

UNIVERSITÉ René DESCARTES Paris V
Faculté de Médecine Necker-Enfants-Malades
Président Pr DAUMARD

Laboratoire d’Ethique Médicale, de Droit de la Santé et de Santé Publique
Directeur Pr C.HERVÉ

DOCTORAT D’UNIVERSITÉ
Mention : ETHIQUE MÉDICALE ET BIOLOGIQUE

Titre de la thèse :

**CONTRIBUTION À LA CONSTRUCTION D’UN RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SOINS
BUCCO-DENTAIRES EN FAVEUR DES PERSONNES EN ÉTAT DE
VULNERABILITÉ.**

Présentée par : Sophie EMMANUELLI

Le 20 décembre 2002

Président du Jury : Pr B.PELLAT

Directeur de thèse : Pr Christian HERVÉ

Rapporteur : Professeur F.ROTH

Rapporteur : Professeur C.HAMONET

Membres : Professeur M.WOLIKOW, Professeur B.PELLAT, Docteur G.MOUTEL

*CONTRIBUTION À LA CONSTRUCTION D'UN RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SOINS
BUCCO-DENTAIRES EN FAVEUR DES PERSONNES EN ÉTAT DE VULNERABILITÉ*

• **REMERCIEMENTS**

Tout d'abord à Monsieur le Professeur Christian Hervé, **Directeur du laboratoire d'Éthique Médicale, de Droit de la Santé et de Santé Publique de la Faculté de Médecine Necker- enfants malades,**

je vous remercie chaleureusement pour m'avoir admis parmi vos élèves, pour avoir accepté de diriger ce travail et pour m'avoir fait comprendre que la ténacité permet de déplacer des montagnes.

Ensuite au Docteur Fabien Cohen, **Coordinateur de la Mission Bucco-dentaire du Val de Marne,** pour m'avoir ouvert la porte sans préjugés, et ainsi me permettre de faire mes premières armes en santé publique bucco-dentaire et pour sa ténacité à tenir le cap malgré la tempête et sans que ce travail n'aurait pu voir le jour.

A mon ami Jacques, qui m'a toujours soutenu dans mon travail, et ce même au plus fort des épreuves qu'il rencontrait, et pour l'amitié qu'il m'a offerte et qui m'honore.

A ma mère, Nicole, la thésarde 2 sans son aide, son soutien, sa patience et la richesse de sa réflexion, ce travail n'aurait pu être.

A Jean Baptiste mon compagnon et à Aurélien notre fils, toute ma tendresse et mon affection,

A Thierry, pour ses réflexions sur les démographes et pour ses talents de « claviste »,

A mon père Xavier, pour m'avoir fait comprendre que les « hommes invisibles » ne doivent exister que dans les romans de Science Fiction, et que le regard de l'autre est une arme à double tranchant.

A mes frères Frédéric, Julien et Thomas,

A Gwenaëlle et à Mathis dont l'élan de vie m'a permis de finir ce travail,

Aux membres du Jury, soyez assuré de ma plus respectueuse considération,

A toute l'équipe de la M.B.D, en souhaitant que leurs talents de co-créateurs et de conquérants de la santé publique bucco-dentaire ne faiblissent jamais.

**CONTRIBUTION À LA CONSTRUCTION D'UN RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SOINS
BUCCO-DENTAIRES EN FAVEUR DES PERSONNES EN ÉTAT DE
VULNERABILITÉ**

• REMERCIEMENTS	2
• PRÉAMBULE	6
• INTRODUCTION	7
• CHAPITRE I : HISTORIQUE DE LA RECHERCHE	9
A. LE CADRE DE LA RECHERCHE	9
1. Historique de la chirurgie bucco-dentaire, évolution du système de santé.	9
B. LE CADRE LEGISLATIF	14
1. Le Code de déontologie :	14
2. Le Code de la santé publique :	14
3. Code de la sécurité sociale, Couverture Maladie Universelle et soins bucco- dentaires.	14
• <i>De la Sécurité sociale à la Couverture Maladie Universelle</i> :	14
• <i>Spécificité de la protection sociale dentaire</i> :	17
• <i>Place des soins bucco-dentaires dans le cadre de la part complémentaire de la C.M.U.</i>	18
4. Cadre législatif des réseaux :	19
• <i>Les réseaux de soins</i> :	20
• <i>les réseaux de santé</i> :	20
C. LA POSITION DU CHERCHEUR	23
1. la position du chercheur dans le cadre de l' « Association dépistage et soins bucco-dentaires » au Samu Social de Paris :	25
2. la position du chercheur dans le cadre de la Mission Bucco-dentaire du Conseil Général du Val de Marne :	26
D. LA POPULATION ETUDIÉE	27
1. Comment la définir au mieux ?	27
2. Evaluation quantitative	29
a/ Pour l'ensemble de la France	30
• <i>Quels sont les chiffres de la pauvreté ?</i>	30
• <i>Quel est le nombre des Sans Domicile fixe ?</i>	32
b/ Pour Paris et l'Ile de France :	33
• <i>Quels sont les chiffres de la pauvreté ?</i>	33
• <i>Quel est le nombre des Sans Domicile fixe ?</i>	34

3. Evaluation qualitative.....	35
• <i>Quelles sont ces populations « en détresse » ?</i>	35
• <i>Quelle est donc la population des sans domiciles ?</i>	37
• CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE.....	41
A. PROBLÉMATIQUE	41
1. Les questions touchant à l'exercice de la chirurgie dentaire.....	41
• <i>La question de la fonction du chirurgien-dentiste.</i>	41
• <i>Question de la place du chirurgien-dentiste dans le système médico-social actuel.</i>	43
2. Les questions touchant à la connaissance des populations vulnérables.	44
• <i>Questions sur l'état de santé bucco-dentaire des populations vulnérables.</i> 44	
• <i>Question de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des populations vulnérables.</i>	46
3. Les questions touchant au fonctionnement du système de santé.	47
B. METHODOLOGIE	47
1. Pour les questions touchant à la connaissance des populations vulnérables.....	47
2. Pour traiter les questions touchant au fonctionnement du système de santé et à la construction des réseaux.....	50
• CHAPITRE III : RESULTATS	54
1. Approche médicale des problèmes dentaires posés par ces populations.	54
• <i>Quels sont les besoins et les demandes de cette population très démunie ?</i> 54	
• <i>Quelles sont les incidences des pathologies bucco-dentaires sur la santé de ces patients ?</i>	55
• <i>Quel est l'état de santé ressenti des personnes dites « défavorisées » ?</i>	57
• <i>Etat de santé et recours aux soins des personnes en situation de précarité</i> 59	
2. Etat des lieux de la prise en charge de ces populations.....	61
• <i>Quelle est la réalité de terrain : les réponses possibles des acteurs de santé face aux besoins des patients en situation vulnérable ?</i>	62
• <i>Conclusion</i>	67
3. L'Observatoire de la grande précarité et de l'exclusion.	68
• <i>Quelles sont les missions de cet Observatoire ?</i>	68
4. Les solutions de prise en charge de la santé et des soins buccodentaires des personnes en situation vulnérable	69
• <i>Le réseau « accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé » des Hauts de Seine.</i>	70
• <i>La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.) Bucco-Dentaires de l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris.</i>	72
• <i>Le « réseau social dentaire » du Val de Marne.</i>	73
• <i>Comment va fonctionner ce Réseau ?</i>	75
• CHAPITRE IV : DISCUSSION.....	77

LES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA MISE EN PLACE DU RESEAU SOCIAL DENTAIRE :	77
• CHAPITRE V : CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE (ALPHABETIQUE)	84
BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE (PAR ORDRE DE CITATION)	90
ANNEXES	96

• PRÉAMBULE

En préambule à l'exposé de ce travail, je tiens à préciser qu'il s'agit là d'une recherche-action que j'ai menée en tant que chirurgien-dentiste, confrontée à une population en situation de renoncement aux soins pour un ensemble complexe de facteurs socio-économiques, psychologiques, culturels...

Pour répondre à cette situation, j'ai participé à la recherche des solutions de prise en charge les mieux adaptées à une telle population et j'ai contribué à la mise en place d'un réseau de santé et de soins bucco-dentaire en assurant plus particulièrement la coordination pour l'interface entre les partenaires sociaux et les futures structures sanitaires tout en continuant à travailler à l'organisation de l'ensemble du dispositif.

Même si pour les besoins de l'exposé j'ai été conduite à d'autres approches (historique, démographique, socio-anthropologique), mon point de vue reste celui d'une praticienne soucieuse d'assurer un accès aux soins à des patients potentiels qui échappent à une définition précise du fait de leur grande hétérogénéité ; c'est ainsi que des études issues de sources aussi fiables que l'INED, l'INSEE ou le CREDES aboutissent à des données d'une très grande disparité et que des chercheurs ont pu utiliser la notion de « flou » pour l'appliquer à une population difficile à cerner, au croisement de multiples problématiques.

Certes il y a du « flou » dans l'approche statistique de ces populations mais nous savons tous que la statistique n'épuise pas toutes les approches ; pour moi, comme pour les partenaires de notre projet, ces personnes vulnérables ne sont pas des êtres virtuels, elles existent bien en grand nombre, même dans une société d'abondance comme la nôtre et posent une vraie question de santé publique.

Ces patients souffrent réellement de multiple carences dont le manque de soins bucco-dentaires et il s'est agi pour le praticien que je suis de trouver le moyen de pouvoir les soigner.

Car c'est bien le rôle que je revendique, celui d'un chirurgien-dentiste, acteur de santé publique de plein droit, engagé dans une recherche-action qui propose une solution aux problèmes qui lui sont posés.

• INTRODUCTION

Cette thèse se situe dans le prolongement d'un travail réalisé pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies d'Ethique Biomédicale et de Santé Publique. Ce mémoire avait pour objet de discuter de la nécessité de lieux fixes de consultation bucco-dentaire réservés au seul public de patients en grande exclusion¹, ces populations très défavorisées ne constituant qu'une partie de la population très hétérogène des personnes que nous appellerons en situation vulnérable et qui nécessiteraient une prise en charge bucco-dentaire.

Nous voulons montrer dans ce travail comment l'organisation du système de santé bucco-dentaire actuel, tant sur le plan de l'offre de soins que sur la question de la place qu'occupe le chirurgien-dentiste dans le domaine de la santé publique, peut représenter en elle-même un obstacle dans cette prise en charge.

Pour ce faire nous essaierons de comprendre les liens existants entre la thématique de la vulnérabilité et la notion de santé bucco-dentaire et c'est en nous efforçant de définir le concept de vulnérabilité que nous nous interrogerons sur la notion de santé publique bucco-dentaire et sur la place et le rôle des divers secteurs d'offre bucco-dentaire dans la prise en charge de la santé des personnes en état de vulnérabilité.

Dans une première partie, par un historique de la recherche nous essaierons de formaliser notre approche et nous tenterons de définir au mieux notre population. A travers un survol de l'histoire de la chirurgie dentaire et des principaux textes législatifs, nous mettrons en perspective comment l'évolution du système de santé permettra d'améliorer l'accès aux soins des personnes, et plus particulièrement des personnes vulnérables.

Dans une seconde partie, nous formulerons notre problématique et les méthodologies utilisées et nous essaierons de proposer des éléments de réponse aux questions que nous aurons dégagées.

¹ Emmanuelli. S, *Nécessité de lieux fixes de soins dentaires réservés au seul public des plus démunis*, Mémoire de D.E.A., Paris, Université René Descartes Paris V, 1997, polycopié, 84 pages.

Dans une troisième partie nous exposerons les résultats pratiques médico-sociaux et bibliographiques de nos études et nous présenterons des solutions de prise en charge socio-sanitaire des personnes en situation vulnérables.

Dans une quatrième partie nous rendrons compte des questionnements sur les difficultés méthodologiques rencontrées dans la mise en place d'un des dispositifs médico—social proposé.

Enfin, nous concluons par une discussion d'ordre éthique des points évoqués tout au long de ce travail autour de la notion de vulnérabilité et de l'aide que pourrait constituer une nouvelle réorganisation de notre système de soins pour lutter contre le processus de fragilisation.

• CHAPITRE I : HISTORIQUE DE LA RECHERCHE

A. LE CADRE DE LA RECHERCHE

Dans un premier temps, afin de cerner le fonctionnement du système de santé bucco-dentaire actuel, nous exposerons succinctement les grandes étapes de l'histoire de la chirurgie dentaire et le cadre législatif de la profession puis, dans un second temps, de manière à pouvoir appréhender les nouvelles perspectives de l'organisation du système de santé dans la prise en charge des personnes en état de vulnérabilité nous aborderons le cadre législatif relatif au réseau de soins et de santé.

1. Historique de la chirurgie bucco-dentaire, évolution du système de santé.

C'est au travers de l'évolution de l'homme et des soins bucco-dentaires que nous survolerons l'histoire de la chirurgie dentaire. La première trace de carie dentaire a été retrouvée dans la denture d'un dinosaure herbivore de l'ère du crétacé, soit 100 million d'années avant notre ère. Chez l'homme, le phénomène de la carie n'a été repéré qu'à l'âge néolithique² et seulement pour 3 à 5% des individus. Mais si notre ancêtre l'homme de Néandertal ne connaissait pas la carie³ ses dents étaient usées voire parfois cassées du fait de leur utilisation comme outils ou comme armes. Il faut attendre la sédentarisation des populations, l'agriculture et la modification de l'alimentation pour voir apparaître la carie. Et si à l'époque préhistorique⁴ la pathologie carieuse n'était pas inconnue aucun traitement n'a pu être décelé. Les premières traces de soins (extractions et soins de carie) ainsi que l'utilisation d'adjuvants (cure dents, bains de bouche) nous parviennent dès 5000 avant J-C, à l'époque des Sumériens. Ce sont les Sémites à Babylone qui instituent le premier code médical⁵.

Chez les Egyptiens, on retrouve dans une chambre mortuaire de Gizeh⁶ datant de 2500 avant J-C des ligatures en or solidarissant des molaires mais il faut attendre 1900 à 1700 avant

² Molleson.T, Pour la science 204, 1994, p .60.

³ Andrick.P, Muncnerova, 1961 : *The incidence of caries in prehistoric times*, Ceskoslovenskastom, vol 61 p 347-363.

⁴ Baron R, Mailland M, Lai Son Chan Thu H.O, *Etude statistique de la fréquence de la carie dentaire et des dents absentes chez certaines populations néolithiques du Bassin Parisien*, 1970, R.F.O.S., n°8, p 1063-1080

⁵ Baudet J.H, *Histoires de la médecine*, Ed Dumerchez_Naoum, Paris 1985, 261 p.

⁶ Quibell J.E, *Excavation at Saquarra : The Tomb of hesis in Saquarra*, vol 5, Le Caire 1905

J-C avec les premiers papyrus médicaux⁷ pour qu'il y ait des descriptions de nombreux remèdes contre le mal de dents, les abcès et les gingivites mais sans aucune indication sur d'éventuelles techniques opératoires. La pathologie et la thérapeutique dentaire ne sont pas individualisées mais font partie de la médecine générale. Il faudra attendre Hérodote d'Halicarnasse en 500 avant J-C pour que la médecine soit divisée en plusieurs spécialités dont celle des dents.

Comme l'Égypte la Chine peut revendiquer une haute antiquité⁵ de la thérapeutique puisque c'est en 3216 avant J-C qu'aurait été écrit par le roi Houang-Ti, le fondateur de la médecine chinoise les mémoires du Nei-King. Deux chapitres traitent des maux de dents et des modalités de soins.

En Europe, les Etrusques, au VII^{ème} siècle avant J-C, attachaient une grande importance à la beauté et à l'hygiène. Ils ont su développer une technologie prothétique, qui s'est malheureusement perdue au cours des deux siècles de domination romaine. Les fouilles archéologiques montrent que les anciennes peuplades de la Grèce archaïque⁸ considèrent les dents comme l'élément le plus attrayant de l'homme et que ces populations préparent des cavités dentaires pour incruster des ornements ou encore modifient la forme de la dent en la limant. Concernant les thérapeutiques ces ancêtres des chirurgiens-dentistes cautérisaient les gencives au fer rouge et employaient des plantes narcotiques pour combattre la douleur. Enfin on leur doit la technique de l'or coulé à la « cire perdue » encore utilisée dans notre XXI^{ème} siècle pour la réalisation des couronnes dentaires.

Chez les Grecs de la période classique il faut attendre Hippocrate (460 à 377 avant J-C) pour avoir une première étude sur les dents, leur anatomie, leur texture physiologique et le traitement de leurs pathologies. C'est ainsi qu'Hippocrate aborde les cas des dents de sagesse, des abcès alvéolaires et de la nécrose des maxillaires.

Enfin, les Romains qui tirent leur connaissance des Égyptiens, des Grecs et des Etrusques pratiquent l'art dentaire très tôt (-450 avant J.C) mais il faut attendre -25 avant J.C avec Celse et Pline l'Ancien pour disposer de descriptions précises sur leur exercice.

Mais dès le début du Moyen-âge⁹ en Europe, et pendant près de 10 siècles, les savoirs spécifiques sur les soins dentaires semblent tomber dans l'oubli. A ces époques le rebouteux, le maréchal ferrant, l'herboriste, le barbier, le curé, le moine, l'apothicaire... enfin bon nombre

⁷ Breasted J.H, The Edwin Smith Surgical Papyrus, University of Chicago, Chicago 1930.

⁸ Rouot J, 1977, *l'Art dentaire dans l'antiquité*, In Poulet-Sournia-Martiny, tome II, 1977, pp.123-137

⁹ Sussier P, Histoire de l'Art Dentaire du Moyen Age au XIX^{ème} siècle, in Laignel-Lavastine, tome II, 1938, pp. 571-586.

d'amateurs ou de charlatans soignent les dents. Pourtant ce ne fut pas le cas dans le monde arabe¹⁰ qui, malgré les croyances (interdiction de disséquer le corps humain) produit pendant cette période des grands médecins comme Rhazes en Perse (850), ou Abulcassis¹¹ en Espagne. Les doctrines de ce dernier seront d'ailleurs diffusés jusqu'à la fin du Moyen âge et inspireront avec celles d'Hippocrate et de Galien la médecine occidentale pendant des siècles.

Ce n'est qu'au XIII^{ème} siècle que les premières Facultés de Médecine apparaissent, d'abord à Montpellier puis à Paris mais ni les médecins ni les chirurgiens de longue robe ne veulent soigner les dents, c'est ainsi que les barbiers-chirurgiens (chirurgiens de courte robe) font leur apparition. Ils ont le droit d'exercer la petite chirurgie (troisième catégorie de la corporation médicale) et pourront extraire les dents après avoir rasé la barbe!

Il faut attendre la Renaissance avec François 1^{er} en 1544 pour que se crée la première faculté de chirurgie. Ambroise Paré qui était à l'origine un barbier-chirurgien deviendra ainsi le plus grand chirurgien du XVI^{ème} siècle. Il écrira des œuvres de référence sur son exercice et aura l'honneur de soigner des rois (Henri II, François 1^{er}, Charles IX, Henri III). Mais les spécialistes comme Ambroise Paré sont rares et la concurrence est rude avec les charlatans à la pratique théâtrale qui vendent des drogues plus ou moins efficaces. Parallèlement en France, en Allemagne, des ouvrages médicaux traitent des connaissances odontologiques (Erasme en 1530, traite de l'hygiène dans un petit livre appelé « civilité »).

Au XVII^{ème} siècle où l'eau fait si peur, que les bains sont réservés à l'usage médical, et où l'hygiène dentaire n'existe pas, il existe cependant une prise de conscience concernant la profession. En 1699, l'édit de Mai de Louis XIV interdit la pratique de la chirurgie et de la chirurgie dentaire à tous ceux qui ne sont pas experts. En 1700, la profession de chirurgien-dentiste est ainsi distinguée des autres professions médicales. Mais il faut attendre le XVIII^{ème} siècle pour que la brosse à dent qui existait depuis le XV^{ème} siècle en Chine fasse son apparition à la cour de Louis XV. La France devient ainsi le premier pays où l'art dentaire est reconnu comme une spécialité autonome et ce, notamment grâce à Pierre Fauchard (1690-1761) le père de la dentisterie moderne. Ce n'est qu'un siècle plus tard que l'Amérique placera les médecins et les chirurgiens dentistes sur le même pied d'égalité, l'Allemagne et l'Angleterre ne s'engageront dans des voies à peu près semblables que vers le milieu du XIX^{ème} siècle.

¹⁰ Sournia J.Ch, *La Médecine arabe*, In Poulet-Sournia-Martiny, tome II, 1977, pp.189-229.

¹¹ Valencis R., *Albucasis : un chirurgien arabe au moyen Age*, thèse Faculté de Lédecine de Montpellier, 1908.

Avec la Révolution Française en 1789 et la loi de Le Chapelier qui supprime titres et privilèges la chirurgie dentaire comme l'ensemble des professions médicales se retrouve sans titres, ni diplôme. Sous Bonaparte il existe seulement des officiers de médecine. Le métier décline et on voit resurgir le charlatanisme. Il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle (1892) pour que le diplôme de chirurgien-dentiste soit recréé. Le XX^{ème} siècle est jalonné de dates importantes: en 1909 un décret fixe les études à cinq ans avec deux années de stage, trois années de scolarités sanctionnées par un examen devant la faculté de médecine, en 1935 le baccalauréat devient un diplôme obligatoire pour s'inscrire dans une école dentaire, en 1941, l'Ordre des Chirurgiens-dentistes voit le jour avec tout la partie législative attenante. La loi du 24 mars 1949 exige comme « pour le médecin », le P.C.B. (Certificat de Physique Chimie et Biologie) pour le chirurgien-dentiste. Le stage est supprimé, les cinq années d'études sont maintenues et chacune de ces cinq années est sanctionnée par un examen passé à la Faculté de Médecine. Les décrets de 1965 permettent d'une part de reconnaître la chirurgie-dentaire comme discipline hospitalo-universitaire ayant comme triple mission : l'enseignement, les soins et la recherche ; ce cadre réglementaire prévoit la tutelle du ministère de la santé pour les services de soins ce qui implique les C.H.R. dont l'A.P.-H.P., et d'autre part la création des premières Ecoles Nationales de Chirurgie Dentaire (ENCD) et d'un corps enseignant spécifique. Le 9 juin 1966 naît le troisième cycle d'enseignement de la chirurgie-dentaire et le diplôme de Docteur en troisième cycle, devenu depuis « Doctorat en Sciences Odontologiques » ; ce titre universitaire est spécialement destiné aux enseignants et aux chercheurs. La même année est créé le P.C.E.M. (Premier Cycle d'Etude Médicale), « tronc commun » pour les étudiants en chirurgie dentaire et en médecine. En 1968 en application de la loi Faure, les Ecoles Nationales de Chirurgien Dentaire sont intégrées dans les universités comme U.E.R. (Unité d'Enseignement et de Recherche) ; sur le modèle des Facultés de Médecine et de Pharmacie, elles adoptent généralement le titre de Faculté de Chirurgie Dentaire. En 1971 la loi du 24 décembre instaure le Doctorat de second cycle avec les premières thèses d'exercice, en 1972 par la loi du 13 juillet, le chirurgien dentiste acquiert une capacité professionnelle en conformité avec celle des chirurgiens dentistes européens. Le décret du 20 avril 1977 met en place le Certificat d'études cliniques spéciales, mention orthodontie (qui sera modifié par le décret du 4 août 1987). En 1980 le décret du 19 novembre 1980 réglemente la qualification des chirurgiens-dentistes en orthopédie dento-faciale. En 1981, le décret du 27 janvier, relatif aux statuts du personnel enseignant et hospitalier des centres de soins et de traitements dentaires, institue le Doctorat d'Etat en Odontologie et le titre de professeurs des universités, mettant la chirurgie dentaire à parité avec les disciplines

médicales ou pharmaceutiques. En 1984, la loi du 26 janvier relative à l'enseignement supérieur est votée. Le 5 juillet de la même année un arrêté institue le D.E.A (Diplôme d'Etude Approfondie), le Diplôme de Doctorat et l'H.D.R. (Habilitation à diriger des recherches) et abroge ainsi le diplôme de Docteur en troisième cycle en sciences odontologiques et l'arrêté du 10 avril 1980 relatif au Doctorat d'état en odontologie. En 1985 le décret du 10 septembre modifie certaines dispositions réglementaires du livre V du Code de la Santé Publique relatives à la prescription et autorise les pharmaciens à délivrer tous les médicaments prescrits par le chirurgien dentiste, dans le cadre de l'article L.368 du Code de la Santé Publique. En 1989 l'arrêté du 2 août crée le Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie Buccale (D.E.S.C.B.), en 1990 le décret du 24 janvier portant sur le statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins et d'enseignement et de recherche dentaires, des centres hospitaliers et universitaires, en créant les corps d'assistants hospitaliers universitaires, de maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers et des professeurs d'universités praticiens hospitalier met à parité égale le corps des hospitalo-universitaires en chirurgie dentaire avec le corps des hospitalo-universitaires des disciplines médicales. En 1991, la loi hospitalière intègre les services d'Odontologie au même titre que les services médicaux et pharmaceutiques. Enfin à la veille du XXI^{ème} siècle, en 1994, le décret n°94735 du 19 août relatif au concours et au programme pédagogique de l'internat en odontologie donne la possibilité pour des étudiants, en fin de second cycle, de passer un internat d'odontologie non spécialisant et, enfin en 1999 la première année du troisième cycle d'étude est créée : cette sixième année se généralise alors dans l'ensemble de l'Europe.

Au cours de l'histoire la place du chirurgien dentiste a évolué dans le corps médical et la profession s'est organisée schématiquement en trois secteurs d'offre de soins : le secteur libéral, qui, à lui seul, représente 90% de cette offre, le secteur des centres de santé et enfin celui des hôpitaux. Ces trois secteurs évoluent dans un cadre de base législatif propre (code de déontologie), et sur une base commune à l'ensemble des professions de santé (code de la santé publique et code de la sécurité sociale). Depuis peu un nouveau cadre d'exercice est apparu sous la forme des réseaux de soins et de santé qui permettront sans doute de développer, dans le cadre d'une complémentarité inter-structure, une nouvelle organisation du système de santé bucco-dentaire dans la prise en charge des populations dites en état de vulnérabilité. Voyons donc quel est le cadre législatif de l'exercice de la profession et de celui des réseaux.

B. LE CADRE LEGISLATIF

1. Le Code de déontologie :

La base de la réglementation professionnelle est le code de déontologie, qui s'impose à tous les chirurgiens-dentistes, quelle que soit leur activité. Il privilégie le respect et l'intérêt du patient par un certain nombre de garanties (compétence du chirurgien dentiste, qualités des soins dispensés, secret professionnel, libre choix du praticien...). Dans le même esprit de protection de la santé, ce code comporte également des règles régissant les rapports des chirurgiens dentistes entre eux et leurs conditions d'exercice.

2. Le Code de la santé publique :

Ce code de la Santé publique constitue la base de référence pour tous les professionnels de santé et pour les chirurgiens dentistes en particulier. Ce code est volumineux et il comporte deux grandes parties : une partie législative constituée des textes votés par le Parlement et une deuxième partie réglementaire qui regroupe les règlements d'administration publique, les décrets en Conseil d'état et les décrets simples.

La partie législative la plus significative de ce code et celle qui concerne directement le chirurgien dentiste est l'article L.356 (cf annexe 1) qui définit les conditions auxquelles est subordonné son exercice. Mais la partie qui intéressera le plus ce travail est celle concernant la partie réglementaire qui regroupe comme nous le verrons des décrets qui, au fil du temps, ont modifié l'organisation du système de santé.

Le chirurgien dentiste sera également concerné dans son exercice par le code de la sécurité sociale.

3. Code de la sécurité sociale, Couverture Maladie Universelle et soins bucco-dentaires.

- *De la Sécurité sociale à la Couverture Maladie Universelle :*

Le code de la Sécurité sociale, qui précise les principes et les missions de la Sécurité sociale, a été mis en place au moment des ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945 qui ont créé la Sécurité sociale. Celles-ci affirmaient entre autres : « l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale » et « cette organisation garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur

capacité de gain... ». Puis deux lois de 1946 vont étendre la couverture des risques à l'ensemble de la population. Mais la généralisation de la sécurité sociale se heurte aux particularismes professionnels et le projet initial de généralisation du système de la Sécurité Sociale n'aboutit pas.

Deux décrets du 12 mai 1960 modifient l'organisation et les bases de l'assurance maladie, en 1967 le régime général est remanié par quatre ordonnances ; enfin en 1975, le principe de généralisation à l'ensemble de la population est adopté par le parlement. La généralisation sera achevée par la création le 2 janvier 1978, de l'assurance personnelle qui permet à des personnes, dont l'affiliation par le biais de l'exercice professionnel n'était pas possible, d'obtenir une couverture sociale . Cette assurance regroupait alors différents dispositifs dont l'aide médicale gratuite (A.M.G) qui permettait aux bénéficiaires la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier. Mais, malgré ce dispositif, il restait un nombre important de personnes non couvertes et, de plus, comme le rapport BOULARD¹², commandé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le mettait en évidence en 1998 ce système générait une diversité et une inégalité des critères d'attribution et des prestations accordées aux personnes non couvertes par le régime obligatoire de l'assurance maladie dans le cadre de l'Aide Médicale Départementale (déclinaison départementale de l'Aide Médicale Gratuite) ; ces critères et prestations pouvant varier d'un département à l'autre et suivant l'organisme prenant en charge ces personnes.

De son côté en février 1998 le rapport du Haut Comité à la Santé publique mettait en évidence le fait que en France 12 à 15 millions de personnes vivent en situation de précarité. Or de nombreuses études ont montré que cet état de vulnérabilité a des conséquences sur l'état de santé des individus. Cet état de fait fut malheureusement confirmé par l'étude menée à la même époque par le CREDES¹³ qui mettait en évidence qu'un nombre croissant de personnes (23%) renonçait à se faire soigner, entre autres motifs pour des raisons financières, les restrictions les plus fréquentes concernant le domaine dentaire (42% des cas).

C'est dans ce contexte que le 27 juillet 1999, dans le cadre de la loi contre les exclusions, a été votée, la loi n° 99-641 relative à la Couverture Maladie Universelle qui venait compléter le dispositif législatif de lutte contre les exclusions mis en place par la loi du 29 juillet 1998. Elle a été créée sur la base de six grands principes :

¹² Boulard Jean-Claude, *Pour une couverture maladie universelle, base et complémentaire*, août 1998

¹³ C.R.E.D.E.S., *santé et protection sociale*, rapport 1997

- Principe d'immédiateté : la notion de droit à justifier des cartes de sécurité sociale disparaît et il est établi un droit à la gratuité des soins pour ses ayants-droits.
- Principe d'universalité : elle est garantie à toute personne résidant régulièrement en France et se présente sous la forme d'affiliation obligatoire au régime général.
- Principe d'automatisme : la seule présentation de sa carte d'identité ou de son titre de séjour aux centres de sécurité sociale permet à la personne d'ouvrir ses droits et de bénéficier de prestations en nature sur le champs.
- Principe de continuité : le changement de situation ou de régime ne rompt pas le lien avec la protection sociale.
- Principe d'autonomie : c'est à dire la possibilité, dès 16 ans, à tout ouvrant ou ayant droit, de consulter librement au moyen d'une carte autonome d'assuré social.
- Principe de contributivité : une cotisation est prévue lorsque les ressources dépassent le plafond qui est fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix. Ce seuil varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

Son objectif était de garantir à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et, pour les personnes dont les revenus étaient les plus faibles, le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

En janvier 2000 la C.M.U complémentaire (cf annexe 13) s'est ainsi substituée à l'aide médicale gratuite dans le but de permettre un accès aux soins pour tous et dans tous les secteurs médicaux.

Cette couverture complémentaire peut être pris en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie, par une mutuelle ou une assurance privé mais sa demande se fait auprès de la C.P.A.M du bénéficiaire, au nom du principe de guichet unique.

Mais nous allons voir que, même avec une telle mesure, l'accès de tous aux soins bucco-dentaires est loin d'être garanti et ce pour plusieurs raisons. La première réside dans la spécificité, et ce depuis son origine, de la protection sociale dentaire.

- *Spécificité de la protection sociale dentaire :*

Les caisses et les praticiens négocient afin de fixer un tarif pour les actes ou prestations pratiqués, les assurés étant remboursés sur la base de ces tarifs fixés d'un commun accord ; ce contrat est une convention.

Les chirurgiens-dentistes comme l'ensemble des professionnels et des auxiliaires de santé sont liés aux caisses d'assurance maladie de la sécurité sociale par ce système conventionnel qui a connu et connaît toujours une évolution constante.

Les ordonnances de 1945 instituent un système national et obligatoire de sécurité sociale.

Dans le domaine des relations avec les professions de santé, elles invitent les syndicats professionnels et les caisses de sécurité sociale à signer des conventions dont les tarifs peuvent varier selon les départements. Dans les départements non conventionnés, le tarif dit d'autoité doit à l'origine s'imposer à tous les praticiens mais il est vite considéré par les praticiens comme une simple base de remboursement, ceux ci conserve la liberté de fixer leurs honoraires. Lors du décret du 12 mai 1960, les conventions sont toujours départementales mais elles s'imposent maintenant à tous les praticiens du département, syndiqués ou non. Enfin, la loi du 3 juillet 1971 retient le principe de conventions nationales à la place de conventions départementales. Désormais les rapports¹⁴ entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens sont définies par des conventions nationales négociées (et non plus imposées) conclues entre d'une part la C.N.A.M.T.S (Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et d'autre part, la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune des professions concernées. Ces conventions déterminent les obligations de chacune des parties, ainsi que les tarifs d'honoraires applicables en dehors des cas de dépassement autorisés.

Pour les chirurgiens-dentistes plusieurs conventions se sont succédées depuis la première en 1975.

Ces conventions pour les tarifs font référence à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P), mais celle ci est loin d'être satisfaisante, voire obsolète, en dentaire puisque la protection sociale dentaire se caractérise depuis des décennies par une inversion de prise en charge par rapport aux autres secteurs médicaux, car moins de

¹⁴ Prével.j, Viala. Jf, Garrigue. P, Limoge-Lendais, Odonto-stomatologie et assurance maladie, Masson, paris 1996, 208 pages.

30% des actes, réalisés par le chirurgien-dentiste, et lui permettant de mener à bien ses thérapeutiques, sont pris en charge par la sécurité sociale. Cet état de fait est d'ailleurs mentionné dans le rapport yahiel¹⁵ de juillet 2001 : « Le reste à charge des assurés, soit 1/3 de la dépense dentaire totale, est donc considérable, compte tenu de la liberté des tarifs prothétiques. Cette situation pèse évidemment lourdement sur les catégories de population à revenus faibles et moyens, notamment au-dessus du seuil de la CMU, où les prises en charge complémentaires sont peu développées. Pour d'autres catégories, au contraire, le coût des prothèses est davantage supporté. Or, réduire le reste à charge suppose d'abord une maîtrise des prix, sauf à admettre un surcoût considérable pour l'assurance-maladie, et explique notamment pour partie le renoncement aux soins, pour une partie de la population, si fort dans cette discipline médicale ».

Par ailleurs la formidable avancée des sciences et techniques odontologiques n'ont pas fait l'objet d'une révision de la nomenclature et souvent n'y ont même pas été actées.

La création d'une couverture complémentaire devait aider à résoudre ou pour le moins réduire ce décalage mais force est de constater que cela ne sera pas non seulement le cas mais de surcroît ce fossé s'est aggravé.

- *Place des soins bucco-dentaires dans le cadre de la part complémentaire de la C.M.U*

Les systèmes de couverture maladie ont été transformés à l'issue de la Loi contre l'Exclusion de 1999 (cf annexe 13) et de l'arrêté interministériel du 31/12/99 (cf annexe 2), en particulier par l'intermédiaire de la création de la C.M.U (Couverture Maladie Universelle). Ce système devait assurer à toute personne en dessous d'un certain seuil de revenu (3600 F qui par la suite a été revu à 3800 F de manière à inclure les personnes qui du fait de leur allocation personne handicapé se retrouvait au dessus du seuil), et donc dans une situation de vulnérabilité, de pouvoir bénéficier gratuitement de tous les soins que son état de santé nécessitait. Cependant, pour le secteur du bucco-dentaire, la réforme s'est mise en place dans un cadre qui limite de façon importante le panel thérapeutique des chirurgiens-dentistes sous la forme de ce que l'on appelle **le panier de soins** :

Une liste limitative d'actes relevant de la complémentaire forme un panier de soins, excluant ainsi certains actes tels que ceux relevant de la prévention, de la parodontologie et/ou de

¹⁵Yahiel Michel, *lignes directrices pour une réforme dentaire*, Rapport relatif à la prise en charge des soins bucco-dentaires, juillet 2001.

certaines techniques de restauration prothétique (bridges) qui sont pourtant, au vu des études existantes¹ ceux qui répondent aux besoins en soins majoritaires de ces populations.

De ce fait les professionnels se sont très vite retrouvés face à des situations cliniques auxquelles ils ne pouvaient répondre dans leur globalité d'autant que s'ajoutait, même dans ce panier, **un déficit de la tarification** : les tarifs des actes du panier de soins n'ont pas été jugés satisfaisants par l'ensemble de la profession, notamment ceux portant sur la prothèse, et un **plafond de la tarification** qui fixait à 396,37 € par bénéficiaire et pour une période de deux ans la prise en charge des soins prothétiques.

Du fait de ces restrictions les chirurgiens-dentistes libéraux, comme ceux des centres de santé et des secteurs hospitaliers ont eu le sentiment de plus pouvoir assurer leur responsabilité médicale, constatant des besoins qu'il leur était impossible de satisfaire sans que cela n'interagisse sur leur plan de traitement mais aussi sur leur budget de fonctionnement.

En réponse à ce sentiment de frustration le ministère a consenti d'une part, à supprimer la notion de plafond des tarifs de prise en charge et d'Impérieuse Nécessité Médicale, et d'autre part à compléter, la liste des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge au titre de la CMU complémentaire, par l'inscription de quatre nouveaux actes (Arrêté du 10 avril 2002, JO du 23/04/2002).

Néanmoins ce dispositif, dans lequel beaucoup d'espoir avait été placé, suscite, en core actuellement des réserves importantes, voire une réticence de l'ensemble de la profession des odonto-stomatologistes pour la prise en charge des bénéficiaires de la part complémentaire de la C.M.U.

Par ailleurs, même si elle constitue une indéniable avancée, en apportant beaucoup aux personnes exclues des circuits classiques, cette couverture complémentaire se limite à une partie de la population en situation de vulnérabilité puisqu'elle ne s'adresse qu'aux personnes présentant un certain seuil de revenu et ne résoud pas ainsi les problèmes des personnes « au dessus du plafond »(annexe 2).

Cette loi place donc les populations vulnérables dans une situation de difficulté d'accès aux soins, cependant des solutions tendent, comme nous le verrons dans ce travail, à se dessiner sous la forme des réseaux.

4. Cadre législatif des réseaux :

Les réseaux sont définis par deux législations, celle portant sur les réseaux de soins et celle portant sur les réseaux de santé :

- *Les réseaux de soins :*

Au titre III des ordonnances du 24 avril 1996 portant sur la coordination des soins, sont définis au chapitre I les filières et réseaux de soins (cf annexe 3). Les articles L162-31-1 du code de la sécurité sociale et L 712-3-2 du code de la santé publique énoncent ainsi que l'organisation des soins peut faire appel à des réseaux de soins, sans en donner avec précisions les caractéristiques.

Il convient dans un premier temps de bien distinguer les notions de filières et de réseaux. La filière¹⁶ correspond à l'organisation du parcours d'un patient dans un système de soins organisé quel qu'il soit, réseau ou non. Ainsi un patient qui va de son médecin traitant vers l'hôpital puis bénéficie des soins d'un kinésithérapeute de ville et d'une infirmière, emprunte-il une filière de soins au sein de l'organisation territoriale actuelle du système de santé mis à sa disposition.

Le réseau quant à lui correspond à une entité spécifique, reposant sur l'organisation coordonnée de personnes morales ou physiques (institutions de soins, médecins ou soignants) qui se fixent des objectifs communs de prise en charge des personnes, en accroissant la rationalité médicale, technique, voire dans certains cas économiques, d'un dispositif d'offre de soins. Dans un réseau, un patient circule de manière organisée suivant des procédures et des protocoles, contrairement à ce qui se passe dans une filière. Les réseaux permettent d'additionner des compétences, de diminuer les doublons de prise en charge, d'optimiser les temps de réponses médicales et d'assurer une meilleure coordination des soins apportés aux patients.

- *les réseaux de santé :*

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne une définition des réseaux de santé (cf annexe 4). Selon l'article 6321-1 du Code de Santé Publique, « les réseaux de santé se définissent comme ayant pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges

¹⁶ MOUTEL Grégoire, HERVE Christian, *Réseaux de soins : De quoi parlons-nous et quels sont les vrais objectifs de santé publique ?*, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique Faculté de médecine Necker, 2001

sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic qu'au niveau des soins.

Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

En fait comme le décrit si bien le Dr Grégoire Moutel (médecin exerçant dans le Département de consultations et de santé publique de l'hôpital Max Fourestier), il existe deux grandes catégories de réseaux :

- des réseaux de prise en charge globale qui s'adresse à une catégorie de population (femme enceinte, handicapés, personnes en situation de précarité ou réseau de prévention pour la population globale d'un bassin de vie...).

- des réseaux centrés sur une pathologie (SIDA, Diabète, cancer, toxicomanie...)

- des réseaux hautement spécialisés (chirurgie cardiaque, maladie rare, génétique.)

Au sein de chaque catégorie on distingue :

- les réseaux purement médicaux (dit sanitaires) qui regroupent des personnes physiques ou morales délivrant des soins

- les réseaux purement sociaux qui regroupent des institutions à vocation uniquement sociale et des travailleurs sociaux

- les réseaux mixtes, qui assurent une prise en charge globale des personnes sur le plan médical et social et qui allient de manière synergique le secteur sanitaire et le secteur social.

Ils reposent sur une fédération des compétences autour des patients et un décloisonnement des structures permettant une prise en charge médicale pluridisciplinaire facilitée incluant par ailleurs la dimension médico-sociale. Cette dernière souvent négligée du fait de la séparation entre le secteur médical et le secteur social qui a prévalu jusqu'à ces dernières années doit être réintégrée dans la pratique médicale.

Au plan administratif, il existe enfin différents types de réseaux :

- les réseaux inter-hospitaliers (qui mettent en commun des compétences entre des établissements de santé)

- les réseaux ville-hôpital qui font collaborer des personnes ou institutions du domaine privé et public

Au sein de ces deux catégories on distingue enfin des réseaux de prise en charge reposant soit

exclusivement sur des hospitalisations, soit uniquement sur des structures de soins ambulatoires, soit sur les deux.

C. LA POSITION DU CHERCHEUR

Exerçant dans un poste d'assistante hospitalo-universitaire en octobre 1995 à la faculté de chirurgie dentaire de l'université René Descartes Paris V et à l'hôpital Albert Chenevier, nous avons rencontré au cours de notre 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 pendant notre cursus universitaire, lors de nos stages cliniques, nous posait fortement question 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. Notre exercice de chirurgien-dentiste nous a fait ressentir la nécessité d'imaginer une solution pour ces publics presque totalement exclus du système sanitaire. C'est pourquoi, en collaboration avec d'autres praticiens, nous avons 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 leur sont offerts par certaines associations caritatives. L'objectif de ce projet était double : sanitaire (curatif et préventif) et social (recouvrer ou acquérir des droits).

Mais dès le départ, nous avons 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 déroulement des soins, ou patients ayant besoin de prothèses.

De tels lieux n'existaient pas encore sauf à titre d'exception comme le Centre d'Hébergement et d'Assistance pour les Personnes Sans Abris (C.H.A.P.S.A.) de Nanterre qui adressait à la consultation de stomatologie de l'hôpital de Nanterre les cas d'urgence rencontrés dans la population des sans-abri.

C'est dans cette structure d'accueil spécialisée du C.H.A.P.S.A de Nanterre, que nous nous avons rencontré une population en très grande exclusion dont le principal problème était qu'ils n'avaient plus conscience de leur corps ; à ce propos le Dr Xavier Emmanuelli note : « Au stade ultime de l'exclusion; il ya perte de l'image corporelle, que l'on ne retrouve plus au travers du regard des autres. Ils n'ont plus ce dispositif intérieur que chacun de nous a

(image symbolique de son corps qui permet d'évaluer si tout va bien ou mal), soit qu'il ait complètement disparu, soit qu'il soit déficient. S'ajoute à cela la perte d'un statut social, qui les entraîne vers une perte de toute représentation et vers le pire : les exclus n'ont plus la même demande, même pas celle d'accès aux soins. »

Cette rencontre fut pour nous, et ce malgré notre expérience passée, un véritable choc. Une fois de plus nous nous trouvions face à des interrogations qui allaient au-delà d'aspects strictement médicaux mais qui touchaient à des problèmes éthiques et médicaux-sociaux particuliers à ces populations. Le D.E.A en Ethique Biomédicale et de Santé Publique nous sembla être une opportunité pour formaliser et approfondir ces questionnements.

C'est pourquoi, en 1997, nous avons mené un travail de réflexion et de terrain au C.H.A.P.S.A de Nanterre, et acquis la conviction de la pertinence de la mise en place d'un lieu fixe de consultations de dépistage bucco-dentaire adressé au seul public de patients en grande exclusion.

Une des conséquences pratiques de cette analyse fut d'en venir à préconiser une attitude volontariste vis-à-vis de ces populations. Il fallait aller à leur rencontre, inciter à la consultation ces patients qui présentaient un état bucco-dentaire altéré dont ils étaient plus ou moins conscients et dont ils pensaient souvent qu'aucune structure de soins n'existait pour y remédier. Or, le chirurgien-dentiste que nous sommes, comme tout soignant digne de ce nom, ne pouvait accepter de considérer comme entrant dans la " norme " de l'état d'un patient, des pathologies dentaires aussi graves, qui de surcroît, ont forcément une incidence sur l'état de santé général de celui-ci.

Pour répondre à cette situation, nous avons tenté de mettre en place, mais aussi participé à la recherche, des solutions de prise en charge les mieux adaptées à une telle population. C'est pourquoi en 1999, nous avons créé l'association "Dépistage et Soins Bucco-Dentaires" au Samu social de Paris. Parallèlement à la mise en œuvre de ce projet associatif, nous avons intégré, en 1997, au sein de la Direction des interventions de Santé du Conseil Général du Val de Marne, la Mission bucco-dentaire où nous contribuons, aujourd'hui, à mettre en place un réseau de santé et de soins bucco-dentaires ; c'est ce dernier qui s'inscrit dans notre recherche-action.

1. la position du chercheur dans le cadre de l' « Association dépistage et soins bucco-dentaires » au Samu Social de Paris :

Cette association loi 1901 avait pour finalité, en allant à la rencontre des personnes victimes de la très grande exclusion et en répondant aux besoins en soins et en prothèses dentaires, de devenir une solution à ce problème majeur de santé publique¹⁷.

Le but de cette association est de réaliser des consultations de dépistage bucco-dentaire ayant pour finalités d'évaluer la demande et de besoins de santé bucco-dentaire (soins et éducation à la santé, prévention) de ces personnes, de les inciter à entrer dans une démarche de soins, et enfin d'organiser leur demande de prise en charge en soins bucco-dentaires jusqu'à une réhabilitation orale totale. Pour répondre au souci de proximité du soignant avec ces personnes les consultations de dépistage se déroulent dans les salles de consultations médicales de l'Espace Santé du Samu Social de Paris. Ce projet s'inscrit dans le cadre **d'une recherche-action** de l'Observatoire de la grande exclusion et de la précarité puisque le suivi bucco-dentaire servira d'évaluation des besoins bucco-dentaires des usagers du Samu Social de Paris.

Ces consultations, en offrant un accompagnement social et sanitaire individualisé, devraient permettre à ces personnes de réintégrer les structures de droit commun du système de santé qu'elles n'auraient jamais dû quitter.

Mais il nous semblait qu'au-delà du problème de prise en charge des pathologies bucco-dentaires des populations vulnérables se posait une véritable problématique de santé publique bucco-dentaire en France.

L'accès aux soins bucco-dentaires pour tous reste, encore aujourd'hui en France, un problème majeur de santé publique. Les études Credes et Precar³⁹ de 1997 montrent que 58% des personnes interrogées renoncent aux soins bucco-dentaires pour deux types de motifs.

Le premier renvoie à l'aspect financier de la santé bucco-dentaire. Cet obstacle demeure encore en 2001 (et ce malgré la mise en place de la couverture maladie universelle) le facteur prépondérant dans le renoncement aux soins bucco-dentaires.

Le second, qui depuis peu est considéré comme un facteur important du renoncement aux soins, est l'enjeu culturel de l'accès aux soins. Cette problématique socio-culturelle prend en

¹⁷ Le quotidien du médecin, *la santé publique passe par les soins dentaires aux personnes les plus démunies*, n° 6332, mercredi 09 septembre 1999.

compte la difficulté du patient à s'intéresser à sa santé, à consulter un professionnel de santé, mais aussi la difficulté des professionnels de santé à investir le champ social de la santé.

Ce début d'analyse met en avant, nous semble-t-il, la nécessité de voir émerger une vraie politique de santé publique bucco-dentaire au niveau national qui, seule, permettrait de commencer à combler les carences du système de prise en charge de la santé bucco-dentaire de nos concitoyens.

A cet effet nous avons recherché, à rencontrer des personnes qui comme nous s'interrogeaient sur cette thématique. C'est ainsi que nous avons intégré la Mission bucco-dentaire dirigée par le Dr Fabien Cohen.

2. la position du chercheur dans le cadre de la Mission Bucco-dentaire du Conseil Général du Val de Marne :

Ce service départemental de santé publique dentaire a pour vocation d'engager des partenariats pour créer, mettre en œuvre et promouvoir des actions de santé publique bucco-dentaire dans le département du Val de Marne. En 10 ans cette structure a élaboré, développé et mis en place un programme départemental de prévention bucco-dentaire organisé autour de deux pôles principaux : la prévention dans les crèches, les Protections Maternelles et Infantiles (P.M.I) et l'Aides Sociale à l'Enfance (A.S.E) et la prévention dans les établissements scolaires.

Le programme de prévention en milieu scolaire comprend deux volets : un volet de prévention primaire dont le but est réduire la prévalence et l'incidence de la maladie carieuse chez l'enfant de 5 à 12 ans et un volet de prévention secondaire dont le but est de motiver et d'inciter aux soins les enfants des grandes sections maternelles et de CM2. C'est plus particulièrement ce second volet qui a été de notre responsabilité pendant nos deux premières années de présence au sein de l'équipe de la Mission Bucco-Dentaire et qui nous a permis d'apprécier toute la subtilité de la mise en application sur le terrain d'actions de santé publique touchant à la prévention mais aussi à aider à mieux identifier sur le terrain les facteurs sociaux et sanitaires qui interagissent sur la santé bucco-dentaire d'une population. Les résultats des évaluations de ce programme départemental, les demandes issues des acteurs de terrain, du milieu sanitaire comme social, concernant la santé bucco-dentaire ainsi que notre propre expérience de terrain nous ont convaincus que le renoncement aux soins n'était pas le seul fait d'une problématique financière mais incluait aussi une problématique sociale et culturelle. C'est pourquoi a été mis en place, au sein de la Mission Bucco-Dentaire, fin

1999 début 2000 un secteur social que nous coordonnons, et dont l'objectif est de réfléchir puis de mettre en œuvre des solutions à une prise en charge socio-sanitaire adaptée à la population val de marnaise se trouvant en situation de renoncement aux soins.

Au travers de ces deux activités nous pensons pouvoir participer avec d'autres professionnels de santé à trouver des solutions permettant un accès aux soins pour tous, une éducation à la santé pour tous et ce dans les meilleures conditions : c'est, en fait et surtout, aider à construire et à développer la santé publique bucco-dentaire en France.

D. LA POPULATION ETUDIEE

Dans un travail de recherche dit «classique », et afin de définir au mieux la population étudiée, plusieurs méthodes peuvent être utilisées. Une première approche est celle qui se fonde sur la recherche bibliographique. Elle permet à la fois une définition sémantique, une définition statistique, une catégorisation primaire, et enfin une définition quantitative de la population ciblée. Une seconde porte sur les résultats de la recherche et aborde alors plutôt l'aspect médico-sociale : le mode de vie, les pathologies médicales de la population.

Notre travail se situe dans le cadre d'une recherche-action en cours, dont le but est la mise en place d'un dispositif qui permettra, une fois achevé et entre autre chose, d'acquérir une meilleure connaissance de la population que nous nous efforçons d'aider et de soigner.

De ce fait nous ne pouvons dans ce travail que tenter une approche socio-anthropologique de la population des personnes vulnérables, en nous basant uniquement sur les résultats d'enquêtes qui nous permettront d'en donner quelques caractéristiques forcément non exhaustives.

1. Comment la définir au mieux ?

Le rapport de la grande pauvreté et de la précarité économique et sociale ¹⁸ définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient

¹⁸ Wresunski. J, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, *journal officiel*, n°6, 28 février 1987, Paris

persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette définition qui insiste sur l'insécurité matérielle de l'individu n'est pas à mon sens suffisante pour expliquer le phénomène de la précarité. Il faudrait la compléter par une approche multidimensionnelle dans laquelle pourraient s'additionner des facteurs à la fois économiques, sociaux (famille, logement, travail, éducation) et sanitaires.

En outre, nous tenons à faire apparaître que la population des personnes en situation précaire trop souvent assimilée à celle des Sans Domicile Fixe et de la grande pauvreté recouvre en réalité un champ beaucoup plus large. C'est pourquoi il nous a semblé préférable et mieux adapté d'élargir le terme de précarité à celui de vulnérabilité.

Nous postulons que c'est le cumul de plusieurs handicaps chez un même individu, et ce dès la petite enfance, qui l'amène à se trouver dans une situation de fragilité, de vulnérabilité.

Pour la personne vulnérable, du fait même de son état, les obstacles vont se multiplier. Elle entame souvent alors un parcours qui la conduit vers une désocialisation progressive dont l'étape ultime est ce que l'on appelle aujourd'hui « l'exclusion ».

Or se retrouver dans une situation vulnérable n'est pas le résultat d'un pur déterminisme, d'une suite logique mais bien plutôt une des éventualités du parcours d'un être humain. L'exclusion n'est donc pas la simple conséquence des seules inégalités sociales. Elle est, comme le met en évidence l'enquête menée par Serge Paugam et Mireille Cléménçon pour l'Observatoire Sociologique du changement¹⁹, le produit d'une série de ruptures affectives, familiales, physiques ou psychiques qui pour la plupart d'entre elles débutent tôt dans l'enfance et se poursuivent à l'âge adulte.

Or cet enchaînement de ruptures n'est pas clairement identifiable : « les problèmes ne se posent pas de façon identique selon les hommes, les femmes, l'âge, la nationalité, l'origine sociale »¹⁹.

Les personnes vulnérables constituent une population très hétérogène. Et cette tendance à l'hétérogénéité, depuis plusieurs années, ne fait que se renforcer pour au moins deux raisons. D'abord du fait du non recul de la pauvreté, une des causes de la paupérisation étant la diversification de la précarité professionnelle : le risque de fragilisation touche alors des catégories plus nombreuses de la population. En second lieu « du fait de la perte accélérée

¹⁹ Paugam Serge et Cléménçon Mireille, Enquête Observatoire Sociologique du Changement/Fnars « personnes en détresse », février 2002.

des solidarités familiales lorsque le processus de précarisation se prolonge »¹⁹. De ce fait des personnes connaissant des difficultés vont assez vite aboutir à des situations de désocialisation, voire d'exclusion.

On comprend donc qu'essayer de représenter ces personnes comme un groupe social spécifique, présentant des traits communs, est une erreur; même si on retrouve de façon constante sur le chemin qui mène à la désocialisation une carence économique (perte du revenu, de l'emploi), un déficit culturel (manque d'éducation, de formation), une isolation sociale (rupture des liens et des rapports sociaux) et un mauvais état sanitaire (dégradation de l'état de santé, non accès aux soins).

En fait, il nous semble, que la seule distinction, la seule catégorisation, qui semble pertinente soit celle que donne le Docteur Jacques Hassin²⁰ : 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 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 sens, leur projection dans l'avenir se limitant à trois ou quatre jours au plus, ces derniers représentant la population dite de la très grande précarité, de la grande exclusion.

2. Evaluation quantitative

Une autre approche des populations vulnérables est celle de leur évaluation quantitative.

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 de 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).

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 évaluait à 500 000 (1,5 % de la population française âgée de 16 à 59 ans) le nombre de personnes

²⁰ Hassin Jacques, *l'Emergence 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, dec 1996, photocopié, 379 pages.

cumulant précarité sociale et vulnérabilité médicale et à 10,5% le nombre des ménages français en situation socialement précaire (Libération, jeudi 5 août 1996 p. 15).

En 2002, le flou des définitions et des méthodes d'estimation, très bien indiquées par le Dr Hassin²⁰ en 1996, continue à persister et à empêcher de réaliser une appréciation précisément chiffrée du nombre de cette population. En effet comme nous l'avons dit précédemment la population des personnes vulnérables ne constitue pas, loin s'en faut, un groupe social cohérent et homogène : si les enquêtes statistiques nationales parviennent à cerner le nombre de personnes pauvres voire même le nombre de Sans Domicile fixes aucune en revanche n'a pour l'instant abouti à un chiffre précis et fiable concernant les personnes dites vulnérables.

Pour autant nous présenterons les résultats qui nous semblent approcher au mieux la définition de ces personnes fragiles en nous servant des chiffres de la pauvreté et de ceux relatifs au nombre de Sans Domicile fixe.

a/ Pour l'ensemble de la France

- *Quels sont les chiffres de la pauvreté ?*

Les chiffres relatifs à la pauvreté- précarité qui permettent l'étude d'une partie de la population des personnes défavorisées peuvent être déclinés, par nécessité méthodologique, selon quatre types d'indicateurs :

1. Le seuil de pauvreté

Si l'INSEE définit le seuil de pauvreté²¹ comme la moitié du niveau de vie médian soit environ 538 euros par mois pour une personne seule, 800 euros pour un couple, auquel on ajoute 160 euros par enfant de moins de 14 ans, il est important de signaler que ce seuil de pauvreté qui ne se réfère qu'à un aspect purement statistique qui ne comptabilise sans doute pas la totalité des personnes « pauvres » : il faudrait, pour cela, y associer des indicateurs de type sociologique.

²¹ Gevaudan Thierry, Docteur Soria Jacques, Santé et précarité : *du Droit à la réalité*, Ecole Nationale de Santé Publique, décembre 1991, 318 pages.

C'est ainsi qu'une étude de l'INSEE²² estime qu'en 1997, 7,3% des ménages soit 4,2 millions d'individus disposaient d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté.

2. *Les bénéficiaires des allocations des minima sociaux*

Ils étaient trois millions de foyers en 1999 à recevoir une ou plusieurs des huit types de prestations²³ existantes.

- Le Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) : après avoir fortement augmenté tout au long des années 90, le nombre de bénéficiaires du RMI stagne autour du million depuis 2000 (chiffre de la C.N.A.F. : Caisse Nationale des Allocations Familiales).
- Les autres minima sociaux : en dehors des Rmistes, 730 000 personnes reçoivent l'allocation supplémentaire de vieillesse, 671 000 l'allocation aux adultes handicapés, 470 000 l'allocation de solidarité spécifique (chômeurs en fin de droits), 155 000 l'allocation de parent isolé (A.P.I.). Enfin, l'allocation supplémentaire d'invalidité, l'allocation d'insertion, et l'allocation veuvage concernent 145 000 personnes.

3. *le logement*

Le Haut Comité pour le logement des défavorisés évalue, en 2000, à 6 millions le nombre de personnes en situation de précarité et d'insécurité.

550000 (dont 50000 enfants) habitent dans les hôtels et 35000 vivent dans des centres d'hébergement et dans des centres d'accueil.

4. *la santé*

Au 30 juin 2001²⁴, soit 18 mois après la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.), près de 1, 2 millions de personnes étaient affiliées au régime de base de l'assurance maladie, soit 2% de la population.

La loi portant sur la création de la C.M.U permet de fournir une couverture complémentaire gratuite (prise en charge à 100% grâce au système du tiers payant qui dispense à l'avance de frais) à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixée par décret. Ce plafond de ressources est de 3800 F mensuel pour une personne seule et évolue en fonction de la composition du foyer.

²² « Revenus et patrimoine des ménages », édition 2000-2001, *synthèses*, n°47, mars 2001

²³ Declerck Patrick, « *Les naufragés* », septembre 2001

²⁴ Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, DRESS n°141 oct 2001.

Cette couverture maladie complémentaire est assurée à 5,3 millions de personnes soit 8,8% de la population.

- ***Quel est le nombre des Sans Domicile fixe ?***

Cette population dont l'image depuis de nombreuses années, et ce, particulièrement pendant la période hivernale, est extrêmement médiatisée, reste encore en 2001 très mal connue. Les données concernant son évaluation quantitative varient dans un rapport de un à dix sans qu'aucun des chiffres avancés ne soit réellement reproductible.

Les chercheurs de l'Institut National d'études démographiques (INED)²⁵ expliquent les raisons de ce flou statistique : « la divergence des chiffres s'explique en premier lieu par des différences de définition qui portent sur deux aspects essentiels : d'une part, qu'appelle-t-on un sans domicile (respectivement un SDF, un sans-abri etc.) ? D'autre part, cherche-t-on à en connaître le nombre à un moment donné, à savoir combien ont connu cette situation pendant toute l'année ? La deuxième raison est, en absence de statistiques officielles fiables (c'est à dire dont les limitations soient connues et estimées), l'emploi de sources mal adaptées à la question posée, et les erreurs que cet emploi peut engendrer ».

En 1996, le nombre de ces personnes était estimé autour de 200 à 250 000 sur une population totale de 56,8 millions²⁰. Selon une enquête commandée par la Caisse des dépôts, on arrivait à une fourchette de 200 000 à 400 000 de personnes sans-abri en France (Libération, le 5 janvier 1993, p. 2) et pour A.T.D. Quart monde ou Serge Paugam²⁶, ces sans-abri étaient environ 400 000.

Les chiffres qui semblent les plus sûrs et les plus fiables sont ceux du terrain : en 1989, 80 000 à 100 000 personnes transitaient annuellement dans les 265 centres d'hébergement temporaire d'urgence²⁰(p. 35) qui proposaient alors environ 30 000 lits. En 1990 le Bureau d'Information et de Prévision Economique (B.I.P.E.), s'appuyant sur le recensement de l'I.N.S.E.E., basé sur le concept un ménage = un toit²⁷, distinguait 98 000 personnes sans

²⁵ M.Marspat, J.M. Firdion, et al. : la Rue et le foyer. *Une recherche sur les sans domicile fixe et les mal logés dans les années 1990*, paris INED/PUF, 2000.

²⁶ Paugam Serge, *la société Française et ses pauvres*, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques 1993,317 pages.

²⁷ Ménoret-Calles Brigitte -, *L'accès aux soins des populations démunis*, L'harmattan, 1997, 175 pages.

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.

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

700 000 personnes en situation de grande précarité.

Enfin en janvier 2002, l'INSEE ²⁸ a lancé pour la première fois un recensement afin d'évaluer le nombre de personnes sans logement en France. Cette étude porte sur les usagers des services d'hébergement et des distributions de repas chauds. Elle indique qu'au cours du mois de janvier 2001, en France Métropolitaine environ 63 500 adultes ont été usagers de services d'aide, accompagnés de 16 000 enfants âgés de moins de 18 ans étaient sans domicile.

b/ Pour Paris et l'Ile de France :

- *Quels sont les chiffres de la pauvreté ?*

En septembre 2001, la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion en Ile de France, créée à l'initiative conjointe de l'Etat et de la Région, a publié la dernière mise à jour des données statistiques relatives à la pauvreté –précarité en Ile-de-France. L'ensemble de ces résultats est le fruit d'une collaboration entre les Caisses d'Allocations Familiales d'Ile-de-France et l'Observatoire de la Grande Précarité et de l'Exclusion du Samu Social de Paris.

Qui sont les bénéficiaires des allocations des minima sociaux ?

En décembre 2000 ils étaient 422 337 bénéficiaires en Ile-de-France dont 28% dans Paris intra muros qui se déclinent comme recevant les allocations suivantes :

- Le Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) : le nombre de bénéficiaires du RMI en Ile –de France était de 171 989 dont 28% à Paris intra muros.
- Les autres minima sociaux en Ile-de-France: en dehors des Rmistes, 56 450 personnes reçoivent l'allocation supplémentaire de vieillesse (dont 32% pour Paris), 79 508 l'allocation aux adultes handicapés (dont 22% pour Paris), 73 217 l'allocation de solidarité spécifique (chômeurs en fin de droits), 21 366 l'allocation de parent isolé

²⁸ INSEE première n°823, janv 2002

(A.P.I.). Enfin, l'allocation supplémentaire d'invalidité, l'allocation d'insertion, et l'allocation veuvage concernent 19 807 personnes.

Comment ces personnes sont-elles logées ?

A la date du 15 mars 2000 on trouvait 3604 personnes en Ile-de-France, et 2064 personnes pour Paris logeant dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale en dehors de l'hébergement d'urgence.

En Ile-de-France 28% d'entre eux avaient moins de 18 ans contre 23% pour Paris.

Quelle est leur prise en charge sanitaire ?

A la date du 31 décembre 2000 ils étaient 219 331 bénéficiaires pour l'Ile de France et 60 976 pour Paris affiliés au régime général de la Couverture Maladie Universelle.

Les bénéficiaires de la C.M.U complémentaire étaient au nombre de 796 238 pour l'Ile-de – France et de 194 354 pour Paris.

- *Quel est le nombre des Sans Domicile fixe ?*

On peut évaluer, par une estimation grossière, la population des sans domicile fixe entre 8000 et 15 000 personnes actuellement.

Là encore pas de chiffres précis mais un écart assez grand entre René Teulade qui en 1993, en accord avec la Mairie de Paris, fixe un chiffre de 4000 à 5000, Gilles Bruckner, président de Médecins du Monde (Libération, 5 janvier 1993, p. 2) qui les estime entre 15 000 et 20 000 personnes, jusqu'à certaines sources qui avancent des chiffres de 30 000 (Elisabeth Drévillon, Le nouvel Observateur, 2-8 avril 1992, p.12), voire 60.000 personnes (Jean-Baptiste Eyraud, Le nouvel Observateur 25 novembre-1^{er} décembre 1993, p.62-63). Les fonctionnaires de la B.A.P.S.A en recensent de 8 à 10 000 (Valeurs Actuelles, 25 octobre 1993, p. 40-41).

Une étude, de l'I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques) méthodologiquement assez fiable, effectuée entre février et mars 1995 comptabilise entre 7600 et 8300 Sans Domicile Fixe dans Paris intra-muros (La tribune Desfossés, 9 mai 1996).

Enfin, le Dr Jacques Hassin²⁰ fixe, en 1996, ce chiffre de 8 à 10 000 personnes à la rue en Ile de France.

3. Evaluation qualitative

Une seconde approche est celle de l'évaluation statistique et de la catégorisation primaire de ces populations vulnérables. Pour illustrer la population des personnes vulnérables nous utiliserons les résultats issus de deux types d'enquêtes.

Un premier type qui porte à la fois sur les personnes privées de domicile mais aussi sur celles qui, ayant un toit, éprouvent de grandes difficultés : les populations dites « en détresse ».

Un second type qui cible plus précisément dans notre population les personnes sans domicile. Il est important de noter là encore qu'il n'existe aucune étude pour le moment qui porte sur l'autre partie de cette population, celle qui n'entre ni dans la catégorie des Sans Domicile fixe, ni dans celle des « pauvres » identifiables mais qui pourtant elle aussi connaît des difficultés d'ordre médicale et sociale.

- *Quelles sont ces populations « en détresse » ?*

En partenariat avec la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), l'Observatoire Sociologique du Changement¹⁹ a mené une étude de l'été 2000 à l'hiver 2000-2001 permettant de mieux préciser le portrait des personnes en « détresse » et de décrire les ruptures qui mènent à l'exclusion.

Ce sont ainsi 1160 personnes, présentes dans des lieux d'accueil de jour, des centres d'hébergement et des structures dédiées à la réinsertion, qui ont été interrogées sur la base de 300 questions portant à la fois sur des aspects économiques, sociaux et sanitaires de leur vie.

Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques de ces personnes ?

Les usagers des services d'accueil, d'hébergement et de réinsertion sont en majorité des hommes. Soit près de 60% d'hommes pour moins de 40% de femmes.

Les 18-24 ans représentent un peu plus d'un quart de cette population alors qu'ils ne représentent que 15% de la population française.

La proportion d'étrangers est très forte puisqu'ils sont 20,4% alors qu'ils ne représentent que 6,5% de la population vivant en France.

Une des caractéristiques de cette population est son isolement. Les trois quarts de ces personnes sont en situation de séparation (divorcées, veuves) ou sont célibataires.

L'origine sociale de ces personnes est souvent modeste : dans la majorité des cas le père était ouvrier ou employé, et la mère, pour près de la moitié d'entre elles, n'exerçait aucune activité professionnelle. Mais ces chiffres ne doivent pas nous faire oublier que 14,3% d'entre elles avaient eu un père chef d'entreprise, ou commerçant, ou artisan ou qui occupait une

« profession intellectuelle supérieure ». Il n'existe donc pas un simple « déterminisme social » qui fragiliserait ces populations.

Un des facteurs essentiels de cet état de fragilité semble *l'effet des ruptures survenues au cours de l'enfance*. Ces ruptures sont nombreuses et comme nous le verrons provoquent de profondes blessures dont un grand nombre de ces personnes portent encore les cicatrices à l'âge adulte.

Leurs histoires de vie prennent tôt un cours tragique du fait d'un environnement familial précocement perturbé : 28,1% des personnes ont subi des mauvais traitements ; 17,6% des femmes disent avoir été victimes d'abus sexuels. Dans bien des cas la vie de famille est décousue, les parents connaissent des difficultés dans leur couple : pour 38% ce sont de graves disputes, pour 32,6% ce sont des divorces et 28,9% d'entre eux souffrent d'alcoolisme.

Les conditions de vie dans l'enfance étaient déjà précaires : problèmes d'argent (33,2%), de santé des parents (33,3%) et de chômage prolongé des parents dans 23% des cas.

Le niveau scolaire est quant à lui très faible : 40% des personnes interrogées sont sorties du système éducatif sans aucun diplôme (alors qu'en 1999 ce n'est que 15,6% de l'ensemble de la population française entre 18 et 64 ans qui est dépourvue de tout bagage).

Ces traumatismes de l'enfance vont bien sûr laisser *des cicatrices à l'âge adulte*. Les difficultés rencontrées depuis l'enfance vont persister voire s'aggraver à l'âge adulte. C'est ainsi que 85,7% des individus qui ont été victimes d'abus sexuels, 76% de ceux qui ont subi des mauvais traitements et 80% de ceux qui ont eu le sentiment d'avoir été mal aimés ou abandonnés disent n'avoir jamais réussi à surmonter ces traumatismes.

A l'âge adulte ces personnes rencontrent de nombreuses difficultés : endettements (33,7%), condamnations judiciaires (25,4%), séjours en prison (19,8%). Les problèmes de santé physiques et/ou mentaux sont nombreux (33,2%), avec des séjours en hôpital psychiatrique (20,7%), des problèmes d'addictions (alcool, drogues) dans 27,1% des cas.

Mais les cicatrices les plus profondes restent cette « rupture des liens sociaux » qui mise en évidence par l'enquête citée, s'objective par des violences (34,3% d'entre eux se disent victimes de violences), par des problèmes affectifs (55,5% souffrent du fait d'un tiers), et par une vie familiale perturbée (naissance d'enfants non désirés, placement des enfants, décès précoce d'un des parents).

Parmi tous ces traumatismes que subissent ces personnes certains semblent jouer un rôle déclencheur pour les engager sur le chemin qui mène à l'exclusion. Pour 14,4 % des

personnes interrogées leur existence a basculé à la suite d'une rupture dans leur couple, et pour 11% d'entre eux c'est la perte du logement qui a été le facteur déclenchant. La perte de l'emploi, les problèmes de santé et la diminution des ressources n'arrivent qu'ensuite dans les causes citées.

Ces résultats confortent la théorie de la vulnérabilité proposée par Céline Mercier²⁹, qui décrit l'association des causes structurelles (logement, désinstitutionnalisation, diminution de la protection sociale) et des éléments de rupture (perte de logement, perte de soutien familial, violence familiale, etc....) comme une des étiologies repérables dans le domaine social pour comprendre le parcours de ces personnes en situation vulnérable, le moindre incident pouvant à partir de là les mener à une exclusion du système.

- ***Quelle est donc la population des sans domiciles ?***

Un des visages de la population des personnes vulnérables est celui des populations des sans domiciles, des sans-abri. Pour essayer de cerner qui sont ces personnes nous utiliserons les résultats issus de l'Observatoire de la précarité et de la grande exclusion émanation du Samu Social de Paris et de la dernière étude de l'INSEE portant sur les sans domiciles fixes usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds.

Les résultats de l'Observatoire de la précarité et de la grande exclusion, instance émanant du Samu Social de Paris :

Le Samu Social de Paris a pour mission d'aller à la rencontre des personnes qui ne demandent plus rien. Pour ce faire, le Samu Social de Paris dispose de véhicules de maraude, d'un Espace solidarité insertion, de Centres d'Hébergement d'Urgence simple et de Centres avec soins infirmiers. Le Samu Social de Paris assure la gestion du numéro d'urgence pour les sans abris sur Paris : le 115. Ce numéro vert est accessible à toute personne dans la rue à la recherche d'un hébergement d'urgence ou en demande d'informations sur les droits et prestations mis à la disposition des plus démunis.

Chaque appel est enregistré dans un logiciel qui permet de gérer en temps réel les disponibilités d'hébergement et d'avoir une meilleure connaissance des personnes appelant le numéro 115.

²⁹ Mercier céline, Fournier louise, Racine Guylaine, *l'itinérance*, in Traité des problèmes sociaux, Chap. 36, p.739-764, institut québécois de recherche sur la culture , 1994

Grâce à l'exploitation des données issues du logiciel 115 et à celle des données issues des fiches remplies par les Equipes Mobiles d'Aide du Samu Social de Paris, l'Observatoire de la Précarité et de la grande exclusion réalise depuis 1197 des études épidémiologiques sur ces populations.

En 2000, 29 341 personnes différentes ont appelé le 115, une même personnes pouvant appelé plusieurs fois et on a répertorié 581 426 demandes qui ont donné lieu à 531 450 orientations on a constaté que la population faisant appel au 115 est à 79% masculine et à 21% féminine on y trouve 5% d'enfants.

L'âge moyen est de 32,8 ans. On constate chaque année un rajeunissement de cette population, lié à l'augmentation des familles sans logement.

Les jeunes sont de plus en plus nombreux à appeler mais ils le font proportionnellement moins souvent que les autres classes d'âge : le nombre moyen de demandes est de 8,3% pour les 18-24 ans et de 54% pour les 30-59 ans.

La majorité des appelants sont des personnes seules ; 86% d'entre elles sont à la rue depuis moins d'un an, 5,5% sont à la rue depuis moins de 2 ans et 2% depuis 5 ans et plus.

Qu'en est-il des familles ?

Le nombre de famille sans logement est passée de 842 en 1999 à 1701 en 2000 soit une augmentation de 102% qui s'explique par le fait que la majorité des familles sont demandeuses d'asile : 982 d'entre elles sont monoparentales et 719 sont en couples avec enfants.

La majorité des appelants sont des personnes seules (célibataires, divorcées, séparées ou veuves) :

Ces personnes seules représentent 76,5% de cette population, dont 87% d'hommes et 13% de femmes.

Elles sont caractérisées par une moyenne d'âge plus élevée (41,5 ans), un temps d'errance plus long (au moins 2ans : 17%). 83% des personnes recensées avaient des papiers d'identité, 52% des ressources (RMI : 45%), 62,5% bénéficiaient d'un suivi social, 66% une couverture sociale (assuré social : 71%).

Les jeunes sont de plus en plus nombreux à être des sans abri.

On constate un rajeunissement de la population en 2000 qui est lié à l'augmentation du nombre de jeunes de moins de 18 ans, mais aussi au fait de l'augmentation du nombre de

jeunes de 18 à 24 ans ayant sollicité le dispositif d'urgence (on note une augmentation de 28,5% entre 1999 et 2000). Ces jeunes sont essentiellement des adultes isolés (55,5%) et des personnes en famille (36,5%). Parmi eux, les jeunes femmes ont formulé 37% des demandes. En effet **les femmes**, mêmes si elles sont encore minoritaires aujourd'hui, représentent 17,5% de la population (+ 18% par rapport à 1999) ayant eu recours au 115 et se répartissent de la manière suivante : 56,5% de femmes seules, 30% de femmes avec enfants, et 13,5% de femmes en couples sans enfants.

Parmi ces sans abri tous ne font pas appel au numéro vert et ce sont les Equipes Mobiles d'aide du Samu Social de Paris (EMA) qui vont à leur rencontre.

Les Equipes Mobiles d'aide du Samu Social de Paris (EMA) sillonnent 365 jours par an les rues de la capitale, à la rencontre des sans abris, pour créer un lien avec elles, évaluer leur situation médico-psychologique et leur proposer des solutions d'urgence adaptées. Pour chaque personne rencontrée une fiche est réalisée qui permet de définir les caractéristiques des personnes rencontrées et plus particulièrement de celles qui refusent l'hébergement ou n'appellent pas le 115. En 2000, au cours des 27 574 rencontres, 7349 personnes différentes ont été rencontrées par les EMA : 82% étaient des hommes, 18% des femmes.

La moyenne d'âge est de 37 ans et les 18-30 ans représentent 24,5% de la population.

Ces chiffres montrent une augmentation du nombre de femmes et en particulier des femmes accompagnées d'enfants.

Des profils de femmes se dessinent selon leur situation familiale :

Les femmes avec enfants sont essentiellement des femmes demandeuses d'asile,

les femmes seules sont plutôt des Françaises qui ont des droits sociaux ouverts,

Les femmes en couple sont demandeuses d'asile ou françaises.

Les sans domiciles fixes usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chaud :

Entre le 15 janvier et le 15 février 2001, l'INSEE²⁸ a enquêté auprès des personnes utilisant les services de restauration ou d'hébergement gratuits en France Métropolitaine.

Cette étude concerne les usagers de ses services qui n'avaient pas de domicile personnel la veille du jour où ils ont été enquêtés.

Même si cette étude ne porte que sur une courte durée et ne prend en compte qu'une partie de la population des sans domicile fixe, les résultats obtenus sont proches de ceux du Samu Social de Paris.

Les deux tiers (67%) des Sans Domiciles usagers des services d'aide sont des hommes. Dans leur grande majorité (64%) ils vivent seuls, plus d'un tiers d'entre eux a entre 18 et 29 ans et 29% sont des étrangers.

Les personnes accompagnées d'un ou plusieurs enfants représentent 27% des usagers.

Concernant leur activité professionnelle actuelle ou passée on note que la majorité d'entre eux sont à l'origine des ouvriers ou des employés non qualifiés même si certains appartenaient aux professions intermédiaires ou étaient cadres (11%) ou indépendants (5%).

Peu étaient embauchés dans le cadre de contrats à durée indéterminée (25%) ou d'un contrat à durée déterminée (15%).

Pour 43% de ces usagers l'endettement s'ajoute à la faiblesse des revenus.

Conclusion :

Les personnes vulnérables, comme le soulignent ces études, sont donc à la fois ces personnes en détresse possédant encore un toit, ces sans abris usagers des services d'aides, ou encore ces personnes sans domiciles fixes qui ne demandent plus rien.

Cette population est de plus en plus jeune, majoritairement masculine et isolée socialement même si l'on constate l'augmentation du nombre de femmes avec enfants.

Le point commun de ces personnes c'est qu'elles ont toutes rompu ou sont susceptibles de rompre les liens qui les attachent aux autres et à la société et que ces ruptures ont pu commencer très tôt, dès l'enfance pour se succéder voire se pérenniser jusqu'à l'âge adulte.

Ces fractures successives font suite aux traumatismes qu'ont pu subir ces personnes tout au long de leur existence. Or les difficultés les plus souvent citées, par ces personnes elle mêmes, comme étant les causes du début du processus de leur précarisation, de leur fragilisation : sont celles touchant à la rupture du couple, aux ennuis de santé et à l'alcoolisme, la perte de l'emploi et du logement ne venant qu'ensuite. Quant à la chute des ressources elle est plutôt considérée comme une conséquence tardive dans le processus même si elle joue un rôle dans l'accélération des problèmes de toutes sortes. Or ces processus de fragilisation vont souvent de pair avec une dégradation de l'état de santé des personnes et comme nous le verrons plus particulièrement avec une détérioration de leur état de santé bucco-dentaire.

• CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

A. PROBLÉMATIQUE

Nous formaliserons ici les questions et les problématiques débouchant sur des réflexions d'ordre éthique. En partant du postulat qu'il existe une grande difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation vulnérable, nous avons essayé de cerner les questions posées par cette situation et les problématiques spécifiques qui s'en dégagent. Ce questionnement peut se décliner schématiquement en trois problématiques.

1. Les questions touchant à l'exercice de la chirurgie dentaire.

- La question de la fonction du chirurgien-dentiste.

D'abord comme étudiante lors de notre cursus universitaire, ensuite comme chirurgien-dentiste dans un cabinet médical, puis comme assistante hospitalo-universitaire, et donc à ce titre en tant qu'enseignante, et enfin engagée comme chirurgien-dentiste dans un centre de santé nous avons 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 professionnelles, 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 nous aimons à nommer « l'art dentaire ».

Notre expérience passée et notre exercice professionnel actuel nous ont incitée avec ceux qui partagent notre façon d'envisager notre profession et nous incitent toujours à essayer de rendre notre activité la plus efficace possible mais aussi la plus ouverte à de nouvelles pratiques, à de nouveaux modes de prise en charge des personnes que nous sommes amenés à rencontrer. Aujourd'hui comme hier nous n'avons de cesse d'essayer de dégager un certain nombre de problématiques qui nous semblent essentielles à notre pratique et de tenter d'y répondre. Celle qui touche à la notion de personne, à l'image que lui renvoie le système de santé bucco-dentaire est pour nous une question primordiale, à savoir quelle devrait être la place de la personne humaine dans le système de santé bucco-dentaire actuel ?

Tout exercice médical ne devrait-il pas viser à se réaliser dans l'optique décrite comme suit par France Quéré³⁰ «le souci des autres lui compose une double nature, où l'élan de la

³⁰ Quéré France, *L'éthique et la vie*, Odile Jacob, Coll. Points, 1992, 336 pages.

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 ne devrait-il pas alors s'exercer avant tout comme un échange entre deux individus, établi dans un cadre de confiance réciproque qui suppose la prise en compte de la globalité de l'individu-patient qui est face au praticien ? Le cabinet médical ou la consultation hospitalière deviendraient alors un lieu de parole d'où émergerait le diagnostic formulé à partir d'une somme de connaissances engrangées depuis la faculté (signes, symptômes cliniques) enrichies de cette touche d'attention particulière qui allie psychologie et expérience professionnelle.

Notre expérience ne nous a-t-elle pas appris que le diagnostic associe un ensemble d'investigations qui commencent sitôt que le patient ouvre la porte du cabinet ou se présente en consultation ? Le savoir médical acquis au cours du cursus universitaire ou lors des stages hospitaliers s'élargit alors d'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 faisant 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 par tout son vécu d'individu.

Afin d'accéder à cette entité qu'est le sujet-patient ne faut-il pas pouvoir instaurer un climat de confiance, puisque sans confiance il n'y a pas de confidences ? Notre exercice quotidien ne nous a-t-il pas appris que 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 de ses objections, ne sont-ce pas des attitudes qui risquent de conduire le praticien et son patient vers un échec thérapeutique? Tout praticien ne sait-il pas que sans l'accord, sans l'adhésion du patient au traitement proposé rien n'est possible ? Et ne sait-il pas que cette adhésion ne peut être obtenue que par une négociation entre patient et soignant, celle-ci étant d'autant plus importante que la perception de la maladie et/ ou des traitements par les patients eux mêmes a énormément évolué en peu de temps?

Plus que jamais le praticien ne se doit-il pas d'être guérisseur d'une personne en souffrance 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-même³¹ ?

Cette notion de prise en charge globale n'est-elle pas d'autant plus importante à reconnaître dans un exercice comme celui de chirurgien-dentiste où la tendance actuelle des praticiens (vision la plupart du temps partagée par leurs patients) reste trop souvent celle d'une vision de spécialiste qui réduit le patient à une bouche remplie de dents à traiter ?

Or n'est-ce pas en restant dans ce champ réducteur de la pure technique que le praticien risque d'abord de passer à côté de pathologies qui sont hors de son strict domaine mais surtout de ne pas entendre la demande véritable du sujet patient ? Au lieu de l'omniscience de l'un s'appuyant sur l'ignorance et la passivité de l'autre ne pourrait-il pas se dessiner un nouvel équilibre des forces qui tendrait à métamorphoser la relation praticien- patient ?

L'asymétrie et l'inégalité qui étaient de règle dans la majorité des pratiques médicales anciennes ne s'effaceraient-elles pas alors pour laisser place à un échange fondé sur une construction à deux ? Plus que la transmission d'une information de professionnel à profane, ne s'agirait-il pas d'une rencontre entre un savoir scientifique et le savoir du « peuple » ? Dans une telle vision le soignant ne remplirait-il pas au mieux ses missions curative, humaine et médico-sociale ?

Il nous faut donc à cette étape de notre réflexion passer à la question de savoir quelle devrait être la place du chirurgien-dentiste dans le système médico-social actuel ?

- **Question de la place du chirurgien-dentiste dans le système médico-social actuel.**

La loi du 30 juin 1975 a séparé radicalement le social du médical dans l'ensemble des établissements de santé à quelques rares exceptions près. Pourtant aujourd'hui le praticien ne peut plus, semble-t-il, si on se réfère aux dernières lois sur l'exclusion (annexe 7) et plus récemment à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (annexe 15), se confiner au seul rôle de thérapeute car il est plus que jamais impliqué dans des actions en prise directe avec la société (décision administrative, exclusion sociale), puisque aujourd'hui la maladie a changé de visage : elle s'est socialisée. Alors, dans ce contexte, nous sommes en droit de nous demander si le système de santé comme le soignant ne devraient pas réinvestir le champ social de la santé.

Dans une telle optique ce qui est déjà sensible dans une relation médicale ordinaire, ne devrait-il pas être accentué dans le rapport avec les personnes dites « vulnérables » ? Ne serait-il

³¹ Guérin Monique, *Le généraliste et son patient*, Flammarion, Coll. Dominos, 1995, 127 pages.

pas alors souhaitable, voire nécessaire, que le chirurgien-dentiste n'entretienne plus avec son patient une relation en vase clos limitée à la seule pratique clinique bucco-dentaire mais accepte de devenir un acteur de santé publique capable de solliciter ces personnes vulnérables afin de les amener, au cours d'entretiens et de consultations, à lui confier l'histoire de leur vie sociale, de leur passé médical et spécialement bucco-dentaire? Si la réponse est positive, n'amène-t-elle pas à penser que le chirurgien-dentiste, du fait même de sa fonction, a une place au milieu des travailleurs sociaux pour prendre en charge des personnes en situation vulnérable ?

Cette question en amène une autre qui touche à la formation du chirurgien-dentiste dans notre système de santé. Le chirurgien dentiste d'aujourd'hui ne devrait-il pas accepter de se former à la prise en charge médicale et à l'accompagnement social et administratif (en ce qui concerne le bucco-dentaire, les traitements globaux sont indissociables de leur prise en charge sociale : couverture maladie universelle, aide médicale état, régime général, avec ou sans mutuelle) des personnes vulnérables mais aussi accepter une ouverture de son activité à de nouvelles pratiques qui recréeraient de véritables liens avec les secteurs médicaux et sociaux ? Finalement ne s'agirait-il pas tout simplement de renforcer, voire de recréer les liens de communication entre praticiens et organismes sociaux, entre praticiens et structures médicales, et prioritairement entre les praticiens eux-mêmes ?

Enfin si ce mode de fonctionnement et d'organisation se mettait en place ne permettrait-il pas au praticien en étant guidé, tant sur le plan socio-administratif que sur le plan médical dans sa pratique quotidienne, de participer encore plus largement à la prise en charge générale de la santé de ces personnes ?

A cette étape de notre travail il nous faut essayer de comprendre qui sont ces patients de structure particulièrement vulnérables et d'aborder donc notre deuxième problématique.

2. Les questions touchant à la connaissance des populations vulnérables.

- **Questions sur l'état de santé bucco-dentaire des populations vulnérables.**

S'il nous fallait définir rapidement, en chirurgien-dentiste, la partie la plus démunie de cette population, nous pourrions la qualifier de population édentée. Edentés et apparemment insoucieux de l'être, ces patients, pris par d'autres urgences vitales, semblent indifférents à l'image qu'ils donnent quand il n'y a pas à lire dans certains rictus une provocation

grimaçante, une certaine complaisance qui génère le malaise, voire l'inquiétude et la peur autour d'eux.

Quoi qu'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, quel que soit leur âge.

Or dans le contexte socioculturel qui est le nôtre, en Occident et en France précisément, l'édentement, même chez un sujet jeune, est ressenti comme stigmate de vieillissement et si faire montre de ses cheveux gris ou blancs peut être signe de l'âge acceptable, voire parfois être ressenti comme un bel effet de la maturité (image du séducteur aux tempes grises) 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 un avantage constamment recherché.

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 balade 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 dans cette représentation extrême-orientale d'un suicide légendaire à la Japonaise n'entre-t-il pas tout autant, pour ces populations occidentales très démunies, dans un processus suicidaire ? Abandon des défenses, vision donnée à voir de victimes aux 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 par une meilleure nutrition de mordre à nouveau dans la vie ?

Ne retrouvons-nous pas là ce même souci qui devrait animer le praticien pour chacun de ses patients mais poussé au plus loin ? Ces patients-là n'ont-ils pas, plus que d'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 ? N'est-il pas alors nécessaire 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 ?

Pourtant une telle exigence signifie-t-elle une communauté égalitaire par excès de lieux de soins , proposés à tous, en déniaient des différences à respecter et des difficultés à identifier ? Ne

suppose-t-elle pas au contraire l'existence d'un lieu fixe de consultation et de soins dentaires réservés au seul public dit « en situation de vulnérabilité »?

Ce qui peut justifier la spécificité de tels lieux de soins ne réside-t-il pas dans une différence entre les pathologies de ce public et celles de la population globale, mais plutôt dans l'existence d'un seuil de tolérance des services et des lieux d'accueil habituels à l'égard de ces patients, dont le comportement, pour certains, revendicatif, voire agressif mais surtout "dyssocialisé" ne permet pas une prise en charge dans les conditions habituelles? Cette dernière réflexion nous amène à aborder la question de la prise en charge de ces populations vulnérables pour des soins bucco-dentaires.

- **Question de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des populations vulnérables.**

Les pathologies bucco-dentaires des personnes en situation vulnérables constituent un problème majeur de santé publique qu'il est nécessaire de traiter³⁶.

Les hôpitaux assurant le service public hospitalier ont l'obligation de « garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent » et ils doivent « être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services » (art. L.711-4 du Code de Santé Publique).

En réalité, comme nous le verrons, l'hôpital ne remplit pas actuellement, en matière de santé bucco-dentaire, toutes ses obligations.

Mais s'il est vrai que ces patients se tournent effectivement le plus souvent vers l'hôpital public et que cette institution doive y répondre dans le cadre de sa mission de santé publique, est-il légitime, alors que d'autres structures de soins non hospitalières existent, que l'hôpital porte seul tout le poids de cette prise en charge ?

Et quand bien même cet effort serait réparti entre tous les partenaires, est-il suffisamment adapté à ces populations en terme de prise en charge globale ?

Et si l'amélioration de l'accès aux soins et de la prise en charge de ces populations est une nécessité, n'est-ce pas aussi un devoir de santé publique auquel les pouvoirs publics et l'ensemble de la profession se doivent de répondre ? Et, si devoir il y a, n'est-il pas nécessaire d'y répondre dans un système différent qui pourrait utiliser la pluridisciplinarité entre les différents professionnels de santé eux-mêmes d'une part, et entre les professionnels de l'action sociale et les professionnels de santé d'autre part? Ce dernier questionnement soulève donc une autre problématique, celle qui touche au fonctionnement du système de santé et à sa nécessaire réorganisation.

3. Les questions touchant au fonctionnement du système de santé.

Aujourd'hui le chirurgien-dentiste que nous sommes comme l'ensemble des praticiens de santé est amené inévitablement, dans son exercice quotidien, à la rencontre de personnes de plus en plus vulnérables vivant des situations de fragilisation sociale économique et familiale qui viennent potentialiser des états morbides, voire les déclencher. Pour mener à bien la prise en charge de ces personnes nous nous voyons dans l'obligation de dépasser notre rôle lequel était autre fois essentiellement celui de dispenseur de soins bucco-dentaires pour en assumer un autre, beaucoup plus large, qui associe la prévention et l'éducation à la santé et dont le but est de promouvoir une démarche de santé globale chez nos patients. Pour atteindre cet objectif il nous faut intégrer les dimensions économiques, sociales et culturelles spécifiques à chacun de nos patients. Mais le système de santé tel qu'il est organisé actuellement permet-il cette prise en charge globale de la personne tant dans son accessibilité que dans son fonctionnement ? Ne serait-il pas nécessaire de ne plus penser le chirurgien-dentiste comme un acteur de santé isolé mais plutôt comme agissant en coopération avec des structures médico-sociales qui puissent lui apporter les compléments nécessaires pour assurer une prise en charge globale et de qualité à ces patients ?

En d'autres termes un fonctionnement en réseau entre acteurs de santé eux-mêmes, entre acteurs de santé et acteurs sociaux ne deviendrait-il pas alors une véritable nécessité ?

Avant de répondre à cette question, nous allons d'abord exposer ici quelle méthode nous avons suivie pour mener ce travail de réflexion.

B. METHODOLOGIE

1. Pour les questions touchant à la connaissance des populations vulnérables.

L'approche de cette question se fera de deux manières : une approche médico-sociale et une étude de travaux d'enquêtes.

a. Approche médico-sociale des problèmes dentaires posés par ces populations.

Notre méthodologie s'appuie d'une part sur nos expériences pratiques passées et futures, celle de la consultation médico-sociale du Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans

Abri (C.H.A.P.S.A.) et celle du S.A.M.U. Social de Paris, et d'autre part sur des monographies concrètes réalisées par le CREDES ou par Précar.

Jusqu'en 1995 les seules références bibliographiques concernant l'état de santé bucco-dentaires des populations vulnérables se résumaient, à travers une étude de l'Observatoire de Recherche en Santé Publique pour les Individus Sans Toit (O.R.S.P.I.S.T.)³², à quelques données succinctes et non spécifiques de leurs pathologies bucco-dentaires.

En 1997, et en prenant comme base cette étude, nous avons mené dans la structure d'accueil spécialisée du Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abris (C.H.A.P.S.A) de Nanterre, un travail de réflexion et de terrain, concernant l'état de santé bucco-dentaire (besoins et demandes) de ces populations très défavorisées et les solutions de soins à leur proposer.

Pour ce faire nous avons conçu un dossier patient (cf annexe 5) en prenant comme base d'une part la fiche d'observation clinique classique enseignée à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Paris V (cf annexe 6) laquelle 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. Ce dossier patient s'est ainsi articulé autour des trois axes (social, médical et dentaire) qui ont orienté notre 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 notre travail. Son objectif était de mesurer le degré de désocialisation de ces personnes afin de déterminer s'il existait une relation entre leur état de santé bucco-dentaire et leur situation sociale.

La partie médicale visait par l'anamnèse à rechercher les antécédents notables. Elle permettait 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 bucco-dentaire elle tentait d'affirmer ou d'infirmer l'existence de rapports entre la santé bucco-dentaire et l'état général du patient.

Quant à la partie spécifiquement bucco-dentaire, elle cherchait à répertorier les pathologies bucco-dentaires infectieuses de ces patients, et leurs effets fonctionnels et esthétiques. Elle permettait de constater la nécessité des thérapeutiques bucco-dentaires à entreprendre et

³² 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.

d'objectiver les gênes et les demandes exprimées par ces patients. En outre elle indiquait 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.

C'est l'analyse des résultats obtenus qui nous avait amenés à conclure à la nécessité de mettre en place d'un lieu fixe de consultation bucco-dentaire réservé au seul public des plus démunies.

C'est ainsi qu'en 1999 à l'issue de rencontres et d'entretiens avec la directrice du Samu social de Paris, Mme Dominique Versini, nous l'avons convaincue de la nécessité de créer les conditions nécessaires à la prise en charge des pathologies bucco-dentaires des usagers du SAMU social de Paris et de proposer au comité scientifique de l'Observatoire de la grande précarité et de l'exclusion une recherche-action sur ce sujet.

Une fois le projet entériné par le Comité scientifique, nous avons, dans le cadre du volet départemental du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.), élaboré le projet d'un dépistage bucco-dentaire au sein même du SAMU social de Paris. Notre projet, validé par la D.R.A.S.S. a été budgétisé pour prendre en charge les vacations d'un chirurgien dentiste. Pour l'achat du matériel nécessaire au bon déroulement de ce dépistage (fauteuil d'examen équipé d'un scialytique et d'un compresseur, matériel d'examen stérile, autoclave, générateur de RX permettant la prise de cliché de type rétro alvéolaire...) nous avons sollicité l'aide financière de plusieurs associations dont celle des « Gueules cassées » qui a été finalement la seule à accepter de nous aider.

Dans un second temps nous avons affiné le dossier patient conçu lors de notre travail au C.H.A.P.S.A. de Nanterre en y ajoutant pour la partie bucco-dentaire un examen radiologique, des éléments portant sur le diagnostic, des recommandations thérapeutiques et des informations sur le lieu vers lequel l'utilisateur serait orienté. En collaboration avec le cadre de santé publique de l'Observatoire de la grande précarité et de l'exclusion nous avons élaboré une partie permettant le suivi des patients et l'évaluation de notre projet.

Dans un troisième temps nous avons conçu les thèmes de formations pour les chirurgiens dentistes et les équipes relais (infirmières, aides soignantes du Samu social) et pensé les outils de communication (outils de promotion de la santé bucco-dentaire).

Enfin, nous avons sollicité des structures de droit commun (l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, la Mutualité Française, les services dentaires des centres de santé...) pour prendre en charge le besoin en soin de nos patients et les mener à une réhabilitation orale complète.

En septembre 2002 seule l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a répondu favorablement à notre demande dans le cadre de la mise en place de sa Permanence d'Accès aux Soins de

Santé (P.A.S.S.) Bucco-Dentaires à la Pitié-salpêtrière ; la signature d'une convention avec cette structure est prévue pour janvier 2003, moment à partir duquel nous pourrons commencer à dépister les usagers du Samu Social maintenant assurés que leurs demandes et leurs besoins en soins bucco-dentaires seront bien pris en charge.

b. Etude analytique des travaux portant sur la prise en charge des personnes vulnérables.

C'est par une analyse des résultats de l'enquête menée par l'Aide Odontologique Internationale, de ceux du rapport commandité par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et des conclusions des congrès nationaux des centres de santé que nous ferons l'état des lieux de la prise en charge des personnes vulnérables.

Nous en arrivons maintenant à la méthode suivante :

2. Pour traiter les questions touchant au fonctionnement du système de santé et à la construction des réseaux

Nous tenterons d'apporter les premiers éléments de réponse aux questions posées au travers de l'exemple de l'élaboration d'un réseau de santé et de soins bucco-dentaires : le réseau social dentaire du Val de Marne.

Dans le cadre du volet départemental du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.) (cf annexe 7) conduit par la Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, le Conseil général du Val-de-Marne a élaboré, en 2000 et 2001, le projet de création d'un Réseau Social Dentaire⁴⁷, associant le secteur social et l'offre de soins proposée par des praticiens libéraux, des centres de santé et des services hospitaliers.

Lors d'une première étape, la Mission Bucco-Dentaire, service des initiatives de santé publique du Conseil général du Val-de-Marne, a été sollicitée pour réaliser une étude débouchant sur les conditions de création de ce réseau. Elle a chargé de sa réalisation une équipe que nous avons coordonnée et qui a ainsi rencontré en 2000, et à plusieurs occasions,

de nombreux partenaires l'Aide Odontologique Internationale (A.O.I.), les services odontologiques hospitalo-universitaires, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, les représentants des centres de santé, l'Ordre des chirurgiens-dentistes, les Mutuelles du Val-de-Marne, les services sociaux départementaux, les associations d'aide aux plus démunis, les syndicats dentaires des salariés et libéraux, le responsable du Centre Régional des Réseaux Ile-de-France, les médecins et le dentiste conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.), la mission sociale de la C.P.A.M., la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (C.N.A.M.), la Région Ile-de-France,...

Lors de ces différents entretiens et rencontres, et ce avec chacun des partenaires cités ici nous avons exposé en détail les principes et les enjeux du réseau social dentaire. Puis nous avons élaboré et adressé un questionnaire (cf annexe 8, 9, et 10) propre à chaque structure pour évaluer ses moyens et son type de fonctionnement. Cet état des lieux a permis d'apprécier le degrés d'implication possible de chacun des futurs partenaires dans ce réseau et de cerner les contours d'une collaboration possible entre le secteur dentaire (libéral, salarié et hospitalier) et le secteur social (associations et institutions) pour la prise en charge et le suivi des Val-de-marnais les plus démunis, dans des conditions optimales, tout en prenant en considération la nouvelle loi sur la C.M.U. et son application particulièrement délicate dans le secteur dentaire.

A l'issue de ces enquêtes nous avons pu déterminer le concept du réseau ; définir sa philosophie et ses objectifs, ses partenaires et leur fiche d'identité, sa stratégie en cohérence avec les priorités de santé, ses moyens et son organisation, en incluant les étapes de réalisation, le cadre juridique, l'aspect économique, le suivi et l'évaluation du projet.

Dans un second temps il nous a fallu réunir les conditions nécessaires pour que chacun des partenaires soit partie prenante de ce projet et, par le biais de conventions, associé à une même démarche, celle qui part de la demande de soins à une structure sociale pour aboutir à une réhabilitation orale complète dans la structure de soins la plus habilitée.

C'est ainsi qu'a été faite la proposition a été faite aux praticiens libéraux la proposition de s'organiser en association loi 1901, l'Association d'Action Sociale des Chirurgiens-Dentistes Libéraux (A.S.C.D.L.), pour répondre à cette exigence sociale et pouvoir bénéficier du financement dans le cadre du Fond d'Amélioration à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V.).

La même approche a été faite auprès des centres de santé à partir de l'évolution de la Loi de décembre 99 sur ces établissements de santé dans le cadre du Code de la Santé Publique et

plus particulièrement dans le cadre du Code de la Sécurité sociale. Ce dernier prévoit un accord national entre les gestionnaires de centre de santé et la Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) pour promouvoir des pratiques nouvelles en matière de santé publique. La participation des centres de santé au réseau pourrait ainsi être validée et financée dans ce cadre.

Pour s'associer à ce projet de Réseau dans le département, la Direction générale de l'AP-HP a commandité un rapport (cf annexe 11) qui devait faire l'objet d'un financement dans le projet de budget 2002.

Enfin, le secteur social, à l'initiative du Département, s'est organisé pour ce projet autour d'un comité de pilotage qui comprend les services départementaux et communaux d'action sociale, le service du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.), la mission sociale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.), la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.), les structures sociales et caritatives associatives.

Cet ensemble forme les différentes parties d'un Réseau de santé bucco-dentaire coordonnées par le Conseil Général et qui seront associées entre elles par convention.

Dans un troisième temps nous avons pu débiter l'organisation du réseau par : la réalisation de la Charte de qualité et la mise en place du Comité de pilotage ; parallèlement à la signature des conventions associées, le Comité de pilotage instituant un Comité Scientifique et un Comité de suivi technique pluridisciplinaire coordonné par la Mission bucco-dentaire et furent mis en oeuvre la coordination du secteur libéral par l'Association d'Action Sociale des Chirurgiens-Dentistes Libéraux (A.S.C.D.L) en lien avec le Réseau, la validation des protocoles de soins, de diagnostic et d'orientation ainsi que la définition des actes de première nécessité réalisés dans le cadre de la permanence de soins, la réalisation des outils de communication (dossier de liaison sanitaire et sociale, plaquette de présentation du réseau, moyens informationnels, moyens de promotion de la santé bucco-dentaires). Furent ensuite précisés les modalités d'articulation des acteurs locaux (patients, professionnels, collectivités territoriales, média, caisse d'assurance maladie et complémentaire, institutions et associations, Hôpital, centres de santé,....), la modalité de suivi, circulation et sécurisation de l'information (CNIL) et de validation de la fiche d'adhésion individuelle des usagers au réseau et enfin l'organisation de l'évaluation interne et externe.

Parallèlement il fallut assurer les conditions de la formation des acteurs du réseau c'est à dire recenser et engager des acteurs individuels de terrain puis les amener à signer la charte de

qualité des acteurs de terrains ; il fallu réaliser des thèmes de formation (annexe 14) et mettre en place des plans de formations pour les différents acteurs sanitaires et sociaux du réseau ; mettre en place des moyens organisationnels avec les recrutements pour mettre en oeuvre le réseau dans le secteur social, dans le secteur libéral et à l'Hôpital.

Une des dernières étapes, décisive, fut l'acceptation de ce réseau par les professionnels de la santé publique lors de son exposé (concept, objectifs, finalités et organisation) lors de la première journée de santé publique bucco-dentaire du 25 octobre 2002³³. Ce projet fut heureusement très bien reçu par l'ensemble des participants qui regroupaient à la fois les secteurs médical, bucco-dentaire et social, nationaux comme internationaux.

Enfin, le projet du réseau sera déposé en décembre à l'U.R.C.A.M pour la prochaine séance de la Commission Régionale des Réseaux qui rendra un avis technique indispensable pour pouvoir par la suite solliciter la commission statuant sur le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V).

Après cet exposé de nos analyses et de notre méthode nous allons examiner les résultats de de travail de réflexion et cette expérience in situ.

³³ Saporta Sylvie, *Première journée de santé publique dentaire : quel réalité, quels enjeux*, Information dentaire n°14, 3avril 2002, p.p 915-918.

• CHAPITRE III : RESULTATS

1. Approche médicale des problèmes dentaires posés par ces populations.

La méthodologie et les remarques préalables ayant été exposées au chapitre II nous nous contenterons de reproduire ici les résultats de trois études qui nous semblent regrouper les personnes que l'on peut désigner comme étant en état de vulnérabilité.

Nous commencerons par décrire les besoins et les demandes, et les incidences des pathologies bucco-dentaires sur la santé de la partie de cette population la plus démunie, à partir de l'étude réalisée dans le cadre de notre travail au Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (C.H.A.P.S.A).

- *Quels sont les besoins et les demandes de cette population très démunie ?*

Notre étude avait montré³⁴ qu'il n'y avait pas de différence réellement significative entre cette population et la population générale. S'il existait quelque divergence plutôt que de parler d'une différence d'ordre médicale, il convenait mieux de reprendre l'expression du Dr Patrick Henry³⁵ (médecin responsable de la consultation médicale au début de sa mise en place) lorsqu'il évoque un "décor pathologique".

Mais il est vrai que le chirurgien-dentiste rencontre de façon fréquente, chez ces populations, certaines constantes pathologiques sur le plan dentaire que nous allons énoncer :

- **Le besoin en soin est considérable** : les édentements, les racines résiduelles, les lésions carieuses et les parodontopathies³⁶ sont présents en nombre important. Cette situation est spécifique de ces populations et est liée à un retard de prise en charge des soins dentaires, même si l'absence de soins et de traitements dentaires n'est pas l'apanage des personnes en

³⁴ Hervé Christian, Hassin Jacques, Emmanuelli Sophie, laboratoire d'Ethique médicale et de Santé publique faculté de Necker-Enfants-malades, Paris, *Pathologie dentaire de la précarité*, in relation centrée, septembre 2001.

³⁵ 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.

³⁶ Hervé Christian, Hassin Jacques, Emmanuelli Sophie, laboratoire d'Ethique médicale et de Santé publique faculté de Necker-Enfants-malades, Paris, *Pathologie dentaire de la précarité*, in la lettre de l'odontostomatologie n° 8, pp 2-4, janvier-avril 2002.

grande exclusion comme le confirment les résultats issus du programme international de recherche sur les déterminants et de la santé bucco-dentaire (ICS-II)³⁷ réalisé dans la région Rhône Alpes entre 1993 et 1995.

- **La demande en soins est faible** : la demande exprimée de soins dentaires ne concerne que 5% des patients. Ces demandes sont motivées par des atteintes de la pulpe dentaire (pulpites) qui provoquent des douleurs très importantes, ne cédant pas aux antalgiques classiques et qui nécessitent donc l'intervention du chirurgien-dentiste.

En fait ce n'est qu'au cours d'entretiens³⁶ proposés et au travers d'observations ainsi réalisées, qu'une grande partie de cette population a exprimé, sous la forme de gêne fonctionnelle et/ou esthétique, les demandes de soins dentaires (il faut d'emblée noter que chaque patient peut manifester plusieurs types de demandes).

- **Les doléances sont « ordinaires »** : 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 handicap fonctionnel (douleur et inefficacité masticatoire) et du préjudice esthétique.

- **Le renoncement aux soins est marquant** : il est important de noter que les raisons données pour expliquer la non prise en charge de leurs dents par ces personnes, à savoir le manque de temps et manque d'argent, sont les mêmes que celles qui sont invoquées par l'ensemble des patients que l'on retrouve dans les consultations d'urgence en chirurgie dentaire (service hospitalier et consultation privée et résultats de l'étude ICS-II).

La spécificité de ces patients potentiels réside dans le fait que 50% d'entre eux ne possèdent aucune couverture sociale établie, ce qui constitue un obstacle supplémentaire à un accès à des soins dentaires.

- *Quelles sont les incidences des pathologies bucco-dentaires sur la santé de ces patients ?*

Il est avéré que 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

³⁷ Hescot Patrick, Bourgeois Denis, Berger Patrice, le programme de recherche international de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire, la situation en France pour la période 1993-1995, FDI World Dental Press Ltd, Coll Association Dentaire Française, 1996, 117 pages.

rapports entre la santé dentaire et l'état général sont indéniables, les maladies de la cavité buccale pouvant être la manifestation d'affections généralisées (diabète, H.I.V, hépatite C), ou l'un des facteurs d'aggravation de telles affections¹⁷.

Il est intéressant de noter que les pathologies buccales de ces patients peuvent être aussi le reflet de l'usage de produits d'addiction³⁸ (alcool, tabac, drogues), qui pour un grand nombre d'entre eux sont d'utilisation courante. Carrefour de tous les dangers la bouche des addicts est le lieu de passage de nombreux produits qui fragilisent l'individu, qui en est le miroir et dont la détérioration la plus visible est l'état de santé bucco-dentaire. On retrouve ainsi plus particulièrement chez les toxicomanes :

- Des atteintes dentaires: le manque d'hygiène buccale est souvent associée à une hyposialie qui se combine à un apport glucidique important, l'ensemble favorise la plaque dentaire qui, associé aux facteurs alimentation, terrain et temps donne des atteintes importantes de type lésions carieuses.
- Une atteinte parodontale (ligaments alvéolo-dentaire, gencive et l'os alvéolaire): l'accumulation de la plaque bactérienne, la baisse de l'immunité générale, les carences nutritionnelles, les caries de collet, les traumatismes engendrés par le bruxisme, sont autant de facteurs étiologiques expliquant un état parodontal plus affecté chez un toxicomane. Le tabagisme joue non seulement un rôle étiologique important dans cette maladie mais modifie ou aggrave une parodontite déjà installée, altère les défenses immunitaires et diminue l'efficacité des traitements. Au-delà de son aspect irritatif, l'alcool augmente la prévalence microbienne dans l'environnement buccal ce qui lui donne un rôle supplémentaire dans les maladies parodontales.
- L'atteinte des muqueuses : si elles ne sont pas spécifiques, elles sont nombreuses et diverses et conduisent, notamment dans le cas de polytoxicomanie (association alcool, tabac et négligence de l'hygiène bucco-dentaire) à une pathologie cancéreuse spécifique.

La plus part des pathologies de la muqueuse ont une étiologie fongique. Ces candidoses buccales sont des affections relativement fréquentes, et sont l'expression d'une altération de l'écosystème microbien local ou du système immunitaire. Mais

³⁸ Cohen Fabien, , *le point de vue du chirurgien dentiste sur la place de la santé bucco-dentaire des addicts dans le vivre bien*, journée de la société d'Addictologie Francophone, Prise en charge des addictions : l'éthique médicale en question, Paris 2002

on trouve d'autres formes de lésions : des leucokératoses, des leucoplasies, des lichens plans, des poussées bulleuses comme les aphtes et les herpés.

Aux problèmes infectieux s'ajoutent des préjudices fonctionnels et esthétiques, la perte des dents postérieures étant 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 l'affaissement des traits du visage, le creusement des rides, l'avancée du menton. Ces différents éléments sont autant de facteurs d'aggravation de l'exclusion des patients car ils contribuent à gêner leur accès à une vie sociale, professionnelle, affective, voire à le leur interdire.

Même s'il n'existe pas encore d'étude pour démontrer un lien direct entre les édentements et les pathologies digestives, on peut d'évidence envisager une telle hypothèse. 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, peut être un facteur déclenchant de gastrites et d'œsophagites.

Afin de compléter nos résultats nous exposerons ceux de l'étude Précar³⁹ qui identifie une demande de soins en matière de bucco-dentaire dans la population plus « élargie » des personnes dite défavorisées.

Cette étude s'est ainsi intéressée à l'état de santé ressenti par des patients venant consulter un médecin dans 5 sites : les deux dispositifs précarité hospitaliers de l'AP-HP (espace Baudelaire à St Antoine, espace Verlaine à St Louis), les deux centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde (avenue Parmentier, Paris 12^{ème} et Gennevilliers) et la consultation médicale du C.H.A.P.S.A. de Nanterre.

- *Quel est l'état de santé ressenti des personnes dites « défavorisées » ?*

³⁹ Chauvin Pierre, Parizot Isabelle, Menahem Georges, Guiguet Marguerite, Pech Nicolas, Jacques Lebas.

L'étude Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, une étude multicentrique auprès des clientèles de dispositifs de soins gratuits en région Parisienne. Paris, Institut de l'Humanitaire, 1999, 125 pages.

Cet état a été évalué à partir d'un questionnaire rempli par les personnes interrogées. Le résultat a été donné en fonction d'une échelle analogique graduée de 0 (le pire des états de santé imaginable) à 100 (le meilleur état de santé imaginable).

Il s'est avéré que l'état de santé ressenti par les sujets interrogés est toujours deux fois plus mauvais que celui de la population générale.

Ainsi, lorsqu'on les interroge sur leur santé bucco-dentaire 22% d'entre eux déclarent avoir toutes leurs dents en bon état, 44% ont toutes leurs dents mais des dents traitées (13%) ou à soigner (31%), tandis que 34% des patients ont perdu une partie de leurs dents (26%) ou toute leur dentition (8%).

Une comparaison entre l'état dentaire de ces personnes et la situation décrite en population générale par le Credes en 1996 montre dans l'enquête Précar une plus grande proportion de personnes ayant perdu des dents, phénomène particulièrement frappant chez les moins de 40 ans. Par ailleurs, dans cette population en difficulté un grand nombre de répondants ont une ou plusieurs dents à soigner.

De même qu'il y a insuffisance de soins entrepris, en ce qui concerne les prothèses, on observe une limitation de la mise en œuvre de leur réalisation, et de leur port. Seuls 17% des moins de 40 ans de l'étude Précar (contre 29% dans l'étude Credes) déclarent avoir une prothèse dentaire fixe (couronne ou bridge).

L'écart est encore plus important chez les 40-64 ans avec 18% dans l'étude Précar contre 43% dans l'étude Credes. Ce déficit d'appareillage avec prothèse fixe n'étant pas compensé par des prothèses amovibles, lesquels sont également moins fréquemment notées dans l'étude Précar (9% des plus de 40 ans) que dans l'étude Credes (23% des 40-64 ans).

- **Quelle est la demande de soins ?**

Ces personnes ont généralement recours aux soins au coup par coup. Elles apprécient la possibilité de bénéficier d'actions sociales ponctuelles et précises, telles qu'une aide pour l'obtention d'une protection sociale ou pour une régularisation administrative ; elles attendent toutefois rarement une prise en charge globale de leurs problèmes sociaux et sanitaires, soit parce qu'elles n'en ressentent pas véritablement le besoin soit parce qu'elles n'osent pas en faire la demande. On peut distinguer deux types de façon de vivre cette fréquentation ponctuelle des structures de soins : la distanciation et le pragmatisme.

La distanciation est une réaction fréquente qui résulte du sentiment de honte que ressentent ces personnes lorsqu'elles doivent recourir à un dispositif singulier de prise en charge médico-sociale.

Le pragmatisme est un autre abord, ou une seconde étape pour ceux qui sont parvenus à élaborer un système de rationalisation de leur recours. Ils ne considèrent pas leurs motifs de fréquentation comme étant dévalorisants. L'aide institutionnelle est alors considérée comme quelque chose de transitoire, « le temps de s'installer ».

- **Qu'en est-il du renoncement aux soins ?**

Lors de l'examen clinique de ces personnes, il leur a été demandé si elles avaient souffert de leurs dents dans les douze derniers mois. Si 52% d'entre elles ont répondu positivement, seul le quart de cette population a effectivement consulté un chirurgien-dentiste. Ainsi, il s'avère que le recours aux soins dentaires est relativement peu fréquent dans cette population.

Un renoncement aux soins pour des raisons financières est rapporté par 52% des personnes interrogées dans l'étude Précar, deux fois plus souvent que dans l'étude faite par le CreDES en population générale en 1996.

Nous achèverons ce tableau par les résultats issus d'une dernière enquête récente du CreDES⁴⁰, menée de septembre 1999 à mai 2000 et portant sur l'état de santé et les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité consultant dans 80 centres de soins gratuits en France.

- *Etat de santé et recours aux soins des personnes en situation de précarité*

Cette étude montre que ces personnes ont un état de santé dentaire moins bon que la population générale.

Elle décrit ainsi **l'état de santé ressenti** : trois personnes sur quatre (76%) déclarent avoir au moins une dent manquante non remplacée, soit deux fois plus que la population générale, à structure d'âge et de sexe égale et elle évalue comme suit **le besoin en soins** : l'examen dentaire révèle que 72% des personnes ont un besoin de soins. Trois sur cinq (62%) nécessitent au moins un traitement dû à la présence de caries ou à des soins conservateurs défectueux et, pour deux personnes sur cinq (43%) le soignant juge nécessaire la mise en

⁴⁰ CreDES, *Etat de santé et les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité*, id vol 84 n°13, 27 mars 2002 pages 851-852

place d'une prothèse dentaire. Au total un patient sur trois a besoin à la fois de soins dentaires et de prothèses.

- **Quand y-a-t'il recours aux soins ?**

Un tiers seulement des consultants déclare avoir consulté un dentiste durant l'année écoulée alors que ce taux est proche de 50% en population générale. Une grande majorité d'entre eux méconnaissent leurs problèmes dentaires puisqu'il est à noter que plus le besoin en soins est important plus le recours aux soins dentaires est faible.

Les raisons invoquées dans 60% des cas concernent l'aspect financier mais 20% d'entre ces patients estiment les soins dentaires comme inutiles ou secondaires.

Plus souvent que les autres les personnes en situation précaire attendent le dernier moment pour se rendre chez un dentiste par exemple lorsque la douleur devient insupportable ou qu'elle les empêche de manger.

En conclusion, ces études mettent en évidence la non prise en charge de leurs pathologies dentaires par ces populations alors que leurs besoins sont importants. 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 d'une partie de ces populations très désocialisées, pour expliquer le retard à l'accès aux soins dentaires et en conséquence l'omniprésence dans leurs bouches de lésions dentaires.

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

Pourtant, il faut bien reconnaître que les problèmes bucco-dentaires de ces personnes représentent des pathologies majeures de santé publique, source ou facteurs d'aggravation de certaines pathologies d'ordre général, qu'il est nécessaire et urgent de traiter comme le souligne d'ailleurs aussi Michel Yahiel dans son rapport¹⁵ en juillet 2001 :

« Même si la santé dentaire des français s'est considérablement améliorée, pour des raisons en grande partie exogènes aux soins : ainsi, sous l'effet notamment des nouveaux modes de vie et d'une meilleure hygiène générale, du développement du brossage des dents, des apports fluorés aux jeunes enfants, la France a d'ores et déjà enregistré un recul spectaculaire de la carie dentaire.

En revanche, il est patent que certaines catégories de populations restent à l'écart des soins, quelles que soient les améliorations de prise en charge, notamment au travers de la CMU : ces inégalités expliquent que la France, en dépit des progrès mentionnés, présente encore un indice CAO de 2,1 pour les enfants de 12 ans, de sorte que l'objectif cible fixé par l'OMS (1 en 2010) demeure exigeant (les pays nordiques mais aussi le Royaume-Uni disposant déjà de meilleurs profils »

Cependant force est de constater que les maladies bucco-dentaires restent encore à ce jour parmi les maladies les plus répandues, puisqu'en ce qui concerne la carie l'Organisation Mondiale de la Santé⁴¹ estime que c'est une des maladies les plus fréquentes chez l'être humain, dont les conséquences sont souvent importantes et s'amplifient dans le temps.

Mais si les soins simples, dits conservateurs, requièrent peu de temps et sont d'un faible coût financier pour le patient, les autres soins nécessitent qu'il s'investisse dans une démarche complexe qui demande plus de temps, plus d'argent et un véritable accompagnement socio-médical. Parallèlement aux soins prodigués, il est nécessaire de mettre en place des moyens propres à éviter l'apparition de ces maladies, voire à limiter leur développement dans ces populations. La prévention bucco-dentaire, l'éducation à la santé et le repérage des facteurs favorisant un état de vulnérabilité apparaissent alors comme les solutions les plus logiques et les plus performantes pour améliorer, et idéalement résoudre, ce problème majeur de santé publique. Mais pour que ce type de solution puisse voir le jour il faudrait tout d'abord pallier aux carences actuelles dont celle touchant à une politique nationale efficace en matière de prévention, c'est à dire mieux coordonnée et organisée la prévention, mais aussi faire prendre conscience dans la société et dans le milieu médical et institutionnel de l'importance d'un bon état de santé bucco-dentaire (dépistage et soins précoces) pour tous, enfants comme adultes.

2. Etat des lieux de la prise en charge de ces populations

Comme cela a été décrit précédemment, les besoins en matière de santé bucco-dentaire des personnes en situation vulnérable sont importants^{1 :39,40}. Si une grande proportion des patients issus de cette population a renoncé aux soins pour des raisons variées (angoisse, méconnaissance des circuits administratifs, problème d'argent, problème de temps...), les

⁴¹ Rapport du 9 avril 1975, 28^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé

conditions offertes par l'accès aux soins ne sont toujours pas adaptées à leur situation sociale ni à leurs besoins.

En effet lors que, quantitativement et en théorie les structures de prise en charge odontostomatologique (service hospitalier, centre de santé, chirurgiens-dentistes libéraux) existent et sont suffisantes, l'offre de soins réelle concernant ces populations vulnérables est dérisoire et insatisfaisante pour répondre à la spécificité de leur demande et à l'ensemble de leurs besoins en soins bucco-dentaires.

- ***Quelle est la réalité de terrain : les réponses possibles des acteurs de santé face aux besoins des patients en situation vulnérable ?***

Les acteurs de santé bucco-dentaire se distribuent dans trois secteurs d'offre de soins : le secteur libéral, qui, à lui seul, représente 90% de cette offre, le secteur des centres de santé et enfin celui des hôpitaux. Ces trois sont amenés à accueillir et à prodiguer des soins à l'ensemble de la population et en particulier aux personnes vulnérables. Mais comme nous le verrons les raisons de leur réticence à la prise en charge des populations vulnérables, même si elles se rejoignent, ne se posent pas selon les mêmes problématiques.

- **Les chirurgiens-dentistes libéraux**

Voyons d'abord la situation des chirurgiens-dentistes libéraux : qu'en est-il de leur problématique ?

Réalisée avec l'accord du Conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du Val-de-Marne, l'enquête de l'Aide Odontologique Internationale ⁴² (A.O.I.), menée en 1998, auprès de 740 chirurgiens dentistes du Val-de-Marne, sur les limites à l'accès aux cabinets dentaires et plus particulièrement à la prise en charge de prothèses, est très intéressante en ce sens.

Elle a montré qu'une majorité de praticiens connaissait l'Aide médicale et qu'au moins 319 praticiens (soit 43 %) recevaient des bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite mais elle a révélé aussi que plus de la moitié d'entre eux rencontraient des difficultés liées en particulier à la lourdeur administrative (36 %), aux délais excessifs de remboursement (47 %) et enfin aux difficultés relationnelles avec ces patients (68 %). Mais l'obstacle le plus souvent cité était le

⁴² Aide Odontologique Internationale, *population en situation de précarité et accès aux soins bucco-dentaires*, novembre 1998

manque de connaissance des procédures administratives permettant à leurs patients d'accéder à la réalisation de prothèses.

Or la mise en place de la C.M.U, loin d'avoir apporté une réponse à ces difficultés, représente actuellement une surcharge administrative à laquelle le praticien est hostile ; il faut ajouter qu'il n'a pas reçu de formation spécifique à l'accueil des patients en situation de vulnérabilité (tant sur leur approche médico-psychologique que sur le fonctionnement et l'utilisation de cette couverture complémentaire) et ne bénéficie pas du soutien d'une équipe face aux nombreuses difficultés rencontrées, propres à complexité de cette population. Devant ce constat nous nous devons de réfléchir à la part de responsabilité qui incombe aux autorités de tutelle, comme celle du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens dentistes ou du Ministère de la Santé ; ces deniers n'ont pas su mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'accueil de ces personnes auprès des chirurgiens-dentistes. Ne faut-il pas aussi se demander si tous les syndicats professionnels ont été assez attentifs à solliciter ces instances dans ce sens ?

En effet, les personnes en difficulté présentent des situations sociales et médicales très diverses. Le cumul de ces difficultés nécessite parfois un accompagnement social et administratif trop lourd pour pouvoir être géré dans le cadre d'un cabinet dentaire libéral, et demande souvent à être pris en charge dans une infrastructure plus adaptée et plus compétente en la matière. Cet état de fait devrait conduire à orienter différemment ces patients vers une structure de type centre de santé (pour le plateau technique et/ou l'environnement social et administratif) ou vers un service odontologique hospitalier (pour le plateau technique et l'environnement médical).

- **Les praticiens en milieu hospitalier**

Examinons donc maintenant si la situation du praticien en milieu hospitalier est plus confortable face à ces patients :

D'un point de vue législatif d'abord :

L'hôpital-asile d'autrefois a connu une évolution progressive qui l'a ramené vers des missions strictement sanitaires : la réforme hospitalière du 30 décembre 1970, puis la loi « sociale » du 30 juin 1975 ont clairement distingué l'organisation et le financement distincts d'un secteur sanitaire (centré autour de l'hôpital) et d'un secteur social ; elles ont programmé la fermeture progressive des services d'hospice des hôpitaux, aujourd'hui effective. Mais il faut aussi se souvenir que la création des C.H.U (Centres Hospitalo-Universitaires), pôles d'excellence et de

recherche a aggravé la notion de perte de mission sociale. De ce fait et progressivement de nombreuses personnes, dont certaines très désocialisées, se sont trouvées exclues de l'accès aux soins réservés de facto aux patients suffisamment bien socialisés pour parcourir voire déchiffrer le « cursus » qui mène à toute consultation, et a fortiori au fauteuil du praticien dentaire.

Pour tenter de remédier à cette situation, un dispositif global visant à créer les conditions d'une réelle accessibilité des services de soins a été mis en place (circulaires du ministre de la santé en date des 17 septembre 1993 et 21 mars 1995) et a consisté à rappeler les obligations légales de l'hôpital et à promouvoir la création de « consultations précarité ».

Les principes posés par ces textes ont ensuite été consacrés au plan légal par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Cette loi a réaffirmé la mission sociale de l'hôpital public en ajoutant à ses missions légales celle de « contribuer à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseaux » (art.L.711-3 du Code de la Santé Publique).

Cette législation prévoit que des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S) des personnes les plus démunies soient arrêtés dans chaque région. C'est dans ce cadre, entre autres, que des missions particulières sont assignées aux établissements de santé : ils doivent veiller à ce que les patients disposent de conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement à l'issue de leur admission ou de leur hébergement ; le cas échéant, il leur incombe de les orienter vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation (art.711-4 du Code de la Santé Publique), les établissements doivent également mettre en place en leur sein des « permanences d'accès aux soins de santé » (P.A.S.S.) pour faciliter l'accès des personnes en situation de précarité et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (art. L. 711-7-7-1 du Code de la Santé Publique). Malheureusement et jusqu'à septembre 2002, tous ces dispositifs (P.A.S.S , « Homnibus » de l'Hôpital Jean Verdier) mais aussi l'ensemble des initiatives souvent gérées par des organismes associatifs que l'AP-HP avait soutenus, ne comportaient aucun dispositif de ce type de soins et de suivi bucco-dentaire.

D'un point de vue pratique ensuite :

En juin 1998, Madame le professeur F. ROTH, ancien chef du service d'odontologie de l'Hôtel Dieu-Garencière, a été chargée de mission par le Directeur Général de l'Assistance

publique - Hôpitaux de Paris, pour évaluer “ les actions menées par l’AP-HP visant à garantir au sein de nos hôpitaux l’accès de tous aux soins bucco-dentaires ”.

Dans son rapport⁴³ de mars 1999, Madame le professeur F. ROTH expose son point de vue sur la situation dans le cadre de la précarité, et propose des moyens possibles pour améliorer cette situation.

D’après elle, l’accueil des populations en situation vulnérable présente un certain nombre de difficultés :

D’abord le problème du financement des soins bucco-dentaires : l’AP-HP butte sur une nomenclature des actes complètement obsolète, qui n’autorise pas des soins de qualité égaux pour tous, ignore tout un éventail thérapeutique essentiel constitué actuellement par des soins hors nomenclature (en particulier les actes de parodontie), et qui interdit ainsi la réalisation de soins (prévention, et tout un éventail prothétique de qualité) en fonction des données actuelles de la science.

Le second problème mis en lumière par ce rapport, est celui de l’insuffisance de l’offre globale de soins, tant stomatologique qu’odontologique, laquelle n’est pas assez coordonnée ni assez organisée. En effet, nombre de patients adressés par le secteur privé pour être suivis à l’hôpital ne peuvent pas l’être rapidement (ce qui entraîne l’ouverture de longues listes d’attente) et quand ils sont accueillis ces patients sont souvent orientés vers un service de stomatologie inadapté pour une prise en charge bucco-dentaire globale.

Enfin, l’accès à un accompagnement social individuel est insuffisant (l’absence de travailleurs sociaux affectés au secteur bucco-dentaire), ce qui, outre la complexité et la lourdeur des circuits administratifs (notamment en matière d’accès aux droits et d’aides complémentaires), gêne le bon déroulement des soins de cette population.

Cet ensemble de faits amène Madame le professeur F. ROTH à conclure que ni la prise en charge globale des patients, ni leur orientation vers des structures de soins ne sont assurés.

Les consultations de stomatologie fonctionneraient en quelque sorte comme des “ urgences ” alors qu’elles devraient davantage s’ouvrir à une odontologie "globale" permettant d’assurer en partie les besoins réels de soins bucco-dentaires des patients en situation de vulnérabilité.

Pour remédier à ces défaillances de structures d’accueil voici quelles sont les propositions formulées par Madame le professeur F. ROTH dans son rapport :

⁴³ Roth. F, *l’accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité*, 30 mars 1999, AP-HP.

Selon elle l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris se doit de jouer un rôle moteur dans une action fédératrice visant à assurer l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous. Elle propose notamment les mesures suivantes : l'utilisation de fauteuils inoccupés ; l'ouverture le samedi matin et après-midi des services odonto-stomatologiques ; le recrutement d'odontologues des Hôpitaux pour des soins polyvalents ; le recrutement d'assistantes sociales dans tous les services d'odontologie et des personnels administratifs d'accueil mieux formés ; une préoccupation plus grande, dans ces services, de besoins en matière de précarité, mais aussi de prises en charge du handicap et enfin d'assurer une coordination avec des partenaires extérieures, associatifs ou institutionnels.

- **les centres de santé**

La situation est-elle meilleure dans les centres de santé, pour une prise en charge optimale de ces patients ?

Introduits dans le code de la santé publique depuis la loi du 29 décembre 1999, les centres de santé, selon l'article L.765-1, « assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Les centres de santé, de par la loi, font bénéficier les assurés sociaux qui fréquentent leurs structures de la dispense d'avance des frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S). Cet accord détermine notamment les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaires, les mesures pour favoriser l'accès aux soins, garantir la qualité et la coordination des soins. Il est en cours de négociation et devrait être conclu avant la fin de l'année 2002.

Mais actuellement sur le terrain il existe un grand polymorphisme d'accueil et de pratiques d'honoraire dans les centres de santé⁴³. A cet égard il est donc nécessaire de distinguer les centres de santé à visé sociales et les autres à visé plus commerciale. Ainsi, l'offre de soins est importante mais reste insuffisante quant à la précarité; les centres de santé, qui accueillent déjà les bénéficiaires de la C.M.U, se trouvent face à une situation d'engorgement de leur consultation générale et de difficultés budgétaires concernant la prise en charge des patients dits vulnérables.

A cela s'ajoute un manque de travailleurs sociaux qui contribue à freiner, voire à interdire, toute politique de prise en charge individualisée (facilités de paiement, élaboration de dossiers d'aides financières, ...) et de soins de proximité en direction de ces populations.

D'ailleurs, l'ensemble des praticiens de ces structures s'accordent sur la nécessité urgente de mettre en place une série de mesures tant organisationnelles que financières afin de mener à bien leurs rôles médico-sociaux et de faciliter l'accès aux soins des patients démunis.

- *Conclusion*

Nous ne pouvons malheureusement que conclure qu'actuellement, ni en cabinet de ville, ni à l'hôpital et ni en centre de santé, la prise en charge de ces patients sur le plan dentaire, ne peut être convenablement assurée. Le constat est le même pour les associations ayant pour vocation la prise en charge de la précarité car ni l'Aide Odontologique Internationale à la consultation précarité de l'hôpital Kremlin Bicêtre, ni les cabinets dentaires de médecin du Monde et ni le Bus Social Dentaire du Conseil National de L'ordre de chirurgiens-dentistes ne peuvent assurer à leurs usagers que des soins de première nécessité, voire d'urgence sans pouvoir leur garantir un suivi menant à une réhabilitation orale totale.

En fait, il nous semble qu'un des problèmes de la prise en charge de ces populations est dû en grande partie à une méconnaissance, voire une mauvaise appréhension, de ces populations par les professionnels de santé et les travailleurs sociaux mais aussi par les pouvoirs publics.

Comme nous l'avons vu précédemment ces populations sont victimes de nombreux handicaps qu'il est indispensable d'aborder pour pouvoir leur assurer une prise en charge globale de qualité à la fois sanitaire (médicale et bucco-dentaire) et sociale. La connaissance du champ médico-social au sens le plus large du terme demande les compétences d'acteurs de tous horizons professionnels : médecins, chirurgiens dentistes, paramédicaux, travailleurs sociaux, mais aussi psychiatres, ethnologues, sociologues, psychologues, économistes, anthropologues, épidémiologistes, juristes, spécialistes de la protection sociale et administratifs du domaine sanitaire et social. C'est une telle approche pluridisciplinaire qui pourrait permettre de voir émerger des solutions concrètes et fonctionnelles pour une prise en charge globale de ces populations, elle a déjà d'ailleurs été expérimentée : sous la forme de l'Observatoire de la Grande Précarité et de la Grande exclusion du Samu Social de Paris qui est un exemple de lieu où sont abordés de manière multidisciplinaire les problématiques des populations victimes de la grande pauvreté ou vivant la grande exclusion.

3. L'Observatoire de la grande précarité et de l'exclusion.

L'Observatoire a pour objectif d'identifier et d'analyser les problématiques des populations rencontrées au cours des missions du Samu social de Paris. A travers les missions qui lui sont confiées, il a pour vocation d'observer les phénomènes d'errance, d'établir une typologie des publics, de repérer leurs trajectoires, et d'analyser les besoins et les indicateurs sociaux en vue de faire des propositions aux pouvoirs publics. Cet Observatoire travaille en partenariat avec l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale.

- *Quelles sont les missions de cet Observatoire ?*

Il se doit d'assurer en premier lieu **une veille médico-sociale**.

Dans le cadre des missions du Groupement d'Intérêt Public, le Samu Social de Paris gère le dispositif de veille sociale prévu par l'Article 157 de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (cf annexe 12). Dans cette logique, l'Observatoire a pour vocation d'être une structure de veille médico-sociale au cœur d'un réseau partenarial très actif entre les centres d'hébergement d'urgence, les lieux d'accueil de jour, les lits d'hébergement pour soins infirmiers et la régulation du poste u15 qui gère le numéro d'urgence des sans-abri. La pertinence des paramètres retenus, le caractère descriptif des informations médico-sociales collectées, la transversalité des variables utilisées et sans cesse affinées permettent à l'Observatoire d'assurer une veille sociale et médicale capable d'identifier, de décrire et d'analyser les tendances des pathologies affectant les populations en situation sociale précaire ainsi que les tendances de leur profil socio-démographique.

En second lieu l'Observatoire doit constituer **une force de proposition auprès des Pouvoirs Publics**.

Les observations permanentes issues des missions du Samu social de Paris sont révélatrices de carences dans la prise en charge médico-sociale des personnes en Grande Précarité et en Grande Exclusion. Grâce à cette veille, l'Observatoire est à même de proposer des solutions concrètes et de renforcer la mise en place d'actions sanitaires et sociales contre l'exclusion. L'Observatoire remplit ainsi une fonction d'alerte face à de nouveaux phénomènes tels que l'augmentation du nombre de femmes avec enfants dans la rue ou la résurgence de maladies transmissibles telles, que la tuberculose, par exemple.

Troisièmement l'Observatoire doit travailler comme **une unité de recherche pluridisciplinaire**.

L'Observatoire permet la réalisation d'études épidémiologiques sur les populations rencontrées par le Samu social de Paris et favorise ainsi une meilleure connaissance de certaines maladies. C'est dans ce cadre de recherche-action qu'a été mis en place le projet de dépistage bucco-dentaire au sein du Samu Social de Paris. Il permettra d'objectiver les multiples variables (économiques, sociales, environnementales, médicales, psychologiques...) qui interagissent pour aboutir à ce mauvais état de santé bucco-dentaire de ces personnes en situation vulnérables et aidera à affiner les solutions de prise en charge proposées dans ce projet.

Ce projet de dépistage bucco-dentaire ne pouvait se concrétiser que s'il existait des structures de droit commun prêtes à accueillir ces personnes en situation vulnérable. Nous allons voir, dès à présent, que c'est bientôt chose faite et que par ailleurs, et ce grâce à la pugnacité de certains professionnels, de nouveaux dispositifs médico-sociaux de prise en charge pluridisciplinaire des populations vulnérables commencent à voir le jour en Ile de France.

4. Les solutions de prise en charge de la santé et des soins buccodentaires des personnes en situation vulnérable

Une des conséquences pratiques du travail de réflexion au C.H.A.P.S.A de Nanterre fut de préconiser une attitude volontariste vis à vis de ces populations. Il fallait aller à leur rencontre, les inciter à consulter car ces patients présentaient un état bucco-dentaire altéré dont ils étaient plus ou moins conscients et dont ils pensaient souvent qu'aucune structure de soins n'existait pour y remédier.

Ce travail concluait par la nécessité de la mise en place d'une consultation de dépistage bucco-dentaire au sein de l'antenne du C.H.A.P.S.A.de Nanterre, qui, en association-relais avec un service d'odontologie polyvalente de proximité comme celui le l'hôpital Louis Mourier, pourrait prendre en charge certains de ces patients et devenir ainsi une des solutions à ce problème majeur de santé publique. C'est sur ce principe que le 18 décembre 1998 s'est tenue une réunion de travail proposée par Mme le professeur Françoise Roth, alors chargée de mission de l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris, à M. Crozat, Directeur de l'hôpital Louis Mourier. A cette réunion étaient conviés Mme le Pr. Elisabeth Poidatz chef du service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier, M. le Professeur Christian Hervé que nous

accompagnions, et des travailleurs sociaux. La présentation du projet fut accueillie favorablement par M. Crozat et son équipe et il fut décidé que pourrait être rajouté à l'ordre du jour des négociations déjà en cours entre les deux hôpitaux la problématique de la prise en charge des soins bucco-dentaires qui jusque là n'avait jamais été abordée. Pour ce faire un projet devait être préparé par M. Crozat et son équipe en y associant la réflexion de Mme E. Poidatz qui devait préciser notamment les implications que cela supposait au niveau des besoins en personnel et en budget. En outre des actions, facilitées par l'appui de la Commission Médicale d'Etablissement de Nanterre et de son président le Dr Jacques Hassin, devaient se faire en commun : pour la création de vacations et de postes de praticiens hospitaliers fléchés, pour l'obtention d'enveloppes financières spécifiques de la part des différentes tutelles et pour la mise en œuvre d'études épidémiologiques (étude sur le bassin de vie de Nanterre, taux de renoncement en soins).

Malheureusement, ce projet bucco-dentaire, qui augurait, dans son fonctionnement les réseaux de soins inter-hospitaliers, n'a jamais vu le jour. Et il aura fallu attendre Mars 2001 pour que se mette en place à Nanterre un réseau d'un autre type, le réseau « accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé » des Hauts de Seine.

- **Le réseau « accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé » des Hauts de Seine.**

A l'origine et au vu des signes de pathologies lourdes que présentaient les usagers du C.H.A.P.S.A, ce dont souvent ils n'étaient pas conscients, le Dr Patrick Henry avait décidé d'établir un poste médical avancé, sous forme d'une consultation délocalisée au C.H.A.P.S.A. Par ailleurs, l'existence de personnes en situation précaire hébergées parfois pour de longues durées au Centre d'Accueil et de Réinsertion (C.H.R.S.), et présentant également des pathologies, amena à la constitution d'un second lieu de consultations, lui aussi délocalisé par rapport à la consultation générale de l'hôpital Max Fourestier et ce après que constat eut été fait de ce que la présence de ces personnes pouvait perturber la bonne marche de cette consultation elles y avaient été déclarées indésirables⁴⁴.

Cette seconde consultation était ainsi devenue le seul lieu d'accès aux soins pour ces personnes en situation précaire, ce qui posait le problème de l'inégalité d'accès aux soins et par conséquent de la réintégration de ces patients dans le parcours commun. Il fallait donc

⁴⁴ Hervé Christian, Moutel Grégoire, *Mise en place d'un réseau d'accès aux soins, aux droits et à la prévention de facteurs de risques médicaux et sociaux*, Médecine Légale et Société 2001-Volume 4-Numéro 1

restructurer l'offre de soins de manière à permettre à tous les patients, qu'ils viennent de cette consultation ou d'ailleurs, et ce quelle que soit leur situation économique ou sociale, de bénéficier de l'offre de soins existantes : consultation de l'hôpital ou réseaux de ville.

Le second constat est que, le bassin de vie de Nanterre, comme de nombreux bassins de vie péri-urbains français, rassemble une population dans laquelle on constate des fléaux et des pathologies fréquentes telles que le diabète, les risques cardiovasculaires, les pathologies liées à l'alcool et au tabac, des MST... qui ne peuvent être diminués voire jugulés que par la mise en place de moyens de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.

Pour répondre à ces deux problématiques, dans un premier temps l'ensemble des actions médicales de consultation de l'hôpital Max Forestier ont été regroupées au sein d'un département de consultations et de santé publique (DCSP). Ce département représente un véritable interface entre les structures de santé de l'hôpital et les collectivités publiques (ville, département, région) et est constitué de quatre unités : la polyclinique (consultations et prise en charge globale intégrant éducation et promotion de la santé), l'unité de précarité (réintégration des personnes dans leurs droits), l'unité d'évaluation et une unité de recherche (suivi des populations).

Dans un second temps ce département de consultation et de santé publique a initié avec les médecins de ville et d'autres acteurs, une expérience pilote au sein d'un réseau de soins de ville-hôpital, financé dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Ce réseau dit ASDES (Accès aux Soins, accès aux Droits et Education à la Santé) s'adresse à l'ensemble de la population du bassin de vie de Nanterre et des communes limitrophes indépendamment de la notion de revenu et de la situation sociale de ces personnes.

Ses objectifs⁴⁵ sont de promouvoir une démarche de santé dans un esprit d'accès à des soins de qualité et d'optimisation des moyens, couplé, systématiquement, à la prévention et à l'éducation à la santé. Ainsi il est proposé à chaque patient consultant de bénéficier d'une prise en charge globale comprenant un repérage puis une prise en charge des facteurs de risques médicaux et sociaux. La consultation permet un repérage des besoins en santé et propose un plan de prise en charge personnalisée des facteurs de risque et des dépistages à mettre en place. Par ailleurs, les personnes qui le nécessitent sont prises en charge dans le cadre de la permanence d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.) qui permet un couplage systématique de la prise en charge médicale avec la prise en charge sociale.

⁴⁵ Moutel Grégoire, Les réseaux de soins de ville-hôpital : le réseau « ASDES », juillet-décembre 2001, vol.1, p.29.

D'autre part le réseau ASDES a pour objet et finalité de permettre une bonne articulation entre le soin et l'éducation à la santé en faisant bénéficier les praticiens d'un temps supplémentaire de consultation et du soutien logistique de l'infrastructure hospitalière. Une telle organisation telle que la propose le réseau de soins de ville ASDES définit ainsi une nouvelle filière de soins⁴⁶ permettant une continuité dans la prise en charge globale des personnes, avec des outils et des principes communs et harmonisés entre les consultations de ville, la consultation hospitalière et l'hospitalisation.

Mais ce réseau médical ne propose pas encore une prise en charge odontologique polyvalente. Il reste sans doute des liens à penser et à créer avec les dispositifs proposant une prise en charge bucco-dentaire de ce type et comme ceux qui vont être abordés maintenant. Nous allons commencer par :

- **La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.) Bucco-Dentaires de l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris.**

Le 19 septembre 2002 l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris a inauguré un centre de permanence d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.) bucco-dentaires, destiné aux populations « défavorisées », au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Ce site pilote a pour vocation de « permettre la réhabilitation orale des personnes démunies qui du fait d'une très mauvaise dentition, voient leurs possibilités d'insertion sociale et professionnelle très compromise. L'activité de la P.A.S.S. garantira à la fois une prise en charge programmée, assurée sur la durée, et un travail de qualité, dans le cadre des soins actuellement financés par la CMU, soit « un panier de soins complet » a précisé l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris (AP-HP).

La création de ce centre a répondu à la volonté de l'AP-HP de renforcer, sur l'un de ses sites, l'offre de soins en odontologie, et d'en faire un pôle de référence fonctionnant en réseau avec les différents acteurs de cette discipline.

L'objectif est d'accueillir 150 patients par jour, et ce cinq jours par semaine, patients adressés le plus souvent par des associations (Médecins du Monde, Samu Social, ATD quart monde...), des P.A.S.S. généralistes ou d'autres centres de santé confrontés à des publics en situation de précarité qui orientent les patients en difficultés sociale vers cette P.A.S.S. Des conventions sont prévues pour organiser ces collaborations.

⁴⁶ Moutel Grégoire, Hervé Christian, *accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients*, La Presse Médicale, 21 avril 2001-30-n°15.

Ce centre est organisé au plan médical comme une unité fonctionnelle du service d'odontologie Garancière-Hôtel-Dieu. Les étudiants d'odontologie de 6^{ème} année contribueront de façon significative à l'activité de ce centre, sous le contrôle de praticiens hospitalo-universitaires attachés du service d'odontologie de l'hôtel-Dieu-Garancière. Mais l'activité P.A.S.S clairement identifiée est animée par ses propres personnels médicaux : un Praticien Hospitalier temps plein, des attachés vacataires, et bénéficie également de personnels non médicaux propres dont une assistante sociale, mais aussi d'un budget flêché. Il est intéressant de souligner que cette P.A.S.S. a vu le jour grâce à un quadruple partenariat : AP-HP, ville de Paris, Etat, D.A.S.E.

Nous arrivons maintenant au second dispositif, proposant une prise en charge d'odontologie polyvalente (soins, prévention et éducation à la santé).

- **Le « réseau social dentaire » du Val de Marne.**

Depuis 1991 le Conseil général du Val-de-Marne a engagé, par le biais de la Mission Bucco-dentaire, un partenariat, pour la mise en œuvre d'action de santé publique bucco-dentaire .

Cette année là naquit le programme départementale de prévention bucco-dentaire.

Puis en 1996, ce même service a été associé à la réflexion concernant le volet santé du Plan Départemental d'Insertion (PDI) dans le cadre de l'Aide Médicale Départementale et des aides complémentaires qui en découlaient et en particulier pour le secteur RMI dans le cadre de la prise en charge régie des soins buccodentaires hors nomenclature. En 1999, la Mission bucco-dentaire, été confirmée dans sa mission de santé publique dentaire notamment en ce qui concernait le champ de l'action sociale : elle devint à cette occasion le département de santé publique bucco-dentaire du Conseil Général du Val de Marne.

C'est ainsi qu'en toute logique, dans le cadre du volet départemental du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.)⁴⁷ conduit par la Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, le Conseil général du Val-de-Marne a élaboré, en 2000 et 2001, le projet de création d'un Réseau Social Dentaire, associant le secteur social et l'offre de soins émanant des praticiens libéraux, des centres de santé et des services hospitaliers.

⁴⁷ Mission Bucco-Dentaire (Direction des Intervention de Santé), *Projet de Création d'un Réseau Social Dentaire Dans le Val de Marne, Bilan d'étude financée par le P.R.A.P.S. Ile de France*, Conseil Général du Val de marne, 2001, 26 p

Ce projet, centré sur l'utilisateur, est né du constat de la très grande difficulté qu'éprouvent les responsables des structures sanitaires et sociales à faire prendre en charge la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité ainsi qu'à mettre en œuvre pour les soins dentaires des dispositifs sociaux comme la Couverture Maladie Universelle, c'est à dire à construire de nouveaux modes de pratiques professionnelles pour répondre à ces besoins de santé publique.

L'organisation générale du Réseau Social Dentaire, conçue par une des équipes de la Mission Bucco-dentaire à la quelle nous avons participé, vise à la spécialisation des structures sanitaires et sociales existantes, à l'accès aux soins et à la prévention bucco-dentaire de proximité, plutôt qu'à la création de nouvelles structures spécialisées. Il doit permettre de favoriser l'entrée dans une démarche de soins bucco-dentaires qui puisse aboutir à la réhabilitation orale totale, pour des personnes qui y ont renoncé pour des raisons financières et/ou culturelles et ce par une mise en œuvre d'actions coordonnées associant les différents acteurs impliqués dans ce projet.

En effet, la principale problématique médicale à laquelle le Réseau tente de répondre n'est pas un type de pathologie, mais une méthodologie pour la prise en charge de l'ensemble des soins bucco-dentaires, qui puisse aboutir à une réhabilitation orale complète des usagers, et donc à l'abandon de traitements ponctuels subis en urgence d'une manière répétitive, pratique qui ne peut que concourir à aggraver l'état de santé des personnes ainsi soignées au coup par coup. L'objectif est donc de mettre en place à la fois des soins et un ensemble de moyens de prévention afin, dans un premier temps, de résoudre les séquelles laissées par les pathologies bucco-dentaires, puis afin, dans un second temps, d'assurer un suivi des soins réalisés pour éviter les récurrences et enfin, dans un troisième temps, afin de donner ou de conforter une information et une éducation à la santé. Une telle démarche devrait aboutir à une meilleure santé globale de l'individu.

Nous avons déjà vu que de nombreuses études, comme Précar³⁹, Credes^{48,49} (1996-2001) ou I.C.S. II³⁷, ont identifié clairement un besoin en matière de santé bucco-dentaire dans la

⁴⁸ Dumesnil.S, Grandfils.N, Le Fur.P, Mizrahi.A, *Santé, soins et protection sociale en 1996*, Credes n°1204, 1997, 218 p.

⁴⁹ Auvray.L, Dumesnil.S, Le Fur.P, *Santé, soins et protection sociale en 2002*, Credes n°1364, 2001, 194p.

population dite défavorisée. En effet, il a été établi que cette population renonce pour plus de la moitié aux soins en général, et aux traitements dentaires en particulier (Etude Précar). Pour sa part, à différentes reprises (1991, 1995/1996, 2000/2001)^{50,51} le Conseil Général du Val de Marne via son service de santé publique bucco-dentaire (la Mission Bucco-Dentaire) a mené dans ce département des enquêtes épidémiologiques qui montrent que la prévalence carieuse est plus importante parmi les couches sociales les plus modestes pour les enfants âgés de 6, 9 et 11 ans ; que selon la même logique, plus un enfant est en échec scolaire, plus la prévalence carieuse est forte.

Un changement de comportement de la population val de marnaise s'impose pour une meilleure prise en charge de sa santé bucco-dentaire, facteur décisif pour lutter contre le renoncement aux soins comme le confirment d'autres études comme celles de la Faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand ou la C.P.A.M. d'Amiens⁵².

C'est à quoi tend le Réseau Social Dentaire en cherchant à faciliter la prise en charge de cette population globale. En effet, la majorité des individus de cette population (nous l'avons déjà montré) n'accède aux soins que lorsque poussée par la douleur, elle ne peut plus éviter la consultation. Dans de telles conditions, aucun traitement de fond ne peut être mis en place et aucune réhabilitation orale complète ne peut être envisagée.

Un réseau de ce type se doit donc de prendre en compte tous les aspects qui freinent le traitement global de ces patients, d'une part du côté des patients, et d'autre part du côté des partenaires sanitaires et sociaux qui vont intervenir.

Comment va fonctionner ce Réseau ?

La personne en demande de soins est accueillie dans une des structures sociales du réseau dont le rôle est de lui ouvrir et/ou de lui faire recouvrer l'accès à ses droits à l'assurance maladie. Cette structure adresse le patient, muni d'une fiche sociale (le situant notamment en matière d'ouverture des droits sociaux), et d'un cliché panoramique dentaire, vers une Permanence de Réseau. Cette Permanence sera pour cette personne l'occasion d'avoir, au

⁵⁰ Mission Bucco-Dentaire (Direction des Interventions de Santé), *Enquête épidémiologique 1995-1996 sur l'état de santé des enfants de 6, 9 et 11 ans*, Conseil Général du Val de Marne, 1997, 79p.

⁵¹ Mission Bucco-Dentaire (Direction des Interventions de Santé), *Enquête épidémiologique 2000-2001 sur l'état de santé des enfants de 6, 9 et 11 ans*, Conseil Général du Val de Marne, 2002, 79p.

⁵² U.F.S.B.D., U.R.C.A.M. Champagne Ardenne, *Intercausalité pathologies générales et pathologies buccodentaires. Interrelations médecins et chirurgiens-dentistes*, U.F.S.B.D. 2002, 96p.

cours d'un entretien avec un chirurgien-dentiste, un bilan bucco-dentaire complet, un diagnostic et des informations sur ses besoins en matière de soins, éventuellement des soins de première nécessité et, enfin, une orientation vers la structure de soins la plus appropriée à sa situation sanitaire et sociale. Si l'orientation vers un cabinet libéral est retenue, le praticien libéral en conformité à une charte de qualité du réseau auquel il adhèrera, s'engagera à mener à bien, selon le dispositif de protection sociale de la personne, une réhabilitation orale complète (soins conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et orthodontiques) et il sera aidé de l'accompagnement administratif et social du réseau. Ainsi toute difficulté en cours de route sera prise en charge par le réseau. Il en sera de même pour le secteur hospitalier et de centres de santé, avec des passerelles possibles entre les différentes offres de soins bucco-dentaires et les réseaux médicaux de santé.

A l'issue de cette phase de soins, l'unité coordinatrice du Réseau sera informée de l'accomplissement de la réhabilitation orale des différents usagers du réseau. Elle mettra alors en place un suivi de ses usagers (relance régulière de l'utilisateur pour un examen de contrôle), pour maintenir cet état de santé retrouvé.

En conclusion, ce Réseau Social Dentaire s'inscrit dans une véritable démarche de santé publique en allant au-delà d'une seule et unique prise en charge socio-sanitaire de cette population. Il allie la recherche et l'action par la mise en place d'outils qui puissent permettre d'une part l'évaluation de la demande et des besoins de santé buccodentaire (soins et éducation à la santé, prévention) des personnes en situation de renoncement aux soins et d'autre part l'évaluation de la capacité d'y répondre en matière d'offre de soins et de protection sociale. Enfin, ce réseau propose, via une formation adaptée, aux praticiens qui y participent, d'ouvrir leur activité à de nouvelles pratiques avec les autres secteurs d'offres de soins, les secteurs médicaux et sociaux du département et leur donne donc la possibilité de devenir des acteurs de santé publique capables d'assurer l'accès aux soins des personnes en état de fragilité.

• CHAPITRE IV : DISCUSSION

LES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA MISE EN PLACE DU RESEAU SOCIAL DENTAIRE :

Les difficultés rencontrées pour la mise en place d'un projet qui engageait la participation de partenaires de nature différente, même si, en principe, complémentaires, ont été l'occasion d'apprécier justement toute la pertinence d'un tel effort, de mieux comprendre, au jour le jour, l'origine des résistances ainsi suscitées et, sans se décourager pour autant, de tenter de les résoudre en affinant notre approche.

L'histoire de cette mise en place -aujourd'hui quasiment résolue est celle de plusieurs recours, de plusieurs tentatives, pour arriver à faire envisager, par chacun de nos futurs partenaires, la complexité de notre problématique et la nécessité d'une solution de prise en charge globale pour y répondre.

L'idée du réseau social dentaire germa au sein de notre équipe comme une réponse possible aux appels et doléances adressés régulièrement à la Mission Bucco-Dentaire par des structures sanitaires et sociales départementales qui signalaient les difficultés rencontrées pour faire prendre en charge les problèmes bucco-dentaires de leurs usagers.

C'est ainsi qu'en juillet 1999 nous avons été sollicités par notre direction pour acquérir une meilleure connaissance de l'état de santé bucco-dentaire des usagers accueillis en C.M.D.O. (Consultations Médicales de Diagnostic et d'Orientation), dans les six C.D.P.M. (Centres Départementaux de Prévention Médicale), pour en identifier au mieux les besoins ; le bilan d'activité de ces structures faisait état du fait que la grande majorité des consultants présentaient des problèmes bucco-dentaires.

Après un travail d'observation nous avons réalisé un rapport d'évaluation (cf. annexe 13) qui mettait en évidence un fonctionnement aléatoire : d'un côté, faute de formation et de matériel suffisants, les médecins consultants sous-estimaient les besoins bucco-dentaires des patients, de l'autre, les possibilités de prise en charge des soins restaient, malgré la constitution d'un réseau partenarial « de type système D », encore bien insuffisantes : le manque de structures de prise en charge des pathologies dentaires, l'absence de partenariat sur certains secteurs géographiques et enfin l'engorgement des structures existantes expliquaient cette situation.

A l'issue de ce rapport, nous avons préconisé :

d'une part, la nécessité de réaliser un examen bucco-dentaire plus précis lors des consultations, démarche qui s'inscrirait dans l'action de Santé publique définie lors de la création des C.D.P.M., c'est à dire orientée vers la prévention dans une perspective de réduction des risques individuels

d'autre part, nous avons insisté sur la nécessité de renforcer le réseau partenarial déjà existant.

Par ailleurs il fallait trouver une solution au véritable « parcours du combattant » que devaient affronter les usagers de ces structures pour la prise en charge totale de leurs soins. C'est ainsi que naquit notre concept de réseau.

La première difficulté fut de trouver le ou les pivots autour duquel ou desquels ce réseau pourrait s'articuler.

Etant donné la prévalence des difficultés sociales des futurs patients du réseau, nous avons envisagé d'abord le recours aux travailleurs sociaux, principaux acteurs des associations et des collectivités territoriales pour trouver des solutions à la problématique sociale de notre futur dispositif.

C'est là que survint notre deuxième difficulté. Nous avons rencontré auprès d'eux deux types de résistance nés de deux types de malentendu :

- Premier malentendu : ces travailleurs sociaux, déjà débordés par leurs tâches habituelles, ont eu le sentiment qu'il leur était demandé, pour collaborer avec nous, d'une part, un travail hors de leurs compétences, (or notre projet n'était pas, bien sûr, de leur proposer d'acquérir la compétence professionnelle d'un chirurgien-dentiste mais de les aider, par une formation minimale appropriée, à orienter les personnes dont ils avaient la charge vers la permanence du Réseau social dentaire) et, d'autre part, une surcharge de travail inacceptable.
- Second malentendu : ces travailleurs sociaux ont ressenti au premier abord notre projet d'un réseau particulièrement adressé à des personnes vulnérables comme un projet de « discrimination sociale », alors que tout notre souci était justement d'éviter le rejet quasi-automatique de ces patients par les procédures et lieux ordinaires de soins, pour les raisons exposées dans les chapitres précédents.

Nous avons tenté de leur faire entendre que nous défendions une « discrimination positive » adressée non pas aux plus pauvres mais à tous ceux qui en arrivaient à renoncer aux soins dentaires, même convaincus de leur utilité, faute de moyens réels d'accès.

Le troisième obstacle rencontré pour la mise en route de notre projet est venu de la résistance des professionnels de santé eux-mêmes, nos confrères chirurgiens-dentistes.

Dans l'ensemble, l'idée d'une prise en charge globale du patient est difficilement compatible avec la conception qu'ont les chirurgiens-dentistes de leur fonction. Pour preuve, la majorité des formations post-universitaires qui leur sont proposées sont celles qui portent sur les dernières nouveautés techniques et technologiques.

Ils ont donc peine à accepter ou à imaginer que pour améliorer la prise en charge de leurs patients, il aient à s'investir dans un nouveau rôle de conseiller qui les conduirait non plus seulement à donner des soins mais à aborder la notion de prévention individualisée.

En outre, si le code déontologique de la profession interdit à un chirurgien-dentiste de refuser un patient, quel qu'il soit, en état d'urgence, la plupart des praticiens libéraux restent très frileux et se refusent, au quotidien, à traiter dans leurs cabinets une population réputée pour manquer les rendez-vous et « faire des histoires », même si certains d'entre eux acceptent généreusement de les recevoir.

Nous avons essayé de leur démontrer qu'une participation à un réseau comme le nôtre les déchargerait d'un lourd travail administratif et du souci d'un absentéisme récurrent de cette patientèle et leur permettrait donc un exercice beaucoup plus confortable quand ils recevraient ce type de patients en situation de vulnérabilité.

Cette incitation paraît encore insuffisante pour nombre d'entre eux ; c'est une proposition pionnière qui les déroutent en les tirant vers une problématique qui dépasse le cercle étroit de leur cabinet, même si pourtant beaucoup d'entre eux sont amenés à fonctionner déjà nécessairement en réseau sans en avoir vraiment conscience.

Néanmoins, un certain nombre de praticiens acceptent aujourd'hui de collaborer à ce projet et se sont regroupés en une association dénommée Action Sociale des Chirurgiens Dentistes Libéraux (A.S.C.D.L) qui est devenue partenaire du réseau.

Nous ne désespérons pas de voir s'accroître le nombre de nos confrères décidés à sortir de leur cabinet pour jouer leur rôle dans le champ social comme tout le reste du corps médical, attentifs à ne pas rester à l'écart de toute une évolution du monde et de la santé publique.

Le quatrième et dernier problème rencontré a été celui du financement du réseau pour la partie libérale. L'association d'Action Sociale des Chirurgiens Dentistes Libéraux (A.S.C.D.L) a déposé à l'U.R.C.A.M, en août 2001, un dossier pour une demande de subvention dans le cadre du Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V) qui ne concernait que les seuls libéraux.

Ce dossier a été rejeté par la commission du F.A.Q.S.V non pas pour manque de qualité du projet mais parce qu'il lui a été adressé deux reproches :

le premier, d'être « trop social » et le second de n'avoir pas reçu préalablement un avis technique de la Commission Régionale des Réseaux (C.R.R), procédure qu'avait jusque là omis de nous mentionner l'U.R.C.A.M lors des entretiens préalables au montage de notre projet.

Nous avons donc réalisé un autre dossier qui concernait cette fois l'ensemble des partenaires du réseau, c'est à dire, outre les libéraux, les hôpitaux et les centres de santé.

Cette nouvelle présentation du dossier devait être examinée en septembre 2002 mais a été repoussée, d'abord en décembre 2002, puis, pour l'heure, en janvier 2003.

Nous espérons fermement que le subventionnement attendu de notre dossier s'effectuera bien au début de l'année 2003 et que nous éviterons d'être confrontés à de nouvelles conditions d'éligibilité dans une période où la réglementation sur les réseaux évolue de jour en jour.

• CHAPITRE V : CONCLUSION

Au terme de ce travail, si on peut avancer que le concept de réseau dans le domaine bucco-dentaire apparaît comme un moyen de réponse pour lutter contre le processus de fragilisation, c'est parce qu'il autoriserait un décloisonnement des systèmes de prise en charge entre les cabinets libéraux de ville, l'hôpital et les centres de santé, parce qu'il permettrait un partenariat à double sens entre des structures bucco-dentaires et sociales et des structures bucco-dentaires et médicales, et qu'il offrirait donc ainsi le cadre de la pluridisciplinarité nécessaire pour répondre à l'ensemble des besoins de santé de ces patients plus vulnérables que d'autres.

Ce type de dispositif ne peut se construire que selon un objectif de prise en charge globale socio-sanitaire permettant non seulement d'organiser les soins bucco-dentaires mais aussi de mettre en place une prévention dans ce domaine (éducation à la santé, promotion de la santé).

Cette prise en charge globale de la santé bucco-dentaire que propose ce type de réseau « spécialisé », fournirait l'occasion de pouvoir repérer les facteurs de risque et l'état de vulnérabilité de chaque patient, et ainsi, en cas de nécessité, de pouvoir coopérer avec d'autres réseaux de types médicaux, plus généralistes. Ainsi un même patient pourrait entrer dans un ou plusieurs réseaux en fonction de ses besoins.

Ce type de réseau bucco-dentaire devrait permettre aux chirurgiens-dentistes d'ouvrir leur activité à de nouvelles pratiques, de s'impliquer davantage dans le champ social et de prendre ainsi une nouvelle place dans le système de santé, celle d'acteur de la santé publique.

Ce nouveau rôle devrait inciter nos confrères à revendiquer une légitimité dans les instances décisionnelles ayant pour objet la santé, place jusqu'à présent tenue essentiellement par des médecins. Changement d'autant plus important qu'une des finalités de ce type de réseau, par le biais de l'évaluation médico-technique, est de donner des indications sur les dysfonctionnements des modalités des pratiques actuelles et sur les moyens existants pour améliorer ces modalités.

Cette hypothèse devient peu à peu réalité puisque, imaginée à l'issue de la première « Journée de Santé Publique Bucco-Dentaire » du 24 octobre 2001, elle a pris corps en conclusion de la deuxième « Journée de Santé Publique Bucco-Dentaire » du 25 octobre 2002 quand, sous l'impulsion des différents acteurs impliqués dans ce système de santé, a été créée

l'Association Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-dentaire (association loi 1901).

Dernier argument qui a son importance : un tel projet qui vise à traiter la problématique bucco-dentaire propre aux personnes en état de vulnérabilité peut permettre d'améliorer celle des patients ordinaires.

L'histoire l'a déjà démontré, ce sont souvent des recherches pionnières, des solutions inventées soit à l'intention de minorités marginalisées, soit en réponse à des urgences imprévues en temps de crise, qui se sont révélées ensuite fécondes pour l'ensemble des citoyens :

- dans le domaine de l'éducation, les trouvailles pédagogiques imaginées pour certains élèves en grande difficulté d'apprentissage ont bénéficié à tous les autres ; rappelons l'exemple du combat de la fin des années 1970 (loi d'intégration de 1975) pour intégrer des élèves handicapés dans un cursus ordinaire, qui a conduit à des ouvertures pédagogiques bénéfiques à l'élève « standard ».
- dans le domaine de la santé, des traitements de pointe, de nouveaux médicaments, des techniques chirurgicales innovantes, sont nés, par exemple dans l'urgence des temps de guerre.

Dernière remarque : ce souci d'une santé accessible à tous est aujourd'hui un objet de questionnement au cœur des problématiques sociales contemporaines. N'est-il pas intéressant de trouver le reflet de cette préoccupation de nos concitoyens pour ces questions sous la plume d'un journaliste du quotidien Le Monde la réflexion proposée tout récemment par Antoine Reverchon⁵³ ne rejoint-elle pas nos conclusions lorsqu'il écrit :

« Mais si l'organisation du système de santé est enfin devenue l'objet central de tous les débats, il y manque encore un ingrédient majeur : la participation des acteurs eux-mêmes dans à la définition de leur propre rôle... » et lorsque, après avoir évoqué « un nouveau contrat social » entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics et signalé les diverses réformes entreprises dans d'autres pays, il conclut ainsi son article : « lorsque réforme il y a eu, elle a été le résultat d'un changement des pratiques des acteurs du système. Et non l'inverse » ?

⁵³ Reverchon Antoine, la réforme de la santé, une opération à hauts risques, le Monde page économie du mardi 19 novembre 2002.

Pour conclure, nous dirons de notre travail qu'il se voudrait une contribution à cette nouvelle vision de l'organisation du système de santé qui prendrait en compte le fait que chacun d'entre nous est, par définition, porteur potentiel d'un ou de plusieurs éléments de vulnérabilité médicale et/ou sociale à un moment ou à un autre de sa vie, vision nécessairement multidisciplinaire qui fait du chirurgien-dentiste, parmi d'autres, un acteur de santé de plein droit.

Un demi-siècle plus tard, serait réalisée l'utopie généreuse du premier concept de sécurité sociale (ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945), né au lendemain des souffrances partagées de la deuxième guerre mondiale lequel proposait un soutien à la santé de tous les citoyens sans discrimination aucune ; utopie déjà présente, ne l'oublions pas, aux débuts de l'institution du corps médical dans le serment d'Hippocrate auquel tout soignant se réfère en son âme et conscience dans sa pratique, qu'il l'ait prononcé ou non, au moment de son accession au droit d'exercer.

BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE (ALPHABETIQUE)

1. Aide Odontologique Internationale, *population en situation de précarité et accès aux soins bucco-dentaires*, A.O.I., novembre 1998.
2. Andrick.P, Muncnerova, 1961 : *The incidence of caries in prehistoric times*, Ceskoslovenskastom, vol 61 p 347-363.
3. Auvray.L, Dumesnil.S, Le Fur.P, *Santé, soins et protection sociale en 2002*, CreDES n°1364, 2001, 194p.
4. Baron R, Mailland M, Lai Son Chan Thu H.O, *Etude statistique de la fréquence de la carie dentaire et des dents absentes chez certaines populations néolithiques du Bassin Parisien*, 1970, R.F.O.S., n°8, p 1063-1080.
5. Baudet J.H, *Histoires de la médecine*, Ed Dumerchez-Naoum, Paris 1985, 261 p.
6. Boulard Jean-Claude, *Pour une couverture maladie universelle, base et complémentaire*, Rapport août 1998.
7. Breasted J.H, *The Edwin Smith Surgical Papyrus*, University of Chicago, Chicago 1930.
8. Chauvin Pierre, Parizot Isabelle, Menahem Georges, Guiguet Marguerite, Pech Nicolas, Jacques Lebas. *L'étude Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, une étude multicentrique auprès des clientèles de dispositifs de soins gratuits en région Parisienne*. Paris, Institut de l' Humanitaire, 1999, 125 pages.
9. Cohen Fabien, *le point de vue du chirurgien dentiste sur la place de la santé bucco-dentaire des addicts dans le vivre bien*, journée de la société d'Addictologie Francophone, Prise en charge des addictions : l'éthique médicale en question, Paris 2002

10. CreDES, *Etat de santé et les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité*, id vol 84 n°13, 27 mars 2002 pages 851-852.
11. CreDES, *santé et protection sociale*, rapport 1997
12. Declerck Patrick, « *Les naufragés* », Coll Terre Humaine, édition Plon, septembre 2001.
13. 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.
14. Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, DRESS n°141 oct 2001.
15. Dumesnil.S, Grandfils.N, Le Fur.P, Mizrahi.A, *Santé, soins et protection sociale en 1996*, CreDES n°1204, 1997, 218 p.
16. Emmanuelli. S, *Nécessité de lieux fixes de soins dentaires réservés au seul public des plus démunis*, Mémoire de D.E.A., Paris, Université René Descartes Paris V, 1997, photocopié, 84 pages.
17. Gevaudan Thierry, Docteur Soria Jacques, *Santé et précarité : du Droit à la réalité*, Ecole Nationale de Santé Publique, décembre 1991, 318 pages.
18. Guérin Monique, *Le généraliste et son patient*, Flammarion, Coll.Dominos, 1995, 127 pages.
19. Hassin Jacques, *l'Emergence 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, dec 1996, photocopié, 379 pages.

20. 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.
21. Hervé Christian, Hassin Jacques, Emmanuelli Sophie, laboratoire d'Ethique médicale et de Santé publique faculté de Necker-Enfants-malades, Paris, *Pathologie dentaire de la précarité*, in la lettre de l'odonto-stomatologie n° 8, pp 2-4, janvier-avril 2002.
22. Hervé Christian, Hassin Jacques, Emmanuelli Sophie, laboratoire d'Ethique médicale et de Santé publique faculté de Necker-Enfants-malades, Paris, *Pathologie dentaire de la précarité*, in relation centrée, septembre 2001.
23. Hervé Christian, Moutel Grégoire, *Mise en place d'un réseau d'accès aux soins, aux droits et à la prévention de facteurs de risques médicaux et sociaux*, Médecine Légale et Société 2001-Volume 4-, Numéro 1.
24. Hescot Patrick, Bourgeois Denis, Berger Patrice, le programme de recherche international de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire, la situation en France pour la période 1993-1995, FDI World Dental Press Ltd, Coll Association Dentaire Française, 1996, 117 pages.
25. INSEE première n°823, janv 2002.
26. M.Marspat, J.M. Firdion, et al. : la Rue et le foyer. *Une recherche sur les sans domicile fixe et les mal logés dans les années 1990*, paris INED/PUF, 2000.
27. Ménoret-Calles Brigitte -, *L'accès aux soins des populations démunies*, L'harmattan, 1997,175 pages.
28. Mercier céline, Fournier louise, Racine Guylaine, *l'itinérance*, in Traité des problèmes sociaux, Chap. 36, p.739-764, institut québécois de recherche sur la culture , 1994.

29. Mission Bucco-Dentaire (Direction des Intervention de Santé), *Projet de Création d'un Réseau Social Dentaire Dans le Val de Marne, Bilan d'étude financée par le P.R.A.P.S. Ile de France*, Conseil Général du Val de Marne, 2001, 26 p.
30. Mission Bucco-Dentaire (Direction des Interventions de Santé), *Enquête épidémiologique 1995-1996 sur l'état de santé des enfants de 6, 9 et 11 ans*, Conseil Général du Val de Marne, 1997, 79p.
31. Mission Bucco-Dentaire (Direction des Interventions de Santé), *Enquête épidémiologique 2000-2001 sur l'état de santé des enfants de 6, 9 et 11 ans*, Conseil Général du Val de Marne, 2002, 79p.
32. Molleson.T, Pour la science n°204, 1994, p .60.
33. Moutel Grégoire, Les réseaux de soins de ville-hôpital : le réseau « ASDES », juillet-décembre 2001, vol.1, p.29.
34. Moutel Grégoire, Hervé Christian, *accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients*, La Presse Médicale, 21 avril 2001-30-n°15.
35. Moutel Grégoire, Hervé Christian, *Réseaux de soins : De quoi parlons-nous et quels sont les vrais objectifs de santé publique ?*, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique Faculté de médecine Necker, 2001.
36. Paugam Serge, *la société Française et ses pauvres*, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques 1993, 317 pages.
37. Paugam Serge et Cléménçon Mireille, *Enquête Observatoire Sociologique du Changement/Fnars « personnes en détresse »*, février 2002.
38. Préel.j, Viala. Jf, Garrigue.P, Limoge-Lendais, *Odonto-stomatologie et assurance maladie*, Masson, Paris 1996, 208 pages.

39. Quéré France, *L'éthique et la vie*, Odile Jacob, Coll. Points, 1992, 336 pages.
40. Quibell J.E, Excavation at Saquarra : *The Tomb of hesis in Saquarra*, vol 5, Le Caire 1905.
41. Le quotidien du médecin, *la santé publique passe par les soins dentaires aux personnes les plus démunies*, n° 6332, mercredi 09 septembre 1999.
42. Rapport du 9 avril 1975, 28^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé.
43. « Revenus et patrimoine des ménages », édition 2000-2001, *synthèses*, n°47, mars 2001.
44. Réverchon Antoine, *la réforme de la santé, une opération à hauts risques*, le Monde page économie du mardi 19 novembre 2002
45. Roth. F, *l'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité*, 30 mars 1999, A.P.-H.P.
46. Rouot J, 1977, *l'Art dentaire dans l'antiquité*, In Poulet-Sournia-Martiny, tome II, 1977, pp.123-137.
47. Saporta Sylvie, *Première journée de santé publique dentaire : quel réalité, quels enjeux*, Information dentaire n°14, 3avril 2002, p.p 915-918.
48. Sournia J.Ch, *La Médecine arabe*, In Poulet-Sournia-Martiny, tome II, 1977, pp.189-229.
49. Sussier P, Histoire de l'Art Dentaire du Moyen Age au XIX^é siècle, in Laignel-Lavastine, tome II, 1938, pp. 571-586.
50. U.F.S.B.D., U.R.C.A.M. Champagne Ardenne, *Intercausalité pathologies générales et pathologies buccodentaires. Interrelations médecins et chirurgiens-dentistes*, U.F.S.B.D. 2002, 96p.

51. Valencis R., *Albucasis : un chirurgien arabe au moyen Age*, thèse Faculté de Médecine de Montpellier, 1908.
52. Wresunski. J, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, *journal officiel*, n°6, 28 février 1987, Paris.
53. Yahiel Michel, *lignes directrices pour une réforme dentaire*, Rapport relatif à la prise en charge des soins bucco-dentaires, juillet 2001

BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE (PAR ORDRE DE CITATION)

1. Emmanuelli. S, *Nécessité de lieux fixes de soins dentaires réservés au seul public des plus démunis*, Mémoire de D.E.A., Paris, Université René Descartes Paris V, 1997, polycopié, 84 pages.
2. Molleson.T, Pour la science n°204, 1994, p .60.
3. Andrick.P, Muncnerova, 1961 : *The incidence of caries in prehistoric times*, Ceskoslovenskastom, vol 61 p 347-363.
4. Baron R, Mailland M, Lai Son Chan Thu H.O, *Etude statistique de la fréquence de la carie dentaire et des dents absentes chez certaines populations néolithiques du Bassin Parisien*, 1970, R.F.O.S., n°8, p 1063-1080.
5. Baudet J.H, *Histoires de la médecine*, Ed Dumerchez_Naoum, Paris 1985, 261 p.
6. Quibell J.E, Excavation at Saquarra : *The Tomb of hesis in Saquarra*, vol 5, Le Caire 1905.
7. Breasted J.H, *TheEdwin Smith Surgical Papyrus*, University of Chicago, Chicago 1930.
8. Rouot J, 1977, *l'Art dentaire dans l'antiquité*, In Poulet-Sournia-Martiny, tome II, 1977, pp.123-137.
9. Sussier P, Histoire de l'Art Dentaire du Moyen Age au XIX^e siècle, in Laignel-Lavastine, tome II, 1938, pp. 571-586.
10. Sournia J.Ch, *La Médecine arabe*, In Poulet-Sournia-Martiny, tome II, 1977, pp.189-229.

11. Valencis R., *Albucasis : un chirurgien arabe au moyen Age*, thèse Faculté de Lédecine de Montpellier, 1908.
12. Boulard Jean-Claude, *Pour une couverture maladie universelle, base et complémentaire*, août 1998.
13. CreDES, *santé et protection sociale*, rapport 1997.
14. Prével J., Viala J.F., Garrigue P., Limoge-Lendais, *Odonto-stomatologie et assurance maladie*, Masson, Paris 1996, 208 pages.
15. Yahiel Michel, *lignes directrices pour une réforme dentaire*, Rapport relatif à la prise en charge des soins bucco-dentaires, juillet 2001
16. Moutel Grégoire, Hervé Christian, *Réseaux de soins : De quoi parlons-nous et quels sont les vrais objectifs de santé publique ?*, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique Faculté de médecine Necker, 2001.
17. Le quotidien du médecin, *la santé publique passe par les soins dentaires aux personnes les plus démunies*, n° 6332, mercredi 09 septembre 1999.
18. Wresunski J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale, *journal officiel*, n°6, 28 février 1987, Paris.
19. Paugam Serge et Cléménçon Mireille, Enquête Observatoire Sociologique du Changement/Fnars « personnes en détresse », février 2002.
20. Hassin Jacques, *l'Emergence 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, dec 1996, photocopié, 379 pages.
21. Gevaudan Thierry, Docteur Soria Jacques, Santé et précarité : *du Droit à la réalité*, Ecole Nationale de Santé Publique, décembre 1991, 318 pages.

22. « Revenus et patrimoine des ménages », édition 2000-2001, *synthèses*, n°47, mars 2001.
23. Declerck Patrick, « *Les naufragés* », coll Terre Humaine, édition Plon, septembre 2001.
24. Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, DRESS n°141 oct 2001.
25. M.Marspat, J.M. Firdion, et al. : la Rue et le foyer. *Une recherche sur les sans domicile fixe et les mal logés dans les années 1990*, Paris INED/PUF, 2000.
26. Paugam Serge, *la société Française et ses pauvres*, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques 1993, 317 pages.
27. Ménoret-Calles Brigitte -, *L'accès aux soins des populations démunies*, L'harmattan, 1997, 175 pages.
28. INSEE première n°823, janv 2002.
29. Mercier céline, Fournier louise, Racine Guylaine, *l'itinérance*, in *Traité des problèmes sociaux*, Chap. 36, p.739-764, institut québécois de recherche sur la culture , 1994.
30. Quéré France, *L'éthique et la vie*, Odile Jacob, Coll. Points, 1992, 336 pages.
31. Guérin Monique, *Le généraliste et son patient*, Flammarion, Coll.Dominos, 1995, 127 pages.
32. 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.

33. Saporta Sylvie, *Première journée de santé publique dentaire : quel réalité, quels enjeux*, Information dentaire n°14, 3avril 2002, p.p 915-918.
34. Hervé Christian, Hassin Jacques, Emmanuelli Sophie, laboratoire d’Ethique médicale et de Santé publique faculté de Necker-Enfants-malades, Paris, *Pathologie dentaire de la précarité*, in relation centrée, septembre 2001.
35. 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.
36. Hervé Christian, Hassin Jacques, Emmanuelli Sophie, laboratoire d’Ethique médicale et de Santé publique faculté de Necker-Enfants-malades, Paris, *Pathologie dentaire de la précarité*, in la lettre de l’odonto-stomatologie n° 8, pp 2-4, janvier-avril 2002.
37. Hescot Patrick, Bourgeois Denis, Berger Patrice, le programme de recherche international de l’Organisation Mondiale de la Santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire, la situation en France pour la période 1993-1995, FDI World Dental Press Ltd, Coll Association Dentaire Française, 1996, 117 pages.
38. Cohen Fabien, *le point de vue du chirurgien dentiste sur la place de la santé bucco-dentaire des addicts dans le vivre bien*, journée de la société d’Addictologie Francophone, Prise en charge des addictions : l’éthique médicale en question, Paris 2002.
39. Chauvin Pierre, Parizot Isabelle, Menahem Georges, Guiguet Marguerite, Pech Nicolas, Jacques Lebas. *L’étude Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, une étude multicentrique auprès des clientèles de dispositifs de soins gratuits en région Parisienne*. Paris, Institut de l’ Humanitaire, 1999, 125 pages.
40. Credes, *Etat de santé et les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité*, id vol 84 n°13, 27 mars 2002 pages 851-852.
41. Rapport du 9 avril 1975, 28^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé.

42. Aide Odontologique Internationale, *population en situation de précarité et accès aux soins bucco-dentaires*, A.O.I., novembre 1998.
43. Roth. F, *l'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité*, 30 mars 1999, A.P.-H.P.
44. Hervé Christian, Moutel Grégoire, *Mise en place d'un réseau d'accès aux soins, aux droits et à la prévention de facteurs de risques médicaux et sociaux*, Médecine Légale et Société 2001-Volume 4-, Numéro 1.
45. Moutel Grégoire, *Les réseaux de soins de ville-hôpital : le réseau « ASDES »*, juillet-décembre 2001, vol.1, p.29.
46. Moutel Grégoire, Hervé Christian, *accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients*, La Presse Médicale, 21 avril 2001-30-n°15.
47. Mission Bucco-Dentaire (Direction des Intervention de Santé), *Projet de Création d'un Réseau Social Dentaire Dans le Val de Marne, Bilan d'étude financée par le P.R.A.P.S. Ile de France*, Conseil Général du Val de Marne, 2001, 26 p.
48. Dumesnil.S, Grandfils.N, Le Fur.P, Mizrahi.A, *Santé, soins et protection sociale en 1996*, CreDES n°1204, 1997, 218 p.
49. Auvray.L, Dumesnil.S, Le Fur.P, *Santé, soins et protection sociale en 2002*, CreDES n°1364, 2001, 194p.
50. Mission Bucco-Dentaire (Direction des Interventions de Santé), *Enquête épidémiologique 1995-1996 sur l'état de santé des enfants de 6, 9 et 11 ans*, Conseil Général du Val de Marne, 1997, 79p.

51. Mission Bucco-Dentaire (Direction des Interventions de Santé), *Enquête épidémiologique 2000-2001 sur l'état de santé des enfants de 6, 9 et 11 ans*, Conseil Général du Val de Marne, 2002, 79p.

52. U.F.S.B.D., U.R.C.A.M. Champagne Ardenne, *Intercausalité pathologies générales et pathologies buccodentaires. Interrelations médecins et chirurgiens-dentistes*, U.F.S.B.D. 2002, 96p.

53. Réverchon Antoine, *la réforme de la santé, une opération à hauts risques*, le Monde page économie du mardi 19 novembre 2002.

ANNEXES