième rang des pathologies dentaires relevées (21%) et concernent 20 patients soit la moitié de notre population. Seuls dans cette catégorie ont été retenus les foyers infectieux latents ou patents représentés par les racines résiduelles (les foyers infectieux parodontaux ayant été cités précédemment). Une fois de plus on ne peut s'empêcher d'évoquer la possibilité de voir les items affections pulmonaires et infections des voies aériennes, retrouvés dans les antécédents et les motifs de consultation de notre population, majorés par la présence de ces foyers infectieux dentaires.

Les pathologies carieuses représentent la dernière grande catégorie des pathologies dentaires relevées dans notre population (15%) et concernent 14 patients sur 39 (35%). Pour une grande partie se sont des lésions carieuses avancées atteignant les tissus amérodentaires, pour la minorité elles atteignent l'émail de surface. Cependant il faut souligner que l'existence de ces lésions est certainement sous-évaluée puisque le diagnostic de celles-ci se limite au seul examen clinique.

• **Nature de la demande : exprimée / induite.**

La demande exprimée de soins dentaires par notre population est très faible puisqu'elle ne concerne que 2 patients sur 39. Ces demandes sont engendrées par des atteintes de la pulpe dentaire (pulpites) qui provoquent des douleurs très importantes, ne cédant pas aux antalgiques classiques et donc qui nécessitent l'intervention du chirurgien dentiste.

En fait c'est à la suite des entretiens et des observations réalisées, qu'une grande partie de notre population a exprimé sous la forme de gênes fonctionnelle et/ou esthétique les demandes de soins dentaires. Il faut d'emblée noter que chaque patient peut manifester plusieurs demandes.

Pour 13 patients (33,3%) il s'agit d'une **gêne à la mastication** causée par une absence de dents ou par des prothèses inadaptées qui leur interdisent toute alimentation "dure" (pommes, sandwiches, viande ...). Pour 10 autres patients ce sont **des douleurs** " qui vont et viennent surtout la nuit "qui les gênent.

Enfin, pour 6 autres patients **la gêne est esthétique** et est liée pour 4 d'entre eux à des édentations antérieures qui " les empêchent de sourire ", pour un autre elle est le fait de " cette tâche noire " sur sa canine mandibulaire (cette dent a été restaurée en partie par un amalgame qui habituellement, en raison entre autre de son aspect métallique, est réservé aux groupes de dents postérieures). Pour le sixième elle est due à une édentation totale des deux arcades qui lui donne " un aspect de vieux avant l'âge " (affaissement des traits du visage, creusement des rides et avancé du menton).

On peut déjà noter que les demandes induites correspondent assez bien aux pathologies dentaires relevées dans cette étude. Les gênes exprimées, par cette population appartenant à la très grande exclusion, sont très proches de celles que l'on retrouve dans une consultation dentaire " classique ". La manifestation de préjudices esthétiques par cette population peut paraître surprenante si on s'arrête à cette représentation habituelle qui fait du S.D.F. un être désocialisé ayant perdu la conscience du regard des autres sur son propre corps. En fait comme le dit le Dr Jacques HASSIN le terme le plus approprié est celui de la dyssocialisation c'est à dire une socialisation en décalage dans laquelle, même si elle est réduite, il existe une vie relationnelle dans laquelle l'image que l'on renvoie a un rôle important. Ceci est d'autant plus probant quand on constate dans notre population, malgré des conditions de vie dans la rue difficiles, que plus de la moitié d'entre eux présente une hygiène dentaire que l'on qualifiera de moyenne¹¹ et qui prouve l'utilisation assez fréquente d'une brosse à dent.

En ce qui concerne les douleurs, n'étant pas omniprésentes, souvent grâce à une alcoolémie importante, elles sont vite oubliées voire effacées du quotidien.

De la même façon l'inefficacité masticatoire ne représente pas une préoccupation majeure, car même si elle est gênante, elle n'empêche pas de s'alimenter.

L'ensemble des remarques portant sur l'aspect fonctionnel explique donc en partie que les demandes de soins dentaires de notre population soient en majorité induites.

- **Recommandations thérapeutiques.**

La vision du praticien :

A la fin de chaque entretien et de chaque observation clinique, est noté pour chaque patient, sous la forme de recommandations thérapeutiques, les soins dentaires jugés indispensables à entreprendre. L'objectif de ces recommandations thérapeutiques est d'objectiver les moyens à mettre en place afin d'obtenir une élimination des pathologies dentaires observées et de réaliser une réhabilitation orale complète pour chacun des patients de notre population.

Ces recommandations thérapeutiques sont de deux types :

Celles concernant les soins dentaires a proprement parler. Elles sont classées en 4 catégories :

- **La chirurgie** : 30 patients nécessitent l'extractions de dents mobiles et de racines résiduelles.
- **La prothèse** : elle concerne la réalisation pour 24 patients d'au moins une prothèse adjointe partielle, pour 17 patients d'au moins une prothèse adjointe complète et pour 4 patients la réalisation de prothèses conjointes unitaires.
- **L'odontologie conservatrice** (soins des lésions carieuses) : avec la réserve que ces lésions ne concernent pas la pulpe des dents, au moins 21 patients nécessitent ce type de soins.
- **Détartrage seul** : pour 1 patient uniquement toujours sous réserve de découvrir à l'examen radiologique d'autres types de lésions.

Celles concernant les examens complémentaires. Elles sont classées en 2 catégories :

- **Les examens radiologiques.**

Nécessaires à tous les patients de notre population, ils sont de deux sortes.

Le cliché panoramique dentaire : il permet de visualiser les sinus maxillaires, l'ensemble des deux arcades avec leurs structures dentaires, osseuses et articulaires.

Les clichés rétroalvéolaires : ils visualisent pour chaque dent son anatomie (couronne, racines et région périapicale), l'anatomie osseuse adjacente (trame osseuse, septa interdentaire) et sa proximité avec les organes voisins (sinus, fosses nasales, et canal dentaire).

• Les examens biologiques.

Ce sont des explorations de l'hémostase (30 patients), des sérologies H.I.V., Hépatite B, V.D.R.L. (31 patients) et un examen anatomopathologique (1 patient).

La vision du patient :

Il est demandé à chacun des patients, à la suite des entretiens, d'évoquer les soins bucco-dentaires qu'ils pensent nécessaires à entreprendre et de donner les raisons qui les empêchent d'accéder à des soins bucco-dentaires.

La réalisation d'extractions et de prothèses adjointe partielle ou complète est évoquée par 17 d'entre eux. Seuls 7 patients parlent de soins concernant des lésions carieuses. Enfin, 15 autres disent n'avoir aucun besoin de soins si ce n'est peut être un détartrage.

Les raisons invoquées de la non prise en charge de leurs dents par notre population sont :

- L'aspect financier : il est évoqué par 17 patients.
- L'aspect temps : 7 patients affirment ne pas avoir le temps de se faire soigner.
- Enfin 15 d'entre eux disent se désintéresser complètement de leur bouche " de toute façon à quoi cela servirait-il ? ".

Le nombre de patients (29) ayant exprimé leurs doléances précédemment est très proche du nombre de ceux (24) qui évoquent des solutions thérapeutiques.

• Orientation après consultation.

Sur l'ensemble de notre population 9 patients ont été orienté dans le service de stomatologie de l'hôpital Max Fourestier : 3 pour des extractions concernant des dents diagnostiquées comme à extraire lors des entretiens, et les 6 autres pour la réalisation d'examens complémentaires (radiographies) et de soins dentaires.

Même si ce nombre semble faible (23% de notre population) il indique le rôle fondamental de ces entretiens surtout quand on sait que d'une part seuls 4 patients sur l'ensemble de notre population connaissaient l'existence d'un lieu dans lequel il leur était possible de consulter et de réaliser des soins dentaires (hôpital et/ou école dentaire) et que d'autre part la majorité d'entre eux n'avait pas consulté dans un service de soins dentaires (service hospitalier ou école dentaire) ou chez un chirurgien dentiste en ville depuis plus de 10 ans.

En conclusion, de cette approche médico-dentaire, on peut considérer que cette étude autour de ces populations, montre qu'il n'y a pas de différence réellement significative par rapport à la population générale sur le plan médical et dentaire.

Plus qu'une différence médicale, il convient mieux de reprendre l'expression du Dr Patrick Henry qui parle de " décor pathologique ". On retrouve ainsi de façon fréquente chez ces populations sur le plan strictement médical :

- Un alcool-tabagisme avec une moyenne de cinq à six litres de vins et d'un à deux paquets de cigarettes par jour.
- Une absence presque totale d'hygiène certainement liée à des problèmes d'accessibilité aux structures sanitaires, mais aussi comme le souligne le Dr Jacques HASSIN¹ à " un rapport au corps profondément modifié ". Mais cette absence d'hygiène n'est pas spécifique au S.D.F. puisque d'une part, comme cette étude le montre, certains d'entre eux utilisent régulièrement une brosse à dent et d'autre part un certain nombre d'entre eux fréquente souvent tous les jours¹ les structures du C.H.A.P.S.A. et y prennent donc une douche presque tous les jours. Ceci est d'autant plus important à souligner quand on sait qu'en France l'utilisation de la brosse à dent et de la douche quotidienne n'est pas de règle pour un grand nombre de nos concitoyens.
- Une malnutrition voire une dénutrition importante.
- Des fractures-luxations et entorses liées comme nous l'avons dit précédemment à l'alcoolomanie.
- Des plaies diverses, certes liées aux chutes, mais aussi aux agressions fréquentes par des bandes ou des vigiles dans les endroits surveillés dont font l'objet ces populations de la rue.

Concernant le plan dentaire stricte :

- La présence en nombre important d'édentements, de racines résiduelles et de lésions carieuses et de parodontopathies est spécifique de ces populations et est liée à un retard de prise en charge des soins dentaires. Par contre l'absence de soins et les besoins en traitements dentaires ne sont pas l'apanage des personnes en grande exclusion comme le confirment les résultats issus du programme ICS-II11.

En effet dans les 20 dernières années, deux projets de recherche internationaux majeurs ont été conduits par l'Organisation Mondiale de la Santé dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Le premier programme, intitulé *Etude de collaboration internationale sur les systèmes de soins en relation avec les résultats en santé bucco-dentaires (ICS-I)* a été développé dans les années 1970 auprès de 8 pays. Ce projet dans lequel la France ne participait pas, a couvert les années 1973 à 1983.

Le second projet a débuté en 1988. Ce programme s'intitule *programme internationale recherche sur les déterminants et la santé bucco-dentaire ICS-II* et s'inscrit logiquement dans le prolongement du premier programme ICS-I.

ICS-II est une recherche originale pour évaluer les relations entre les facteurs environnementaux, le système de prestation de soins et les facteurs individuels.

Ce projet vise donc à améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de prestations de soins de santé bucco-dentaire dans les pays industrialisés et les pays en développement à revenus moyens en fournissant des données détaillées, fiables sur la situation de la santé bucco-dentaire de leur pays ainsi que des données détaillées comparatives sur les systèmes de soin d'autres pays.

Le programme ICS-II France a été réalisé dans la région Rhône Alpes entre 1993 et 1995. Cette région est celle parmi les vingt deux régions françaises qui représente le mieux par sa structure générale la diversité de la population française et ce en termes de densité de population, de types d'activité.

Ces objectifs concernent l'évaluation, pour les populations adultes âgées de 35 à 44 ans (1000 individus) et de 65 à 74 ans (603 individus), de :

- l'état de santé bucco-dentaire et les besoins en traitement;
- les habitudes d'hygiène bucco-dentaire individuelles;
- l'utilisation par les consommateurs des services de santé;
- les demandes de soins préventifs et curatifs;

La méthodologie et les critères d'examens bucco-dentaires de cette étude sont une modification des méthodes de base développées par l'O.M.S. (O.M.S., 1987).

Cette étude s'appuie sur des variables bucco-dentaires qui sont :

• **L'état parodontal :**

Il est répertorié par l'indice des besoins de la collectivité en matière de traitements des parodontopathies (C.P.I.T.N.). Ce recueil utilise 3 indicateurs de l'état de santé parodontale . Ce sont la présence ou l'absence de :

- saignement gingival (nécessitant un enseignement d'hygiène bucco-dentaire);
- tartre supra ou sous-gingival (nécessitant un détartrage-surfaçage);
- poches parodontales, subdivisées en poche moyenne (4-5 mm) et profondes (6 mm et plus).

• **L'état dentaire :**

Les critères de diagnostics sont les suivants :

- saine;
- cariées;

- obturée;
- obturée avec carie;
- manquante pour cause de carie;
- manquante pour une autre raison;
- couronne spéciale ou pilier de bridge;
- agent de scellement;
- non évolué;
- exclus de l'enquête.

L'indicateur utilisé est l'indice C.A.O., il a pour but de mesurer quantitativement et qualitativement l'état dentaire d'un individu ou d'une population.

Les différentes composantes de cet indice correspondent respectivement aux nombres de dents cariées (C) à traiter, Absentes (A) pour causes de caries et Obturées (O).

Les besoins en traitement dentaire sont classifiés en :

- pas de traitement;
- traitement anticarie ou scellement de puits et fissures;
- obturation une face;
- obturation deux faces ou plus;
- couronne ou pilier de bridge;
- soins pulpaires;
- extraction;
- autres soins.

• **L'état prothétique :**

Il est enregistré en terme de possession de prothèses mobiles et en besoin en prothèses mobiles partielles ou totales.

Les résultats du programme ICS-II pour les 35-44ans :

En ce qui concerne l'état dentaire on note :

- un indice C.A.O. de 14,6 (26% ont un C.A.O. inférieur a 10);
- un indice O de 10,4 (24,4% ont au moins 14 dents obturées);
- un indice A de 3 (30,1% ont une dentition complète; 10% ont au moins 9 dents absentes; aucun édentés total);
- un indice C de 1,2 (50,6% sont indemnes de caries; 93,7% ont un indice carieux inférieur à 4 dents).

Concernant l'état parodontal :

98,4% des personnes interrogées déclarent se brosser les dents (66,1% se brossent les dents deux fois par jour et 26,7% une fois par jour) contre 1,2% qui ne disent pas se brosser les dents.

On peut légitimement s'interroger sur la véracité de ces réponses quand on constate que seulement 12,5% de la population ont un état de santé parodontal sain (59% des bouches présentent un saignement ou du tartre, 27% des poches parodontales modérées de 2 à 5 mm et 2% des poches profondes).

Concernant l'état prothétique :

13,2% de la population bénéficient d'une prothèse dentaire mobile (17 prothèses adjointes complètes d'un des deux maxillaires et aucune prothèse adjointe complète concernant les deux maxillaires).

9,1% de la population portent un bridge.

Les besoins en traitements :

Obturations : 48% ont besoin de ce traitement

Couronnes et bridges : 51,9% ont besoin au moins d'une couronne et/ou d'un bridge.

Prothèses mobiles : 17,5% ont besoin au moins d'une prothèse partielle mobile. L'indication de prothèse complète inférieure ou supérieure concerne 3,1% des individus.

Extractions : 14,5% des adultes ont besoin d'au moins une extraction avec en moyenne 0,3 dents par individus. Une seule dents à extraire dans 8,8% des cas et 2 dents dans 3,2%.

Traitements parodontaux : 88% ont besoin d'un enseignement d'hygiène bucco-dentaire lié à l'existence de saignements gingivaux, 82% sont redevables d'un détartrages surfaçage radiculaire et 29% d'intervention parodontales modérées.

A l'issu de ces résultats on peut donc dire que la spécificité des personnes en grande exclusion ne réside pas dans la spécificité de leur pathologies dentaires mais surtout dans le fait que ces pathologies sont souvent regroupées et présentes en très grand nombre dans leur bouche.

- Les raisons de la non prise en charge (manque de temps et manque de finance) de leurs dents par notre population sont les mêmes que celles invoquées par l'ensemble des personnes que l'on

retrouve dans les consultations d'urgence en chirurgie dentaire (service hospitalier et consultation privée et étude ICS-II). La spécificité de notre population réside dans le fait que 50% d'entre eux ne possède aucune couverture sociale ce qui leur rend plus difficile un accès à des soins dentaires.

- Les gênes exprimées, par cette population appartenant à la très grande exclusion, sont très proches de celles que l'on retrouve dans une consultation dentaire dite " classique " puisqu'elles sont de l'ordre du fonctionnel (douleur et inefficacité masticatoire) et de l'esthétique. La grande différence qui existe et qui caractérise cette population est la non demande de soins. Cette dernière remarque souligne la nécessité de préconiser une attitude volontariste du chirurgien dentiste vis à vis de ces personnes, de façon à les inciter à consulter et ainsi à exprimer leurs doléances.

4. COMPARAISON DES ETUDES RÉTROSPECTIVE ET PROSPECTIVE :

Même si toutes les éléments entre les différentes approches des études rétrospective et prospective ne sont pas comparables, ils restent cependant dans le domaine de la pluridisciplinarité. Cette caractéristique, me semble-t-il, est la condition nécessaire me permettant de comparer ces deux études et de mettre en évidence des cohérences, et/ou des différences notables entre notre population et celle décrite dans l'étude O.R.S.P.I.S.T.

Sur les données primaires concernant les modes d'arrivée au C.H.A.P.S.A., le sexe ratio, l'âge moyen et la répartition par tranches d'âge, les deux études semblent concerner une population de caractéristique très voisine.

Les cars de la B.A.P.S.A. sont les plus souvent utilisés pour accéder au C.H.A.P.S.A. (33,3% pour O.R.S.P.I.S.T. et 74% dans notre étude).

Les femmes sont peu nombreuses (8,05% pour O.R.S.P.I.S.T. et 10,25% dans notre étude), et sont retrouvées aux deux extrémités de la vie.

L'âge moyen de ces populations est respectivement de 42 ans pour O.R.S.P.I.S.T. et de 49 ans dans notre étude.

Enfin, la répartition par tranches d'âge de ces deux populations est pratiquement la même puisque dans les deux cas la plus représentée est celle des 40-50 ans.

Des différences importantes sont à noter en ce qui concerne la partie médico-dentaire.

Si l'on compare les antécédents relevés et les motifs de consultation on retrouve une certaine cohérence entre les deux études. Les affections dermatologiques, l'alcoolisme et le tabagisme chronique s'y retrouvent au premier et au seconde rang.

Par contre on note une différence significative entre d'une part les affections psychiatriques relevées et d'autre part le nombre des affections stomatologiques ou bucco-dentaires observé.

Dans notre étude l'item psychiatrie n'est cité nul part alors qu'il apparaît en troisième position dans les antécédents et en quatrième position dans les motifs de consultation dans l'étude O.R.S.P.I.S.T. L'absence de pathologies psychiatrique en antécédents et en motifs de consultation dans notre étude ne signifie pas que notre population soit indemne de troubles de cet ordre, en fait cet oubli est volontaire. N'ayant pas la compétence requise pour désigner comme il se doit les pathologies psychiatriques, j'ai préféré les décrire sous le terme de " modification de l'image corporelle " plutôt que de les classer dans une catégorie précise.

Les antécédents stomatologiques sont cités 11 fois et les motifs de consultations stomatologiques sont répertoriés 2 fois sur les 276 dossiers pris en compte dans l'étude O.R.S.P.I.S.T.; alors que sur les 39 patients de notre étude les pathologies dentaires sont retrouvées de manière systématique chez tous les patients.

La nature de ces pathologies bucco-dentaires se résume, dans O.R.S.P.I.S.T., à la présence d'affections dentaires et de maladies gingivales et parodontales sans autre précision alors qu'il apparaît de façon significative, dans notre étude, qu'elles sont de nature très diverse (édentements, infections, lésions parodontales et lésions carieuses).

Même si l'on considère que les affections dentaires, citées comme telles dans O.R.S.P.I.S.T., regroupent sous la même désignation les pathologies dentaires observées dans notre étude, on ne peut s'empêcher de penser que leur nombre a été sous-évalué.

Cette incomplétude dans les résultats d'O.R.S.P.I.S.T. peut amener à penser que les médecins sont peut-être insuffisamment formés, dans la prise en charge globale médicale du patient, à observer lors de l'examen clinique l'état bucco-dentaire de celui-ci..

En conclusion, et à travers les différentes approches, on peut dire que les résultats décrits dans cette étude sont recevables statistiquement puisque la population observée est représentative du " prototype " du S.D.F. décrit dans O.R.S.P.I.S.T., celui d'un homme entre 40 et 50 ans, en mauvaise santé physique et mentale et présentant des problèmes majeurs d'alcoolisme.

A ce tableau assez caractéristique des sans-abri qui fréquentent le C.H.A.P.S.A., nous nous devons après cette étude d'y ajouter le mauvais état bucco-dentaire qui, me semble-t-il, reste un des problèmes majeurs de santé publique de ces populations.

5. APPROCHE DES PROBLÈMES ÉTHIQUES POSÉS PAR CES POPULATIONS :

S'il me fallait définir rapidement, en chirurgien dentiste, cette population très démunie, je pourrais la qualifier de population édentée.

Edentés et apparemment insoucieux de l'être, ces patients sont pris par d'autres urgences vitales, semblent indifférents à l'image qu'ils donnent quand il n'y a pas à lire dans certain rictus une provocation grimaçante, une certaine complaisance qui génère le malaise voire l'inquiétude et la peur.

Quoiqu'il en soit du vécu de ces édentements par les édentés eux mêmes, le résultat est là, flagrant : ces hommes et ces femmes apparaissent ainsi, du fait de l'affaissement des traits, des rides, de l'aspect même de leur bouche, comme des êtres très prématurément vieillis.

Comme s'ils s'abandonnaient à ces effets du vieillissement contre lesquels luttent précisément tous ceux de nos concitoyens qui ont le souci de leur prestance, quelque soit leur âge.

Or dans le contexte socioculturel qui est le notre, en occident et en France précisément, l'édentement même chez un sujet jeune, est ressentie comme stigmate de vieillissement et si montrer ces cheveux blancs peut-être parfois acceptable voire parfois séduisant pour qui veut garder le pouvoir et les signes de la force compétitive, l'illusion d'une denture qui échappe aux effets du temps est constamment recherchée.

C'est d'ailleurs sans doute un trait assez universel de lier perte de vitalité et perte de dents pour que le cinéaste KUROSAWA ait pu mettre en scène dans " la ballade de Narayama " une héroïque vieillard qui brise elle même ses dents trop bien conservées pour signifier son âge et la nécessité d'en finir avec une vie qui est une charge pour sa famille.

Cet édentement manifeste qui apparaît clairement dans cette représentation qui se veut légendaire comme un suicide à la japonaise n'entre-t-il pas autant, pour ces populations occidentales très démunies, dans un processus suicidaire ? Abandon des défenses, vision donnée à voir de victimes au visages stigmatisés par une insupportable dégradation des traits .

C'est bien là, devant ces édentements plus ou moins volontaires, que le rôle du chirurgien dentiste apparaît dans sa fonction réparatrice la plus évidente : ne s'agit-il pas en redonnant à ces patients une efficacité masticatoire même minimale de leur permettre en se nourrissant mieux de mordre à nouveau dans la vie ?

Là encore nous retrouvons le même souci qui doit être celui du praticien pour tout patient mais poussé au plus loin, ces patients là ayant plus que tous autres besoin d'être réparés pour leur confort, pour leur santé, pour voir se restaurer leur image dans leur propre regard comme dans celui des autres.

D'où, selon moi, la nécessité pour le médecin qui examine de tels patients de considérer l'édentement au nombre des pathologies majeures et de prendre les décisions qui s'imposent.

Mais cette exigence ne signifie pas une identité égale des lieux de soins mais au contraire l'existence d'un lieu fixe de consultation et de soins dentaires réservé au seul public des plus démunis.

Ce qui peut justifier de la spécificité de tels lieux de soins ne réside pas dans une différence entre leurs pathologies et celles de la population globale, mais plutôt dans l'existence d'un seuil de tolérance des services et des lieux d'accueil habituels vis à vis de ces patients, dont le comportement revendicatif, voire agressif mais surtout "dyssocialisé" ne permet pas une prise en charge habituelle.

6. CONCLUSION :

L'ambition de ce travail était d'obtenir une connaissance plus précise des pathologies dentaires des personnes sans-abri.

Il apparaît dans cette étude que le principal problème de santé publique, en dehors de ceux mis en avant par l'étude O.R.S.P.I.S.T. (la tuberculose et l'alcoolomanie), est celui de la non prise en charge des pathologies dentaires par ces populations.

La difficulté d'accès aux soins représente une des explications premières de ce phénomène. Mais il faut aussi prendre en considération les modifications de l'image corporelle et du rapport au corps de ces populations très désocialisées, pour expliquer le retard à l'accès aux soins dentaires et ainsi l'omniprésence dans leurs bouches de lésions dentaires.

De plus ce travail met l'accent sur le fait que les médecins, du fait sans doute d'une formation insuffisante, ne considère pas les problèmes dentaires comme une pathologie majeure pouvant être à la source ou facteur d'aggravation de certaines pathologies.

Ces pathologies dentaires ne sont pas spécifiques des exclus, leur doléances ne sont pas différentes de celles de la population globale mais leurs spécificités résident dans le fait qu'elles ne sont pas exprimées de la même manière et donc nécessitent une écoute différente.

Une des conséquences pratiques de cette analyse est de préconiser une attitude volontariste vis à vis de ces populations. Il faut aller à leur rencontre, les inciter à consulter car ils présentent un état bucco-dentaire altéré dont ils sont plus ou moins conscient et dont ils pensent souvent qu'aucune structure de soins n'existe pour y remédier.

C'est dire l'intérêt et la nécessité d'une consultation de dépistage bucco-dentaire au sein de l'antenne du C.H.A.P.S.A., qui en association avec le service de stomatologie déjà existant au sein de l'hôpital, pourrait devenir une solution à ce problème majeur de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE
(par ordre de citation)

1 - **HASSIN Jacques**, Problèmes éthiques médicaux sociaux posés par les populations Sans Toit Stable, Mémoire de D.E.A., Paris, Université René Descartes PARIS V, 1992, photocopié, 84 pages.

2 - **HASSIN Jacques**, Réponses médicales à la précarité et à la misère, in La revue du praticien (Paris), n° 46, 1996, page 1864-1867.

3 - **DECLERCK Patrick, DUPRAT Philippe, GASLONDE Odile, HASSIN Jacques, PICHON Jean-Pierre**, L'état médico-social et psychopathologique des personnes S.D.F, étude de l'observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit, centre d'observation et d'alerte en santé publique, Février 1996, photocopié, 166 pages.

4 - **MÉNORET-CALLES Brigitte**, L'accès aux soins des populations démunies, L'harmattan, 1997, 175 pages.

5 - **LENOIR René**, Les exclus, éditions du Seuil, (1989 1974), 179 pages.

6 - **HASSIN Jacques**, L'émergence de l'abord médico-social des populations Sans Toit Stable. Aspect historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique, Thèse de Doctorat d'Etat en Ethique Médicale, Université René Descartes PARIS V, décembre 1996, photocopié, 379 pages.

7 - **QUÉRÉ France**, L'éthique et la vie, Odile Jacob, Coll. Points, 1992, 336 pages.

8 - **GUÉRIN Monique**, Le généraliste et son patient, Flammarions, Coll. Dominos, 1995, 127 pages.

9 - **PAUGAM Serge**, La société Française et ses pauvres, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques, 1993, 317 pages.

10 - **GEVAUDAN Thierry, Docteur SORIA Jacques**, Santé et précarité : du Droit à la réalité, Ecole Nationale de Santé Publique, Décembre 1991, 318 pages.

11 - **HESCOT Patrick, BOURGEOIS Denis, BERGER Patrice**, Le programme de recherche international de recherche de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire, la situation en France pour la période de 1993-1995, FDI World Dental Press Ltd, Coll Association Dentaire Française, 1996, 117 pages.

LA FICHE SOCIALE (ANNEXE 1)

*Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre
ORSPIST - FICHE SOCIALE*

Patronyme :

Nom de femme mariée :

Code Sexe :

Prénoms :

Né(e) le :

‡ :

Date :

Situation actuelle 1ère Arrivée au
C. H. A. P. S. A. le :

Etat civil :

Provenance :

Lieu de Naissance :

Dernier endroit stable

CELIBATAIRE

HOPITAL M.
FOURESTIER

MARIE
COUPLE NON MARIE
DIVORCE
SEPRE
VEUVAGE
EN GROUPE
AVEC AMI(E) NR

HOPITAL EXTERIEUR
SPONTANEE
SERVICES SOCIAUX
BAPSA - RATP
POLICE - POMPIERS
NR

PARIS
HAUTS DE SEINE
ILE DE FRANCE
PROVINCE
ETRANGER
Absence de domicile
N O

AMIS
FAMILLE
FOYERS
HOTEL
LOGEMENT
CASH
NR

Séjour en France
REGULIER
IRREG.

Pièce d'Identité

Date de début du statut
SDF

HISTOIRE PERSONNELLE

Expression en Français

Rupture majeure

Enfance et Adolescence

Français Parlé :

SEPARATION

Séparation des parents

COURANT NR

DIVORCE

N O ?

Séparation d'avec les
parents

DIFFICULTES

DECES

1 2 ?

Décès des parents

PAS DU TOUT

ELOIGNEMENT GEO.

1 2 ?

Placements DDASS

Français Ecrit :

NR

JUSTICE

COURANT

AUTRES

N O ?

FAMILIAL

DIFFICULTES

Service Militaire

N O ?

Violence des parents

PAS DU TOUT

N O NR

N O ?

Marginalité

NR

Exempté P4

N O ?

Inceste

Français Lu :

Toxicomanie

COURANT

N O ?

Accidents

DIFFICULTES

N O ?

Fugues

PAS DU TOUT

Niveau d'études

N O ?

PAS SCOLARISE
ETUDES PRIMAIRES

NR

 FORMAT. PROFES.
 CEP CAP NR
 BEPC BAC BAC et +

Antécédents familiaux		Antécédents personnels	Liens actuels
Paupérisme	(depuis la majorité)	Conjoint	
N O ?		N O ?	
Alcoolisme	Judiciaire	Enfants	
N O ?	N O ?	N O ?	
ATCD Somat.	Alcoolisme	Parents	
N O ?	N O ?	N O ?	
ATCD Psychiat.	Epilepsie	Grands	
N O ?	N O ?		
ATCD Justice	Psychiatrique	Parents	
N O ?	N O ?	N O ?	
Violence	Handicap Phy.	Oncle ou	
N O ?	N O ?		
Accidents	Prostitution	Tante	
N O ?	N O ?	N O ?	
Marginalité	Toxicomanie	Cousins	
N O ?	N O ?	N O ?	
Toxicomanie	Tutelle	Amis	
N O ?	N ?	N O ?	
Présentation		Tutelle	Autres N O ?
Négligée	Curatelle	Aucun N O ?	
Acceptable	Nombre d'Enfants		
Bonne			

ELEMENTS D'ORIENTATION

Ressources actuelle		Motif d'absence de ressource
Salaire	Prostitution	Pas de papiers
N O ?	N O ?	
Indemnités Maladie	Trafics divers	Aide non sollicitée
N O ?	N O ?	
RMI	Mendicité	Ne croit pas avoir droit
N O ?	N O ?	
AAH	Pension	Moins de 25 ans
N O ?	N O ?	
Rente Accid. Trav.	Reversion	Refus des aides
N O ?	N O ?	
Retraite	Stage	Ne sait où s'adresser
N O ?	N O ?	
Aide Familiale	CES	NR
N O ?	N O ?	
Aide Amicale	Héritage	Motif d'absence de ressource
N O ?	N O ?	
Aide Association	DETTES	NON
N O ?		
Api	NON LOGEMENT	PERTE/VOL DU DOCUMENT
N O ?		
	CREDIT CONSOMMATION	PAS DE CARTE D'IDENTITE
	AUTRES NR	

Protection sociale
NON NR
ASSURE SOCIAL
AYANT DROIT
AIDE MEDICALE
RMI
ASSURANCE PERSONN.

Justificatif de Protection sociale
CARTE D'ASSURE A JOUR
CARTE D'ASS. PERIMEE
CARTE PARIS SANTE/Èq.
FEUILLE DE SOINS D'AMG
TITRE DE PENSION
AUTRE NR

Statut Légal
PAPIERS EN REGLE
PAS DE PAPIER
EN ATTENTE DE PAPIERS
SITUATION PARTICULIERE
REFUGIE POLITIQUE
DEMANDEUR D'ASILE
TOURISTE NR

Dernière catégorie d'emploi
OUVRIER QUALIFIE
PERSONNEL DE SERVICE
Manœuvre
TECHNICIEN
EMPLOYE
ARTISAN
AGRICULTEUR
SAISONNIER
SALARIE AGRICOLE
FEMME AU FOYER
MILITAIRE
CADRE
TRAVAILLEUR INDEPEND.
AUTRES
N'A JAMAIS TRAVAILLE
NR

Situation professionnelle
CDI
CDD
CRE
STAGE
CHOMEUR
RETRAITE
INACTIF
ETUDIANT
INSCRIT ANPE NR
AUTRE

Travail continu jusqu'à
OUI NR
ALTERN. TRAVAIL/CHOMAGE
TRAVAIL AU NOIR (sans emploi)

Cause perte dernier emploi
PAPIERS IRREGULIERS
SALAIRE NON PAYE
RAISONS FAMILIALES
HOSPITALISATION
LICENC. ECONOMIQUE
COUP DE TETE
CONFLIT
ABSENTEISME
ALCOOLISME
TOXICOMANIE
DEMISSION
AUTRES
FIN DE CONTRAT
NR

AUCUNE PONCTUELLES
NR REGULIERES
Durée de la Période sans
Emploi (mois)

Démarches Recherche Emploi

Suivi Institutionnel Actuel

CCAS CMP
ASSOCIAT. CARITATIVES

SERVICE DE TUTELLE

COMITE DE PROBATION

AUTRES AUCUN

Nature des aides sollicitées par le
travailleur social

Régularisation Administrative
N O
?

Aide Recherche Hébergement
N
O ?

Soins
N
O ?

Cure désintoxication
N
O ?

Obtent./rétab. prestations sociales
N
O ?

Relai avec institutions eff. suivi
N
O ?

Contacte la famille
N O
?

Aide au retour région ou pays
N
O ?

Aide ‡ Établ. dem. d'asile politique
N
O ?

Aide ‡ la recherche d'emploi/stage
N
O ?

Aide Matérielle
N
O ?

Autres

Orientation Institutionnelle

IMPOSSIBLE

REFUS

RUPTURE DU SUIVI

Démarches depuis le C. H. A. P. S. A.
Préciser

Recherche Herberg. N
O ?
Recherche Formation N
O ?

Bilan Professionnel N
O ?

Contrat d'Insertion N
O ?

Autres

Liens actuels avec Nanterre

C. H. A. P. S. A. CONS. SOCIALE

C. H. A. P. S. A. CONS. MEDICALE

CENTRE D'ACCUEIL CHRS

CENTRE DE REINSERTION

AUTRE

CASH DE NANTERRE
MAISON DE RETRAITE
HOPITAL PSYCHIATRIQUE
FOYER
MATERNEL
FOYER SPECIALISE PARIS/RP

ELEMENTS D'ORIENTATION (Suite)

Démarches de Soins N
O ?

Démarches Administ. N
O ?

Recherche d'Emploi N
O ?

Orientation Immédiate

ACCEPTATION

FAMILLE
FOYER SPECIALISE PROVINCE
ASSOCIATION
SPECIALISEE
HOPITAL GENERAL
CHRS (Hors
Nanterre)
AUTRE
Orientation Réalisée

N O ?

Commentaires

LA FICHE INFIRMIERE (ANNEXE 2)

**Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre
ANTENNE MEDICALE DU C. H. A. P. S. A.**

Grille de soins infirmiers

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

DATE : _____

Heure de prise en charge : _____

Demande de soins exprimée

Heure de fin de prise en charge : _____

Demande de soins induite

Motif de la consultation infirmière :

Orientation :

SOINS ISSUS DU ROLE PROPRE

Cuir chevelu

TA :

Bain de pied	Shampooing	Rasage	<i>Barbe</i>	Coupe des ongles	T8 :
	<i>Corps</i>	Soins de l'état de la peau		Poids :	
Aide à la douche		Habillage avec nouveaux vêtements		Alcootest :	
Administration de douche				Pédicurie :	
Petit Pansement				Nettoyage de plaie	
Communication-écoute	(encourager-valoriser rassurer-sécuriser) :				

SOINS ISSUS DU ROLE PRESCRIT

Bain d'oreilles	Prélèvement de plaie	Bandage de contention
Test tuberculine	Application de pommade	Administration de collyre :
Examen de crachats		Ablation de fils
Pansement important :		
Badigeonnage :		Injection :
Bilan sanguin :		
Bilan urinaire :		
Distribution de médicaments :		

AUTRES ACTIVITES AFFERENTES AUX SOINS

Démarches téléphoniques :
Démarches sociales :
Transmissions, écrits divers :
Rédaction de bons d'examen (radio, biologie..) :

LE CODE O.M.S (ANNEXE 3)

009	COLITE ET GASTRO-ENTERITE INFECTIEUSE
011	TUBERCULOSE PULMONAIRE
014	Ascite DE L'intestin, du peritoine
015	Arthrite tuberculeuse
017	tuberculose d'AUTRES ORGANES
035	ERYSIPELE
044	Infection par le V.I.H.
045	POLIOMYELITE
054	HERPES
070	HEPATITE VIRALE
072	oreillons
084	PALUDISME
097	SYPHILIS
098	INFECTION gonococcique
099	AUTRES MALADIES VENERIENNES
111	DERMATOMYCOSES AUTRES & SANS PRECISION
117	AUTRES MYCOSES
125	FILARIOSE ET DRACUNCULOSE
132	PEDICULOSE
133	ACARIASE
134	AUTRES INFESTATIONS
136	Maladies infectieuses et parasitaires aut
137	SEQUELLE TUBERCULOSE
144	Tumeur maligne PLANCHER DE LA BOUCHE
149	TUMEUR MALIGNE CAVITE BUCCALE ET PHARYNX
150	TUMEUR MALIGNE DE L'OESOPHAGE
151	cancer gastrique
161	Tumeur maligne DU LARYNX
162	TUMEUR MALIGNE BRONCHE ET POUMON
172	MÈlanome malin DE LA PEAU
180	Tumeur maligne cOL DE L'UTERUS
182	Tumeur maligne du corps de l'UTERUS
188	TUMEUR MALIGNE VESICALE
189	TUMEUR MALIGNE DU REIN ET VOIES URINAIRES

divorce
décès
chômage
éloignement
autres

Enfants :

sexe	nombre	âge	prise en charge
------	--------	-----	-----------------

Liens actuels :

<i>Nature</i>	<i>fréquence</i>	<i>localisation</i>
Conjoint		
Enfants		
Parents		
Grand-parents		
Oncle / Tante		
Cousins		
Amis		

Liens Institutionnels :

<i>Nature</i>	<i>nombre</i>	<i>o?</i>
CCAS		
Ass. Caritatives		
Autres		

Liens avec CASH :

<i>Nature</i>	<i>nombre</i>	<i>depuis quand</i>
C. H. A. P. S. A.		
CS C. H. A. P. S. A.		
Hébergement		
Foyer de réinsertion		

Ressources :

<i>Provenance</i>	<i>budget</i>
travail déclaré	
travail au noir	
RMI	
AAH	
invalidité	
retraite	
héritage	
aide familiale	
aide amicale	
aide association	
prostitution	
trafics divers	
mendicité	
autres	

Dettes :

<i>nature</i>	<i>somme</i>	<i>depuis quand</i>
---------------	--------------	---------------------

Mendicité :

Nature	budget	date de début	
active			
passive			
Enfance adolescence :			
<i>nature</i>		<i>date</i>	
fugue			
séparation des parents			
séparation d'avec un parent			
séparation d'avec les deux parents			
placement DDASS			
placement justice			
placement intra-familial			
décès d'un parent			
décès des deux parents			
marginalité			
inceste			
toxicomanie			
accidents			
Antécédents familiaux :			
<i>Nature</i>		<i>date</i>	
paupérisme			
alcoolisme			
antécédents somatiques			
antécédents psychiatriques			
antécédent justice			
violence			
accidents			
marginalité			
toxicomanie			
Antécédents judiciaires :			
<i>type</i>		<i>date</i>	
Antécédents chirurgicaux :			
<i>type</i>		<i>date</i>	
Handicaps :			
<i>type</i>		<i>date</i>	
Tatouages :			
<i>nature</i>	<i>nombre</i>	<i>quand</i>	
Accidents :			
<i>type</i>		<i>date</i>	
Antécédents médicaux :			
<i>type</i>		<i>date</i>	
Hospitalisation :			
<i>type</i>	<i>motif</i>	<i>date</i>	<i>durÉE</i>
somatique			
psychiatrique			
Pathologies somatiques :			

type

depuis quand

Epilepsie :

oui

non

fréquence

depuis quand

Pathologies psychiatriques :

type

depuis quand

Médicaments :

nature

depuis quand

Alcool :

quand

quoi

combien

cure

Toxicomanie :

type

quoi

quand

combien

cure

COMMENTAIRES :

LA FICHE MEDICALE D'ANTECEDENTS (ANNEXE 5)

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

C. H. A. P. S. A. CASH de Nanterre

Fiche établie le : **par le Docteur :**

NOM / Prénom :

APPAREILS
BRULURES
CARDIO-VASCULAIRE

DIAGNOSTICSCIM9CHIRURGIEACTES

DERMATOLOGIE

ARTERITE
HTA
INSUFFISANCE CARDIAQUE
TROUBLES DU RYTHME
INSUFFISANCE CORONARIENNE

GASTRO-ENTEROLOGIE

MYCOSE
PARASITOSE
ULCERE
CONSTIPATION
DUODENITE
GASTRITE ALCOOLIQUE
GASTRO-ENTERITE
HEMORROIDES
OCCLUSION

GENITO-URINAIRE

OESOPHAGITE
ULCERE DUODENAL
ULCERE GASTRIQUE
INFECTION URINAIRE
HEMATURIE
BLENNORRAGIE
EPILEPSIE
HEMIPLEGIE
POLYNEVRITE
BRULURE CORNEENNE
CONJONCTIVITE

NEUROLOGIE

OPHTALMOLOGIE

ORL
PSYCHE
RESPIRATOIRE

ASTHME
BPCO
BRONCHITE AIGUE

STOMATOLOGIE
TOXICOMANIE

TRAUMATOLOGIE

ETHYLISME
TABAGISME
FRACTURE
LUXATION / ENTORSE
PLAIE

AUTRES

LA FICHE OBSERVATION ET DE SUIVI MEDICAL

(ANNEXE 6)

**Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre
ANTENNE MEDICALE DU C. H. A. P. S. A.**

OBSERVATION ET SUIVI MEDICAL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date

Médecin

Observation

Code

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (annexe 7)

Alcoolisme	129	11,28 %
Tabagisme	116	10,14 %
Pédiculose - Acariase - Mycose	104	9,09 %
Fracture - Luxation - Entorse	100	8,74 %
Ulcère digestif	78	6,82 %
Pathologie Cardio-vasculaire	51	4,46 %
Infection des voies aériennes	50	4,37 %
Psychiatrie	47	4,11 %
Epilepsie	45	3,93 %
Affection pulmonaire	44	3,85 %
Tuberculose	44	3,85 %
Dermatologie	43	3,76%
Plaie diverse	39	3,41 %
Ophthalmologie	33	2,89 %
Toxicomanie	20	1,75 %
Gastro-entérite	19	1,66 %
Hépatite non virale et Cirrhose	17	1,49 %
Polynévrite	15	1,31 %
Autre Neurologie	13	1,14 %
Rhumatologie	12	1,05 %
Stomatologie	11	0,96 %
Traumatisme cranien grave	11	0,96 %
Cancer	9	0,79 %
Brulure	8	0,70 %
Pancréatite	8	0,70 %
Tumeur Bénigne	8	0,70 %
Appareil Urinaire	8	0,70 %
Hépatite Virale	7	0,61 %
Endocrinologie	6	0,52 %
Gynécologie	6	0,52 %
MST	6	0,52 %
VIH	6	0,52 %
Contusion viscérale grave	5	0,44 %
Gelure, Hypothermie	5	0,44 %
ORL	5	0,44 %
Parasite	5	0,44 %
Anémie	4	0,35 %
Traumatisme superficiel	4	0,35 %
Amputation de membre	3	0,26 %
TOTAL	1144	

MOTIFS DE CONSULTATION (ANNEXE 8)

Infection des voies aériennes	81	14,95%
Pédiculose - Acariase - Mycose	67	12,36%
Examen et Surveillance	50	9,22%
Psychiatrie	44	8,12%
Dermatologie	36	6,64%
Alcoolisme	33	6,09%
Pathologie Cardio-vasculaire	29	5,35%
Ulcère digestif	27	4,98%
Autre neurologie	20	3,69%
Affection pulmonaire	17	3,14%
Traumatisme superficiel	17	3,14%
Plaie diverse	14	2,58%
Fracture - Luxation - Entorse	11	2,03%
Polynévrite	10	1,85%
Tuberculose	10	1,85%
Epilepsie	9	1,66%
Gastro-entérite	8	1,48%
Endocrinologie	8	1,48%
Hépatite non virale et cirrhose	7	1,29%
Rhumatologie	7	1,29%
Ophtalmologie	6	1,11%
Cancer	4	0,74%
Toxicomanie	4	0,74%
Stomatologie	4	0,74%
Pancréatite	3	0,55%
Appareil Urinaire	3	0,55%
VIH	2	0,37%
ORL	2	0,37%
Tumeur Bénigne	2	0,37%
Anémie	2	0,37%
Parasite	2	0,37%
Brûlure	1	0,18%
Gynécologie	1	0,18%
Gelure - hypothermie	1	0,18%
Total	542	

FICHE MEDICO-SOCIALE ET BUCCODENTAIRE (ANNEXE 9)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Sexe :
Situation maritale : célibataire-divorcé(e)-conjoint(e)
Nombre d'enfants :
N° de dossier :
Profession :

Date du 1er passage au chapsa :
Connaissance du lieu : Bapsa-samu-police-sociale-ami
Situation sociale : RMI-AMG-retraité(e)-pensionné(e)
Logement actuel : hebergement-rue-hôtel-autre
Temps passé dans la rue : jours-mois-années

ANTÉCÉDENTS

Médicaux :

Toxiques : vins : 2l-4l-6l-8l et plus
tabac : 1paquet-2paquets
drogues : per os-IV

chirurgicaux :

Dermatologiques :

Dentaires et stomatologiques :

Médication en cours :

Motif et date dernière visite chez un dentiste :

Examens complémentaires effectués :

Motif de la consultation :

Sérologie :

Dentaires :

Scanner :

Autres :

NFS

gaz des sangs :

Examen endobuccal :

Bonne hygiène :
hygiène moyenne :
hygiène insuffisante :

Schéma dentaire :

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

Examen des dents :

Nombres de dents absentes :
Nombre de dents à l'état de racines :
Nombre de dents cariées :
Nombre de dents mobiles :

Examen des prothèses :

Prothèse partielle :
maxillaire :
mandibulaire :
Prothèse conjointe :
maxillaire :
mandibulaire :

Examen des muqueuses :

maxillaire :
saines :
érythémateuses :
ulcérées :
récessions droites :
récessions gauches :
lésions blanches :
mandibulaire :
saines :
érythémateuses :
ulcérées :
récessions droites :

Prothèse complète :
maxillaire :
mandibulaire :

Examen de la langue :

volume augmenté :
mobilité altérée :
ulcérations :
induration :
dépapillée :
enduit :
douleurs :

Gêne pour le patient :

mastication :
esthétique :
douleurs :

Soins à entreprendre d'après l'examen clinique :

DO :
PAP :
PAC :
PC :
Extractions :
Aucun :

Examens biologiques à faire :

NFS :
Hémostase : TS
TP
TCA
INR
Sérologie : hépatite :
HIV :

Anapath :

Motif des non soins :

Financier :
temps :
Aucun intérêt :

Traitements instaurés :

Médicamenteux :
anti infectieux :
anti mycosique :
antalgique :
anti inflammatoire :

récessions gauches :
lésions blanches :

Salive :

Occlusion :

existante :
stable :

Soins à entreprendre d'après le patient

DO :
PAP :
PAC :
PC :
Extractions :
Aucun :

Examens radiologiques à faire :

Panoramique :
Rétroalvéolaires :
Bilan long cône :
Scanner :

Connaissance d'un centre de soins dentaires :

Ecole dentaire :
Hôpitaux :

Traitements instaurés :

dentaires :
extractions :
consultation stomatologique :
médicamenteux :

OBSERVATION CLINIQUE PARIS V (ANNEXE 10)

I. INTERROGATOIRE :

Date de première consultation :
Numéro de dossier :`
Etat civil : Nom, prénom, âge (date de naissance), nationalité , profession, nombre d'enfants
(éventuellement leur âge), adresse.

III. MOTIF DE LA CONSULTATION:

Esthétique,
Fonctionnelle (douleur, dysphagie, trismus, hémorragie)
Visite de contrôle ou autre.

IV. HABITUDES DE VIE :

Fumeur (nombre de cigarettes par jour), chiqueur (nombre de prise par jour et depuis combien de temps).
Onychophagie (penser au stress).
Fréquence de brossage et utilisation d'adjuvant.

V. ENQUÊTE MÉDICALE :

Antécédents médicaux personnels et héréditaires.
Présence d'une pathologie altérant l'état général (faire préciser si elle est traitée, stabilisée).
Présence d'allergies caractéristiques connues
Médication en cours (nom, posologie et la date de ces prescriptions).
Nom et adresse et numéro de téléphone du médecin traitant.
Examen général (taille, poids, pouls, tension artérielle).

VI. EXAMEN EXOBUCCAL :

1. Aspect général du visage, hauteurs des étages de la face :

A l'inspection existe t-il des asymétries ?, des cicatrices ? des tuméfactions ?.

A la palpation existe t-il des zones douloureuses ?, des paresthésies (points de Valleix)?.

2. Palpation des aires ganglionnaires :

Si la palpation objective la présence d'adénopathies, spécifier leurs situations, si à la palpation elles sont douloureuses, fermes ou molles, adhérentes ou mobiles par rapport aux plans sous-jacents.

3. Articulations temporo-mandibulaires :

A la palpation noter si il existe des soubresauts et de quel condyle s'agit-il ?.

A l'inspection spécifier si il existe des déviations de la mandibule et de quel côté ?. Noter l'amplitude d'ouverture de la mandibule, si elle génère des douleurs ?.

A l'auscultation noter la présence de claquements, de crépitements.

4. Examen de la musculature (masséters, temporaux):

A la palpation noter si il existe des douleurs , si l'activité est symétrique et si la tonicité vous semble bonne.

Si l'un des ces éléments vous semble anormal spécifier de quel muscle et de quel côté s'agit-il?

VII EXAMEN ENDOBUCCAL :

1. hygiène buccal :

Vous semble t-elle bonne, médiocre ou franchement mauvaise ?

2. Schéma dentaire :

8 7 6 5 4 3 2 1
8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 3 4 5 6 7 8

Forme générale des arcades.

Alignement dentaire.

3. Examen des dents :

Les dents absentes (ne pas en déduire forcément qu'il s'agit d'agénésie) apprendre en interrogeant le patient a quel processus est due la perte de ces dents (caries importantes ayant nécessité des extractions, nécessité prothétique, fracture, parodontopathies, agénésies ?),

Les édentements (noter si ils sont compenser par une prothèse et si c'est le cas de qu'elle prothèse il s'agit)

Les restaurations foulées type amalgames (si elles sont étanches, débordantes, fracturées, le nombres de face qu'elles occupent), les restaurations collées (idem amalgames), Les restaurations prothétiques (spécifier leur nature, leur adaptation)

La présence de tartre (abondant ou non, sus ou sous gingival).

4. Examen de l'occlusion : si le patient est appareillé faites cet examen avec les prothèses en bouche.

a. Examen statique :

Type d'occlusion (classe I, II, ou III).

Alignement ou décalage des points inter-incisifs (noter vers où se fait ce décalage).

Etat de l'articulé : infraclusion - supraclusion, bout à bout, inversé, symétrie

b. Examen dynamique :

Contacts lors des mouvements de propulsion, de diduction droite et gauche.

Si il existe des interférences dans les mouvements non travaillants noter de quelles dents il s'agit.

Compléter au besoin par : une étude au papier à articulé ou à la cire calibrée ou par un modèle d'étude

5 Examen des muqueuses : (jugales, labiales, et palatine/linguale)

A l'inspection : couleur (rouge, rosée, violacée, blanche), leur aspect (Hyperplasiée, tuméfiée, fistulisée, ulcérée, saignant au moindre contact).

Examen des freins : situation (par rapport aux crêtes, aux dents, à la gencive marginale, aux rebords des prothèses adjoindes partielles ou totales) , leur longueur (courts ou longs).

6. Examen des parties osseuses :

A la palpation noter la présence d'exostoses, de déformations (convexités, concavités, crépitements à la palpation), de spicules osseux, de douleurs, de fistule (sonder avec un stylet mousse).

7. Examen des glandes salivaires : parotide et sous-maxillaire.

A la palpation noter si il y a genèse de douleurs si la quantité (abondante, absente ou en faible quantité) et la qualité (translucide, purulente) de la salive à la sortie des canaux excréteurs (Stenon et Wharton).

b. Examen de la langue :

A l'inspection (faces dorsale, ventrale et latérales) : aspect, couleur, volume, mobilité.

A la palpation : sensibilité profonde.

VIII. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

1. Radiographies : (rétroalvéolaires, panoramique, mordus occlusaux).

Interpréter : couronnes, racines, ligaments, os, dents voisines, sinus, canal dentaire, ect...

2. Examen de laboratoire :

L'interrogatoire du patient et l'examen clinique guident le choix des examens à faire effectuer.

3. Biopsie :

Indispensable pour déterminer la nature bénigne ou maligne d'une tumeur.

4. Ponction exploratrice :

Nature du liquide, examen cyto bactériologique.

IX. RÉDACTION DU DIAGNOSTIC :

1. Diagnostis positif :

2. Diagnostis différentiel :

3. Pronostic :

4. Conduite thérapeutique :

Références bibliographiques

1 - DECLERCK Patrick, DUPRAT Philippe, GASLONDE Odile, HASSIN Jacques, PICHON Jean-Pierre

L'état médico-social et psychopathologique des personnes S.D.F, étude de l'observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit, centre d'observation et d'alerte en santé publique
Février 1996, polycopié, 166 pages.

2 - GEVAUDAN Thierry, Docteur SORIA Jacques

Santé et précarité : du Droit à la réalité
Ecole Nationale de Santé Publique, Décembre 1991, 318 pages.

3 - GUÉRIN Monique

Le généraliste et son patient
Flammarion, Coll. Dominos, 1995, 127 pages.

4 - HASSIN Jacques

Problèmes éthiques médicaux sociaux posés par les populations Sans Toit Stable
Mémoire de D.E.A., Paris, Université René Descartes PARIS V, 1992, polycopié, 84 pages.

5 - HASSIN Jacques

Réponses médicales à la précarité et à la misère
in La revue du praticien (Paris), n° 46, 1996, page 1864-1867.

6 - HASSIN Jacques

L'émergence de l'abord médico-social des populations Sans Toit Stable. Aspect historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique
Thèse de Doctorat d'Etat en Ethique Médicale, Université René Descartes PARIS V, décembre 1996, polycopié, 379 pages.

7 - HESCOT Patrick, BOURGEOIS Denis, BERGER Patrice

Le programme de recherche international de recherche de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire, la situation en France pour la période de 1993-1995
FDI World Dental Press Ltd, Coll Association Dentaire Française, 1996, 117 pages.

8 - LENOIR René

Les exclus, éditions du Seuil, 1989 1974), 179 pages.

9 - MÉNORET-CALLES Brigitte

L'accès aux soins des populations démunis
L'harmattan, 1997, 175 pages.

10 - PAUGAM Serge

La société Française et ses pauvres
Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques, 1993, 317 pages.

11 - QUÉRÉ France

L'éthique et la vie
Odile Jacob, Coll. Points, 1992, 336 pages.