



DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE
SANTÉ,
SOCIÉTÉ ET
MIGRATION

Les sentinelles

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Nicolas Chambon

Giamalis, Michel

Année 2017-2018



Celui-là qui veille modestement quelques moutons sous les étoiles, s'il prend conscience de son rôle, se découvre plus qu'un serviteur. Il est une sentinelle. Et chaque sentinelle est responsable de tout l'empire.

Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944), *Terre des hommes*, 1939.

Pour trouver la vérité, il faut tourner le dos à la multitude.

Bernard le Bouyer de Fontenelle (1657-1757) *Nouveaux dialogues des morts*, 1729.

Brûlez tous vos livres.

Jiddu Krishnamurti (1895-1986) *Aux étudiants*, 1968.

Ne devenez pas trop subtil. Le privilège lié à la subtilité, c'est de faire la distinction entre le chanceux et le malchanceux.

John Berger (1926-2017) *A fortunate man*, 1967.

*Les étoiles sont loin dites-vous
et notre terre toute petite.
Qu'elles le soient donc.
Je m'en moque.
Sachez que je trouve plus étonnant
plus imposant
plus mystérieux et plus grand
un homme qu'on empêche de marcher
un homme qu'on enchaîne.*

Nazim Hikmet (1901-1963) *Microcosme*, 1934.

SOMMAIRE

1-Prologue.	5
2-Introduction.	6
3-La Croix Rouge.	9
3.1-Organisation de la Croix Rouge.	
3.2-Organisation des soins dentaires.	
4-Les mots.	13
4.1-La santé.	
4.1.1-Plus qu'un état physiologique, une notion philosophique.	
4.1.2-La définition de l'OMS.	
4.1.3-La santé ? Un bien de consommation.	
4.2-La maladie.	
4.3-L'éthique.	
4.3.1-Définir l'éthique.	
4.3.2-L'éthique du soin.	
5-La santé bucco-dentaire.	28
6-Les pathologies bucco-dentaires.	29
6.1-La carie.	
6.2-Les maladies parodontales.	
6.3- Relation santé bucco-dentaire et santé générale.	
6.4-La prévention.	
7-Les inégalités sociales de santé.	34
7.1-Les déterminants de la santé.	
7.2-Les inégalités sociales et les déterminants de la santé bucco-dentaire.	
8-L'accès aux soins.	39
8.1-Le non recours aux aides sociales.	
8.2-Le non-recours aux soins.	

8.3-Le renoncement aux soins.	
8.4-Les raisons du renoncement et du non-recours.	
8.5-Le refus de soin.	
9-Ethique et soin dentaire.	46
9.1-La technique.	
9.2-Les patients.	
9.2.1-Les migrants.	
9.2.2-Les précaires.	
9.3-L'aller vers.	
10-La solitude des soignants.	54
11-Conclusion.	58
12-Epilogue.	60
Notes.	62
Annexe 1 : Quelques photos.	66
Annexe 2 : Ensemble des dispositifs d'accès aux soins.	67

1-Prologue

Bernard est venu vers moi à grandes enjambées. Son sourire lui mange le visage. Il se presse pour m'annoncer une grande nouvelle. Habituellement il siège derrière son bureau à l'entrée du local de la Croix Rouge. Il répond au téléphone, renseigne, oriente, parfois rabroue ceux qui en franchissent le seuil. Le matin, arrivé avant tout le monde, il amène du pain et des viennoiseries de la veille, que la boulangerie voisine a mis de côté. Il prépare une grande cafetière et présente joliment le tout sur une table, à la discrétion des migrants qui en ce moment dorment aux abords. Il se précipite vers moi : « Docteur, docteur, vous avez une patiente ! » Bernard m'appelle « docteur » bien que je lui ai dit que je m'appelais Michel, et que, s'il le voulait, on pouvait se tutoyer. « Je ne pourrai jamais, docteur ! »

Si Bernard est aussi joyeux ce matin, c'est que la jeune femme qui attend dans l'entrée est ma première patiente Croix-Rouge !

Nathalie est une jeune maman de trente-cinq ans. Son compagnon l'a mise dehors avec son enfant, en conservant tous ses papiers. Une molaire lui fait très mal et elle voudrait bien que je la soulage. Mon fauteuil et mon matériel de consultation se situent dans une pièce si petite, que le l'ai vite baptisée « le placard ». Je n'ai reçu mes instruments qu'hier et je n'ai pas encore eu le temps de tout déballer. Sans avoir encore fait savoir qu'une consultation dentaire était mise en place à l'unité locale d'Annecy, voilà déjà ma première patiente. Le bouche à oreille, et je m'en apercevrai souvent, fonctionne très bien dans la rue.

Je l'installe et j'engage la conversation pour essayer de la détendre. Nathalie est très maigre, pas très rassurée et quand elle me parle, elle met sa main devant sa bouche. « J'ai honte. Honte de vous montrer mes dents ». Il lui manque des incisives, et plusieurs dents sont ébréchées. Elle présente une parodontite chronique à un stade avancé qui va être la cause d'autres pertes dentaires. De nombreuses caries pourraient être à l'origine de ses douleurs, mais je trouve rapidement le coupable : un petit morceau d'allumette, planté dans la gencive et coincé entre deux dents, qui a occasionné une terrible inflammation.

Nathalie est touchante dans sa détresse et elle pourrait être belle. Elle s'en veut de se présenter devant moi comme cela, édentée, dégradée, aussi peu féminine.

Comment Nathalie en est-elle arrivée là ? Comment sa santé dentaire s'est-elle autant détériorée ? Pourquoi n'a-t-elle pas consulté avant ? Pourquoi aucun confrère ne s'est occupé

d'elle ? Pourquoi vient-elle me voir, moi ? A-t-elle des droits sociaux ? A-t-elle vu une assistante sociale ? Où dort-elle ? Et son enfant, où est-il, comment va-t-il ?

Mais je vais trop vite en besogne, et il faut faire un petit retour en arrière.

La genèse de cette aventure humaine qui m'a amené à soigner Nathalie, et tous les autres patients venus après elle, avait commencé par un rendez-vous, neuf mois plus tôt, à mon cabinet dentaire privé. Par la suite, durant ces neuf mois, j'ai imaginé un cabinet dentaire pour la Croix Rouge, que j'ai voulu transportable, j'ai cherché les bons matériels et le financement, j'ai dû argumenter, séduire (un peu) et convaincre (c'était facile), puis me lancer.

Neuf mois de rencontres, en France, en Suisse, de discussions, d'échanges de méls, de réflexions, de doutes, de soutiens et d'encouragements : une expérience passionnante.

Neuf mois : le temps d'une gestation.

Neuf mois plus tôt, avant que je ne connaisse Bernard et Nathalie, l'automne ici se terminait.

2-Introduction.

Je m'en souviens, c'était une matinée de novembre, sombre, venteuse et froide, comme Annecy nous en offre parfois. Les platanes finissaient de se dénuder, et le lac rageur maintenait les pêcheurs à quai. Simone était venue à son rendez-vous, ponctuelle comme toujours. Après les soins, selon nos habitudes, je l'écoutais me parler de son action pour la Croix Rouge. L'hiver qui s'installait doucement mobilisait un peu plus ses troupes en prévision du froid à venir. Mais avec l'arrivée des migrants, la donne avait quelque peu changé : davantage de besoins, de nouveaux logements à trouver, des réunions chronophages, des bénévoles qu'il fallait accompagner, des choix à faire, des décisions à prendre.

Le train-train.

Simone est une septuagénaire alerte. Une terrienne, une montagnarde. Elle aime la pêche, la chasse, et fait les œufs à la neige comme personne. Ayant toujours œuvré dans le social, elle en connaît ses arcanes et son écosystème. Il y a longtemps, elle a déclaré la guerre à la misère et à l'injustice. La détresse d'un être humain est une tragédie, le sourire d'un enfant une récompense, elle a le cœur sur la main, elle est toujours prête à rendre service mais elle sait pourtant être dure et dire « non ». Son engagement fait sens et, malgré parfois son envie de tout laisser, elle est toujours là, debout, faisant face. Son œil pétille souvent et elle ponctue quelquefois ses phrases par un éclat de rire salutaire. Car il faut rire, de nous, des autres :

certaines situations sont si pathétiques, que l'on en pleurerait.

Simone est présidente territoriale à la Croix Rouge. Après avoir dirigé l'équipe de l'unité locale d'Annecy, on lui a confié les rênes du territoire de la Haute Savoie, l'équivalent pour la Croix Rouge du département. Elle était venue ce matin-là avec une idée bien précise.

« Docteur, j'aimerais créer à Annecy, un espace de consultation dentaire. Connaissez-vous un dentiste qui pourrait m'aider ? »

C'est ainsi que tout a commencé.

Depuis, beaucoup de choses ont changé : avec Simone nous nous tutoyons, j'ai intégré l'unité locale de la Croix Rouge d'Annecy, et le pôle santé-social du territoire, le cabinet dentaire a vu le jour, j'ai commencé à soigner, découvert les précaires et le monde associatif, formé des assistantes bénévoles, assisté à des réunions et encore à des réunions. Parallèlement, j'ai décidé de me perfectionner tout d'abord à Grenoble avec Pierre Micheletti¹, puis à Lyon et Saint-Etienne pour ce DIU.

J'ai rencontré les médecins, les infirmières, les assistantes sociales, les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychiatres, les bénévoles, les sociologues, les anthropologues, les statisticiens, les comptables, les fonctionnaires, les indignés, les enseignants, les étudiants, les doctorants, les retraités, les anarchistes, les philosophes, les politistes : les spécialistes.

J'ai rencontré les sans domiciles, sans ressources, sans dents, sans famille, sans patrie, sans papiers, sans futur, sans bulletin de vote, sans raison parfois, sans issue : les sans voix.

J'ai rencontré les exilés, les déplacés, les réfugiés, les émigrés, les migrants, les demandeurs d'asile, les clandestins, les étrangers, les étonnés, les effarés, les déboutés : les déboussolés.

Car c'est pour eux que l'on œuvre et je suis encore surpris de leur nombre, de leur jeunesse, de leur discrétion, de leur calme, et souvent de leur résignation. Surpris aussi que l'on ne les entende que si peu, alors qu'ils sont l'objet et le sujet de nombreuses études.

Pour ce travail qui doit conclure mon année universitaire, j'aurais aimé vous faire part de mes réflexions issues de cette expérience de vie menée avec la Croix Rouge. J'aurais aimé vous parler de caries et de parodontopathies bien sûr, mais aussi de santé, d'éthique et de soin, de non-recours, de l'« aller vers », de solitude, de rencontres, et ce, dans le cadre des soins dentaires que je prodigue aux plus précaires.

¹ D.U. Santé, Solidarité, Précarité. UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes.

Je parle, je parle, et j'en oublie de me présenter. Je suis docteur en chirurgie dentaire à Annecy, et j'exerce dans un cabinet de groupe libéral avec un plateau technique complet. Je sais que notre profession suscite beaucoup de stéréotypes voire de préjugés², mais sachez que je ne suis pas un arracheur de dents, et que mon métier consiste plutôt à ce que la petite souris ne passe pas deux fois.

Comme beaucoup de mes confrères, je suis passionné par mon métier. Vous n'êtes pas obligés de me croire, et je ne m'en formaliserais pas si cela était le cas, mais je vous le dis : la dent, « l'organe dentaire » est un sujet d'étude extraordinaire. On ne sait toujours pas qu'elle force la fait pousser, et c'est le seul organe dont des cellules ont su fabriquer un cristal.

La dent vit dans un environnement assez hostile : la bouche est en effet un lieu saturé d'humidité, avec un Ph fluctuant rapidement, et une concentration de micro-organismes qui fait froid dans le dos. La bouche est également soumise à des variations de températures très brutales, à des sollicitations mécaniques intenses et notre alimentation riche en sucres et en acides fait le bonheur des bactéries cariogènes. Dans cette ambiance inhospitalière, la dent, malgré sa capacité adaptative, souffre et sa structure peut s'altérer. Il faut alors réparer, désinfecter, parfois extraire, remplacer, mais aussi éduquer, conseiller, prévenir.

Mes maîtres ont développé des trésors d'ingéniosités et d'ingénieries pour non seulement remplacer les dents absentes, mais rendre le plus invisible possible les soins dentaires. Je travaille aujourd'hui avec des outils high-techs, j'utilise quotidiennement le titane, la vitrocéramique, des scanners ou des images 3d, et les colles que j'emploie ont été développées par et pour l'industrie spatiale. Mon travail -j'ose le mot- mon art, est à la croisée de champs médicaux très variés : chirurgie, prothèse, esthétique, microbiologie, gnathologie, pédiatrie, gérontologie, psychologie mais aussi des techniques artisanales ancestrales et des technologies de pointe. Je fais donc partie des « professionnels de la santé », mais pour ma part je préfère me situer dans le groupe des « soignants ».

Depuis longtemps, comme beaucoup, je m'interroge sur la manière d'être utile pour rendre service aux plus démunis. Ainsi, il y a quelques temps, j'ai eu la chance de rencontrer Mathieu Ricard, de passage en France dans le but de recueillir des fonds et chercher des bénévoles pour son association « Karuna-Sechen » qui vient en aide aux populations les plus pauvres d'Inde, du Népal et du Tibet. A la fin de sa présentation, avec d'autres, je me suis porté volontaire pour l'aider dans ses missions humanitaires. Sa réponse a été très sage, évidemment, mais sur le moment j'ai été très déçu d'entendre la vérité : « Ne venez pas avec

² DIU Santé, Société et Migration, module 2 : préjugés et représentations.

moi pour faire du tourisme humanitaire et vous donner bonne conscience. Regardez d'abord au bout de votre rue si l'on n'a pas besoin de vous. »

Ainsi, quand Simone est venue me chercher pour devenir bénévole à la Croix Rouge, j'étais prêt à rendre concrète ma fibre sociale. Il faut être aveugle pour ne pas voir l'augmentation constante de la pauvreté et la difficulté qu'ont les usagers à soigner leurs dents. Lorsque j'ai rencontré les plus précaires d'entre nous, il a bien fallu m'adapter, brûler tous mes livres, arrêter d'être trop subtil, accepter d'être dérangé dans mes habitudes, accepter l'inconfort, et parfois l'impuissance.

3-La Croix Rouge

Tout le monde connaît la Croix Rouge, elle fait partie du paysage français, mais aussi mondial : c'est à ce jour, la plus grande organisation humanitaire. Cette grande maison a été créée par Henry Dunant un citoyen suisse (Genevois et protestant) qui, témoin de la bataille de Solferino en 1859, improvisa des secours avec le concours des populations locales civiles. (Solferino fut la dernière bataille de la troisième guerre d'indépendance italienne et eut pour conséquence l'annexion par le Piémont-Sardaigne de la plus grande partie de la Lombardie, contribuant ainsi à la construction de l'unité italienne³.)

L'aide humaniste apportée lors de cette bataille aux soldats des deux camps, sans discrimination, fut l'acte fondateur de la Croix-Rouge qui fut créée en 1863. Le logo distinctif de la Croix Rouge, est une croix rouge sur fond blanc, soit l'inverse du drapeau suisse, et en général, on les confond tout le temps.

3.1-Organisation de la Croix Rouge.

Aujourd'hui, la Croix Rouge se compose de trois grandes structures :

- Le CICR (Comité International de la Croix-Rouge), organisation humanitaire suisse, intervenant exclusivement en situation de conflit. Le CICR est le gardien du DIH (Droit

³ L'Encyclopaedia Universalis.

International Humanitaire). Il est mandaté par la communauté internationale pour veiller à son application par les parties en conflit.

- La Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui coordonne les actions des sociétés nationales en cas de catastrophes et soutient leur développement.
- Les Sociétés Nationales qui répondent aux besoins des pays dans lesquelles elles sont implantées et peuvent agir à l'international en cas de demande de la société nationale concernée. La Croix-Rouge française est l'une de ces Sociétés Nationales.

La Croix-Rouge française a été fondée en 1864, et aujourd'hui elle compte environ 59 000 bénévoles et 18 000 salariés. La Croix-Rouge française est une association indépendante qui agit aux côtés des pouvoirs publics. Association loi 1901, elle est reconnue d'utilité publique depuis 1945. Elle a 5 métiers fondamentaux : Urgence et secourisme, Action sociale, Formation, Santé, Action internationale. Au travers d'un réseau très dense de délégations et d'établissements, la Croix-Rouge française est présente sur l'ensemble du territoire français y compris dans les départements et territoires d'outre-mer. Ce maillage lui permet d'intervenir au plus vite auprès des personnes en difficulté quel que soit le point du territoire ou le type d'intervention requis.

La Croix Rouge française, c'est : 1 siège national, 12 délégations régionales, 108 délégations départementales et territoriales, 1019 délégations locales, ou unités locales.

Annecy est l'une de ces unités locales et existe depuis 1963. Aujourd'hui, elle compte 159 bénévoles et 1 salarié pour une moyenne d'âge d'environ 50 ans.

Le financement de la Croix Rouge est essentiellement dû à des dons et aux formations (payantes) aux premiers secours qu'elle propose. L'action sanitaire et sociale est sous la responsabilité de la présidence territoriale et lorsque j'ai commencé mon activité dentaire, tout naturellement l'unité locale d'Annecy m'a accueilli dans ses locaux. Dans un avenir proche, je vais déménager dans le nouveau CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) que la Croix Rouge est en train de créer sur les hauteurs d'Annecy. Un cabinet médical et dentaire sont prévus dans ce futur complexe.

3.2-Organisation des soins dentaires.

L'unité locale d'Annecy qui m'accueille, siège dans un bâtiment à l'entrée de la vieille ville et j'y consulte presque tous les jeudis matins.

Les douches attenantes permettent aux SDF et aux migrants qui le désirent de venir faire leur toilette et prendre un petit déjeuner. L'unité locale sert aussi d'adresse de domiciliation, c'est donc un lieu de passage très fréquenté, et c'est tout naturellement que l'offre médicale se trouve là. Etant venu me greffer sur un dispositif qui ne m'attendait pas, je ne dispose que de peu de place et j'installe mon matériel dentaire dans le petit local où le vendredi, le médecin tient sa permanence.⁴

Les jeudis matins, l'unité locale organise des cours de Français, et entre les allées et venues, le brouhaha, les sonneries téléphoniques à l'accueil, le bruit de mes instruments, le niveau sonore est élevé, ce qui ne crée pas une atmosphère propice à la détente, avant ou pendant les soins, ni pour les patients, ni pour l'équipe soignante. Par faute de place, et à cause d'une législation contraignante, je ne dispose pas d'appareil de radiologie. Je peux toutefois demander à l'hôpital la réalisation d'un cliché de toute la dentition (radio panoramique), mais je ne peux en disposer au mieux que la semaine suivante. Les usagers de l'unité locale qui viennent pour la douche, le courrier ou pour les cours d'alphabétisation connaissent maintenant l'existence du cabinet dentaire, et nous commençons également à être connus par les autres associations.

Comme je le disais plus haut, lorsque j'ai prévu la création du cabinet dentaire, j'ai immédiatement pensé à pouvoir externaliser les soins. Aller hors des murs pour un dentiste n'est pas si évident. Il existe deux solutions : soit disposer d'un grand camion où l'on peut aménager la remorque en cabinet, soit disposer d'un matériel transportable dans une camionnette et que l'on va déployer dans d'autres murs. C'est cette dernière solution que j'ai choisie. La difficulté était de trouver des matériels assez légers pour être transportés tout en étant de grande qualité pour prodiguer des soins identiques à ceux de mon propre cabinet. Le budget de ce cabinet dentaire en incluant les matériels de désinfection et de stérilisation s'est élevé à 45000 euros. Je dois dépenser entre 3000 et 4000 euros de matériels consommables par an. Le financement a été possible grâce à la fondation « Sanofi espoir », la

⁴ L'unité locale d'Annecy, c'est aussi le secourisme, la formation aux premiers secours, l'aide alimentaire, l'accueil et l'orientation, le micro-crédit, l'accompagnement social, les cours de français, la domiciliation, etc.

fondation du laboratoire pharmaceutique Sanofi, et la Croix Rouge nationale bien sûr.

Les soins que je prodigue sont totalement gratuits pour les usagers. Pour ne pas créer une concurrence déloyale avec mes confrères, le Conseil de l'Ordre m'a demandé de ne soigner que les personnes n'ayant aucune couverture sociale. Je « travaille » donc pour la Croix Rouge les jeudis matins. En général, je suis à Annecy deux jeudis par mois et je prends la route pour Thonon-les-Bains (une petite ville au bord du Léman à 80 km d'Annecy) avec mon cabinet dentaire une fois par mois. Le quatrième jeudi est réservé à ma formation professionnelle (à l'Orspere-Samdarra par exemple) sinon je reste à Annecy pour soigner. Je consulte avec l'aide de deux assistantes : Dominique qui est mon assistante depuis longtemps et qui a bien voulu me suivre dans cette aventure, et Sylvie, une bénévole de la Croix Rouge qui a été intéressée par notre action. Nous avons un peu tâtonné au début pour trouver un modèle d'organisation du travail. Je voulais faire comme dans mon activité professionnelle privée, c'est à dire des rendez-vous programmés. Les personnes désireuses de me voir pouvaient ainsi prendre rendez-vous à l'unité locale. Ce mode de fonctionnement s'est avéré inefficace : les patients qui viennent font un effort important sur eux-mêmes (en général ces personnes sont traumatisées par les soins dentaires, ou ont eu des refus de soins) et il faudrait les recevoir dans l'instant, alors qu'elles sont motivées pour venir vers moi. Ensuite, certains patients n'ont aucune notion du temps, de la date ou du jour, et je me suis confronté à nombre de rendez-vous pris et non honorés. Le modèle que nous avons donc choisi, pour l'instant, est une consultation ouverte : le cabinet ouvre à 9h00, et Bernard à l'accueil, distribue des numéros d'ordre de passage pour qu'il n'y ait pas de tension entre les patients. Ce système comporte bien sûr des failles : il peut y avoir trop de patients, certains devant l'attente s'en vont, et si j'arrive à voir tout le monde, la matinée peut être très longue. Un autre grand problème tient à la longueur des soins : je ne sais jamais ce que je vais faire à mon patient et l'acte technique peut être chronophage, ce qui augmente le temps d'attente des autres patients. Contrairement à mon travail habituel dans mon cabinet où tout est (presque) prévu et organisé, ici, je dois improviser en permanence. En règle générale, je demande aux patients de revenir me voir pour continuer leurs soins ou faire de la prévention mais rares sont ceux que je revois, une fois leur douleur calmée.

Ce type d'organisation peut déplaire à certains patients : l'attente trop longue, l'impossibilité de soigner en une séance toutes leurs dents (...), une seule consultation par semaine ; mais de mon côté cela ne me satisfait pas plus : attente trop longue, impossibilité de ne soigner pas plus d'une fois par semaine, et même moins maintenant que je vais à Thonon-les-Bains, manque de suivi des patients, impossibilité d'organiser mes séances thérapeutiques,

impossibilité (pour l'instant) de mettre en place un programme de prévention, renoncement aux soins sans que je sache pourquoi, fatigue et stress de l'équipe soignante. Il est certain que nous devons grandir avec la venue d'autres dentistes et d'autres bénévoles, l'offre de soins doit s'étoffer, l'aménagement des locaux s'améliorer.

J'y travaille.

Le changement assez radical de mes habitudes de soins, la perte du confort de mon cadre professionnel, la rencontre avec les patients précaires, exilés, les rencontres avec les enseignants, les travailleurs sociaux, infirmières, médecins, étudiants avec moi, les bénévoles de la Croix Rouge, mais aussi la découverte de la sociologie et de l'anthropologie durant ce DIU, tout cela m'a interrogé sur mon rôle de thérapeute, et m'a permis de prendre un peu de recul afin d'essayer de mieux définir le milieu de la santé, dans lequel j'évolue « la tête dans le guidon » depuis longtemps. Je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi la sociologie et l'anthropologie n'ont pas été au programme de mes études dentaires, tant ces sciences donnent un éclairage indispensable à une meilleure compréhension de nos patients et interrogent sur notre pratique quotidienne.

Ainsi, avant de vous parler des dents, j'aimerais, si vous le permettez, vous toucher quelques mots sur des notions qui créent mon environnement de travail.

4-Les mots

Les mots. Le choix des mots. Le sens des mots, les jeux de maux, les bons mots. Les mots qui blessent, les mots qui rassurent, les mots qui inquiètent, le politiquement correct.

Le son des mots, les musiques qu'ils créent, les images qu'ils projettent. Les mots oubliés, les néologismes, les étymologies, les mots tabous, les mots qui évoluent au gré de l'Histoire, les mots que l'on croyait à jamais perdus. Les mots d'emprunt, les traductions, les sigles qui édulcorent, les mots tellement usités que leurs acceptions se perdent.

« Mal nommer les choses, c'est ajouter du malheur au monde. » nous dit le philosophe.

Et bien les nommer, ajoute du bonheur ? Et nommer l'innommable, guérit-il nos psychoses⁵ ?

L'exilé, le réfugié, le demandeur d'asile, qui devient un simple « migrant », l'expulsé

⁵ DIU Santé, Société et Migration, module 4 : Les spécificités liées à la demande d'asile.

requalifié pudiquement en « éloigné »⁶, cela ne gêne personne ?

Le demandeur d'asile, baptisé D.A. par les spécialistes du terrain, perd-il de son humanité en devenant un sigle⁷ ?

Certes, chaque spécialité possède son propre champ lexical, mais lorsque j'ai commencé à côtoyer les travailleurs sociaux et autres enseignants universitaires spécialistes des populations vulnérables, j'ai cru entrer dans le club des Acronymes Anonymes !

Je n'y comprenais rien. PASS, EMPP, CASO, CADA, CCAS, MIE, CSAPA, AAH, PMI, CHRS, CAO, ce drôle de vocabulaire fait d'abréviations, de sigles, conçu pour les initiés de la chose sociale, est en fait un langage codé, excluant le profane. Et même pour les experts, il peut persister parfois un doute dans l'attribution des initiales. Le A, signifie-t-il Allocation ou Aide et le C, Centre, Conseil ou Couverture ? On ne sait plus exactement, mais cela a malgré tout du sens. On devine de quoi l'on parle et on s'est approprié un nouveau langage qui sans nommer explicitement, permet de se représenter un lieu ou une capacité. Ces acronymes, tout en simplifiant le propos, nous mettent à distance d'une réalité parfois trop pesante. Ils nous protègent en rendant le réel plus éthéré, moins facilement identifiable, moins violent. Les linguistes⁸ nous disent que l'emploi de tous ces acronymes est une spécialité française, notre amour de la langue, des jeux de mots, y seraient pour beaucoup. Les traducteurs⁹, eux, nous disent la difficulté de les traduire et leur étonnement parfois à voir l'étranger déjà connaître ces abréviations, en tout cas à quoi elles se rapportent. Mais ces sigles peuvent quelquefois créer de la confusion. Ainsi, un soir, dans les locaux de l'Orspere-Samdarra, avec les étudiants du DIU, nous avons assisté à une conférence traitant de la « jungle » de Calais. Le dernier intervenant, un dentiste, nous parlait des CAO (Centre d'Accueil et d'Orientation) en prononçant ce sigle comme une diphtongue « ca-o » si bien qu'au début de son intervention, je croyais, et je n'étais pas le seul, qu'il nous parlait d'un « chaos », ou d'un « K.O ».

Puis, il y a des mots tellement utilisés qu'ils sont devenus tout usés : ils n'ont plus de couleur, ils ne projettent plus aucune image, totalement vidés de leur sens, exsangues. On les emploie sans y penser, presque par réflexe, des mots populaires ou érudits, et quand on essaie de les définir on s'étonne de ne pas y arriver aisément, tellement usuels qu'on les pensait insignifiants. Enfin il y a des mots à la mode, qui en chassent d'autres, investissent de nouveaux champs lexicaux, des mots barbares, inadaptés, loin de leur sens primaire, créant de

⁶ Proposition de loi relative à l'immigration du 20 décembre 2017.

⁷ DIU Santé, Société et Migration, module 3 : Les effets de la migration sur la psychopathologie.

⁸ DIU Santé, Société et Migration, module 5 : Paroles et altérité.

⁹ Ibid.

l'incompréhension.

Je voudrais donc commencer par vous parler de santé, de maladie, puis d'éthique et de soin.

S'arrêter sur ces mots, qui définissent le quotidien des soignants, c'est en fait parler de rencontre, de l'autre, de l'ailleurs parfois, de partage, et donc aussi, évidemment, de soi.

Γνῶθι σεαυτόν, gnôthi seauton, connais-toi toi-même, comme on disait à Delphes.

4.1-La santé

Comment définir le mot santé ? Est-ce un état physiologique, un concept philosophique, une valeur scientifique, une moyenne mathématique, une notion médicale, une prison, un sentiment intime, un objet de marketing¹⁰, un vœu pieux ?

La santé est une notion difficile à cerner car elle présente la caractéristique d'être à la fois universelle et unique, comme tout ce qui concerne fondamentalement l'être humain.¹¹ Pour l'individu, cela sera un sentiment intime (ma santé, mon bilan de santé), pour un groupe il faudra réaliser une étude sociologique puis mettre en place une stratégie sanitaire (la santé, les politiques de santé). La notion de santé renvoie avant tout à des domaines de l'ordre du non-scientifique, du vécu du sujet, plus que de la certitude et de l'objectivité. Pour les anciens, la santé du corps et de l'esprit, de l'esprit incarné, étaient intimement liées, et elles s'apparentaient à un art de vivre, une forme de tempérance que résume depuis des siècles la maxime de Juvénal : « *mens sana in corpore sano* ». De nos jours, à cause de l'évidente influence des déterminants sociaux, environnementaux, écologiques, économiques (etc.) la problématique de la santé ne s'applique plus seulement à l'individu mais aussi au groupe, à la société. On parle désormais de santé globale ou holistique, le médecin perd sa position stratégique, son importance, et doit collaborer avec d'autres spécialistes.¹² Aujourd'hui, de véritables réseaux de surveillance, de dépistages, accompagnent des groupes de populations à risque. Les statistiques et l'épidémiologie sont les nouvelles stars de la médecine et le risque

¹⁰ KLEIN Alexandre, *La santé comme norme de soin*. In *Philosophia Scientiae*, 2008, vol 12 cahier 2 (en ligne) consulté le 30 avril 2018.

¹¹ DESFORGES Frédérique, *Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé*. In *Histoire, économie et société*, 2001, n°3, pp. 291-301.

¹² AYENA Fidèle, *Santé globale, un concept novateur pour une sécurité globale*. In *Hôpital et territoires*, septembre 2014.

est que la dimension humaine ne se trouve reléguée derrière l'analyse des données mathématiques.

On pourrait d'abord définir la santé par ce qu'elle n'est pas : la santé est l'absence de maladie. Mais définir la santé par son contraire, ou supposé tel, est une définition en négatif qui nous amène à définir immédiatement la notion de maladie. Ce n'est pas satisfaisant.

Alors, vers qui se tourner pour nous parler de santé ? ¹³

Le médecin ? Sûrement pas : le médecin nous parle de physiologie, de pathologies, de traitements, de constantes biologiques, et si le mot « santé » est prononcé, c'est toujours dans une locution : « professionnel de santé », « personnels de santé », « santé publique », « système de santé », etc. Le médecin est le professionnel de la maladie, un scientifique, et à ce titre, la santé, comme notion, est bien trop abstraite pour qu'il se l'approprie seul.

Aujourd'hui, le médecin s'est de plus en plus spécialisé, or le bon fonctionnement d'un organe, d'une fonction biologique, de l'esprit, ne fait pas la santé.

L'anthropologue ? Pas plus, tant la recherche d'invariants dans les différents groupes humains devient compliquée par des déterminants aussi complexes que l'histoire, l'organisation sociale, la géographie, les croyances. Essayer de donner une définition universelle de la santé semble difficile : pour certains groupes humains la notion de santé est vécue de façon très individuelle, pour d'autres elle est intimement liée à l'équilibre du groupe social et à son rapport harmonieux au cosmos.¹⁴

Le sociologue ? Pas encore : le sociologue nous montre la part des déterminants sociaux qui influencent la maladie, l'accès aux soins, le non-recours. Le sociologue, de fait, nous parle plus des déterminants de la santé que de santé individuelle, mais il a le mérite de montrer les limites des systèmes de soins, et les rapports entre les inégalités sociales, environnementales et la maladie. Et puis, posez une question à un sociologue : il vous répondra par une autre question...

Le politique, lui, va suivre les recommandations du médecin et du sociologue, pour mettre en place des politiques collectives et individuelles, de soins, de préventions, d'éducatives, de responsabilisations, de promotion, de conseils (parfois dogmatiques et blessants : manger cinq fruits ou légumes par jour, allez dire ça à des familles économiquement faibles, à un SDF...) tant au niveau national, qu'international.

Le poète ? Pourquoi pas, finalement, et Jules Romain le dit si bien : « Les gens bien portant

¹³ Op.cit. note n°11 p.15.

¹⁴ Op.cit. note n°7 p.14.

sont des malades qui s'ignorent. »¹⁵

Mais peut être la personne la plus compétente pour nous parler de santé, c'est celui qui l'a perdue et qui peut nous dire comment « c'était mieux avant »...

4.1.1-Plus qu'un état physiologique, une notion philosophique.

Quand on s'interroge sur le terme de « santé », il faut chercher au croisement de la médecine, de la philosophie et de l'histoire.¹⁶ Ainsi dans cet espace de recherche, il est un auteur et un livre incontournable. « Le normal et le pathologique » a d'abord été une thèse de médecine soutenue par Gorges Canguilhem en 1943, puis un livre paru en 1966.¹⁷

G. Canguilhem avait la triple casquette de philosophe, de médecin et d'historien des sciences, et, s'opposant à Claude Bernard (et aussi à Auguste Comte), il fut l'un des premiers, de l'époque contemporaine, à remettre le patient, et non pas la maladie, au centre des préoccupations médicales.¹⁸ Ainsi, en écho à la célèbre affirmation de R. Leriche « la santé, c'est la vie dans le silence des organes »¹⁹, G. Canguilhem nous dit : « l'état de santé est l'inconscience où le sujet est de son corps, tandis que la conscience du corps est donnée dans les sentiments des limites, des menaces, des obstacles à la santé ».²⁰ Mais ce silence organique n'exclut pas pour autant la vulnérabilité. Et Canguilhem d'ajouter : « Etre en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique. »²¹

La santé se sait quand elle se vit comme une évidence : c'est l'absence de perception de l'existence des organes qui crée un sentiment de plénitude. Durant nos vies, la santé va se manifester à deux moments clés : quand il y a une absence de troubles et quand il y a eu victoire sur le trouble.²² Pour celui qui a connu la maladie, la santé est alors enfin perçue, perçue comme une valeur précaire, à protéger, dans une écoute plus attentive de son corps. Dans nos cabinets, à l'hôpital, la difficulté est de déterminer si cette absence de troubles

¹⁵ ROMAINS Jules, *Knock*, 1923.

¹⁶ Op.cit. note n°10 p.15

¹⁷ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, 1966. Editions PUF, 2013.

¹⁸ KREMER MARIETTI Angèle, *Les concepts de normal et de pathologique depuis Georges Canguilhem*, Dogma, revue en ligne, consultée le 27 décembre 2017.

¹⁹ BEZY Olivier, *La santé c'est la vie dans le silence des organes*. La revue lacanienne, 2009, pp. 47-50.

²⁰ Op.cit. note n°10 p.15.

²¹ Ibid.

²² LEBLANC Guillaume, *Le normal et le pathologique sous le regard de l'éthique*. Espace-Ethique.org, conférence vue sur YouTube le 30 décembre 2017.

(l'oubli de soi) est un signe de santé, alors que des examens complémentaires peuvent montrer des constantes biologiques anormales ou hors normes. A l'inverse, comment considérer une personne qui nous dit souffrir, alors que tous les examens cliniques, radiologiques ou biologiques sont normaux ? C'est toute la réflexion sur la santé que tient Georges Canguilhem. Car qu'est ce qui définit le normal sinon les statistiques et une moyenne mathématique? Pour cet auteur, la santé n'est pas un état statique, mais un continuum et une capacité d'adaptation individuelle permanente aux variations du milieu : la normativité. « L'homme ne se sent en bonne santé que lorsqu'il se sent plus que normal (c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences) mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie. »²³ La santé est création de normes et non pas adhésion à une norme.

Pour G. Canguilhem, il n'y a pas de savoir de santé (la santé n'est pas une science) car la santé n'est qu'une appréciation individuelle – et seulement individuelle- de son état corporel ou mental. La santé est donc une valeur vulgaire (populaire), et comme toute valeur, elle est susceptible d'être poreuse à d'autres valeurs : sociales (et ses déterminants), économiques (les dépenses de santé) et politiques (ministère de la santé).²⁴ Ainsi, chacun, en fonction de son éducation, de sa culture, de son origine sociale, de son environnement, de son accès aux soins, de ses moyens financiers, sa localisation géographique, etc., va se sentir plus ou moins en bonne santé. Dans cet esprit, René Dubos, agronome et biologiste, nous dit que la santé est « un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. »²⁵

4.1.2-La définition de l'O.M.S.

Une seconde approche du concept de santé, est celle de l'O.M.S.²⁶ La santé n'est pas le simple oubli de son corps, ou de son esprit, et une adaptation permanente au milieu, c'est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une

²³ Op.cit. note 10 p.15.

²⁴ Op.cit. note 22 p.17.

²⁵ DUBOS René, *L'homme et l'adaptation au milieu*. Payot, 1973.

²⁶ «Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition qui date de 1946, et qui est toujours d'actualité, reflète l'état d'esprit optimiste, qui prévalait au sortir de la deuxième guerre mondiale, et où tout était à reconstruire. La santé devient une valeur positive et il est à remarquer que la santé, ici, n'est pas définie comme absence de maladie, mais est caractérisée par un état de bien-être qui intègre le corps, l'esprit et la vie sociale. L'O.M.S. propose une définition qui établit une norme, une exigence, un optimum, une utopie : car qui peut se targuer d'atteindre un bien être complet, corporel, mental et social ? Cette définition, cette exigence, formulée par un institut international, est faite non pas pour contrôler la santé d'un individu, mais d'un groupe de population. Cette définition de l'O.M.S. se veut solidaire d'une politique de la santé menée sur des populations entières.²⁷

4.1.3-La santé ? Un bien de consommation.

Un nouveau concept de santé a vu le jour vers la fin du XX^e siècle autour de l'idée d'amélioration ou de santé augmentée. Pour certains chercheurs (investisseurs) en biotechnologies, la médecine doit faire plus que nous soigner, mais nous améliorer. On nous demande de craindre notre vulnérabilité, de rechercher plus de performances, plus longtemps. La santé devient ainsi un bien de consommation comme un autre, avec son cortège de communications et ses plans marketings. Après la chirurgie esthétique, la chirurgie d'amélioration va devenir un nouvel eldorado. Nous sommes en pleine science-fiction, et des études sur l'emploi de cellule souches, ont depuis longtemps été réalisées. On peut ainsi imaginer avoir une banque d'organes à disposition, améliorer sa vue au-delà des limites du naturel, pouvoir procréer à tout âge, faire repousser des dents à la demande. Pascal Bruckner nous dit que « c'est la vie entière qui est devenue comme une maladie »²⁸ en évoquant la surmédicalisation qui transforme un moyen, la santé, en une fin. Et il souligne : « On n'est plus en quête d'une simple norme qui inclut défaillance, creux, dépressions, passages à vide, mais d'une super-norme. »²⁹ Cette notion utopique (?) de santé parfaite, a le

²⁷ Op.cit. note 22 p.17.

²⁸ BRUCKNER Pascal, TABUTEAU Didier, et DURAND Jean-Pol, *C'est la vie entière qui est devenue comme une maladie...*, Les Tribunes de la santé, vol. n°1, 2003, pp. 105-111.

²⁹ Ibid.

défaut de fixer en un état stable, de perfection, ce qui est par essence, essentiellement mouvement, processus, contingence.³⁰

4.2-La maladie

La maladie est peut-être le révélateur de notre condition humaine.³¹ Nous sommes des êtres précaires (nous prions l'autre) en raison de notre fragilité, mais surtout en raison de notre dépendance vis à vis de nos semblables. Cette dépendance ne concerne pas seulement la condition du nouveau-né, du vieillard ou de l'homme malade, mais nous concerne chacun tout au long de notre vie. L'homme n'est pas fait pour vivre seul, il est un être grégaire, et même les anachorètes, ascètes, gymnosophistes et autres ermites vivent en communautés. Ce besoin vital de l'autre, nous apparaît comme une évidence lorsque nous sommes dans une situation d'extrême vulnérabilité mais nous échappe lorsque nous vivons dans des conditions jugées normales. La maladie ne modifie donc pas fondamentalement notre condition, elle nous permet en revanche d'en prendre conscience en nous rendant dans l'impossibilité de détourner le regard face à celle-ci.³²

Comment la définir ?

On peut, dans une certaine mesure, considérer dans un premier temps qu'il y a deux points de vue possibles sur la maladie, d'une part le point de vue scientifique, qui perçoit la maladie objectivement et d'autre part, le point de vue du patient qui la percevrait subjectivement. C'est ce que fait remarquer l'ethnologue François Laplantine dans son anthropologie de la maladie³³ lorsque, pour désigner ce qui distingue la perception de la maladie par le médecin et celle du malade, il écrit : « Il existe enfin et surtout entre le médecin et son client une distorsion (...) fondamentale (...) : la maladie est d'abord, voire exclusivement, pour le premier, d'ordre anatomophysiologique, alors que cette altération ou cette altérité biologique

³⁰ KLEIN Alexandre, *Education et santé : approches philosophiques*. Congrès international AREF 2007 (AECSE) Symposium Sciences de l'Education et Santé.

³¹ « La conscience de la maladie constitue une part du prix que l'homme payait, et paie toujours, pour avoir conscience d'exister. (...). Cette conscience de soi qui en résulte constitue un phénomène social, de telle sorte qu'elle fait naître la possibilité d'un traitement et donc de la médecine. » BERGER John et MOHR Jean, *Un métier idéal*. Edition de l'olivier, 2009.

³² DELASSUS Eric. *Penser la santé au-delà des normes*. École thématique. Université François Rabelais de Tours, France. 2015, pp.22.

³³ LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1998.

est essentiellement appréhendée par le second comme un événement psychologique et social »³⁴. La langue anglaise est d'ailleurs, sur ce point, plus précise, que ne l'est le Français, puisqu'elle dispose de plusieurs termes pour nommer ce que nous désignons par le mot général de maladie. Chacun connaît, en effet, les trois termes qu'utilise l'anglais : illness, disease et sickness. "Illness", désigne la maladie du point de vue du malade, "Disease" renvoie plutôt à la maladie telle qu'elle est perçue par le médecin et "sickness", pour terminer, désigne la perception sociale de la maladie qui peut tout aussi bien entraîner pour le malade une protection particulière et l'accession à de nouveaux droits, qu'une stigmatisation qui pourra aller jusqu'au rejet.³⁵

La maladie, nous dit le Littré, est une altération de la santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes, pour G. Canguilhem, le malade, n'est autre que celui qui se sent malade et qui nous dit l'être, ainsi, même le malade imaginaire de Molière est un homme malade³⁶ ; peut-être n'est-il pas malade de ce qu'il pense souffrir, mais il est malade.

Si la santé est la vie dans le silence des organes, alors la maladie interrompant cette paix organique, amène le patient à consulter. Celui-ci va vivre l'expérience de la médecine et se transformant de malade en patient, peut se sentir déposséder de son humanité. Mais, ne l'oublions pas : « C'est parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies.³⁷ » La médecine est consécutive à la maladie et non l'inverse.

La distance qui sépare la maladie de la santé est ténue. Le vivant s'adapte aux conditions du milieu dans lequel il vit avec plus ou moins de facilités, plus ou moins de résilience. C'est quand nos possibilités adaptatives sont dépassées, que l'on devient malade.

4.3-L'éthique

Pourquoi parler d'éthique et plus spécialement d'éthique du soin ? Tout d'abord parce que le mot « éthique » est de plus en plus employé dans les médias, la littérature, dans les discours des politiques, des soignants, mais aussi des soignés et il me semblait opportun d'essayer de

³⁴ Op.cit. note n°32 p.20.

³⁵ Ibid.

³⁶ Op.cit. note n°22, p.17.

³⁷ Op.cit. note n°17, p.17.

le définir. Ensuite parce que les relations avec les malades ont changé ces dernières décennies,³⁸ enfin, parce que les soins prodigués aux Sans Domicile Fixe, aux migrants, ont modifié mes pratiques habituelles et je me suis demandé si mon attitude face à eux, était la bonne, si mon comportement comme soignant, était « éthique ». En effet, soigner des personnes vulnérables, des personnes qui souvent ne sont plus autonomes, nous donne un pouvoir qu'il faut savoir maîtriser. L'asymétrie de la rencontre est à son maximum, la promotion de la santé et la prévention sont parfois impossibles, et les réactions ou les comportements des malades peuvent, dans leur singularité être dérangeants pour l'équipe soignante : certains patients voient un dentiste pour la première fois, d'autres sont terrorisés, d'autres sont sous l'influence de stimulants divers et variés ou de psychotropes.

Une caractéristique particulière des soins que je prodigue à la Croix Rouge, est leur gratuité. On peut à juste titre croire que la gratuité des soins pour ces usagers vulnérables et précaires, est une condition essentielle à l'accessibilité aux soins, mais on a aussi le droit de penser que cette gratuité contribue à une dévalorisation des actes thérapeutiques et à une moindre implication de la part de ces publics. Le soin gratuit est-il un vecteur d'un retour à la socialisation, ou stigmatise-t-il encore davantage ? A la Croix Rouge, nous avons décidé de ne pas faire payer les soins, même symboliquement. Cela peut être problématique pour les étrangers qui ne connaissant pas notre système de santé, peuvent croire que le soin en France est un acte toujours gratuit. Ceux qui connaissent notre fonctionnement peuvent croire qu'ils vont recevoir des soins au rabais ou bien que tout leur est dû, tout naturellement. Certains ont des exigences, qui sur le moment, demande de la part de l'équipe soignante, du self-control : être reçus immédiatement, délais trop longs entre deux rendez-vous, doléances prothétiques infaisables gratuitement et incompréhension du refus, volonté de se faire immédiatement extraire toutes les dents abimées ou pas, etc. Jamais personne ne demande s'il faut payer quoi que ce soit, tout semble normal. Venant du secteur privé, sachant parfaitement que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût, j'aimerais parfois dire aux patients combien les investissements humains et techniques que nous offrons sont élevés : mais serait-ce moral ?

³⁸Loi KOUCHNER du 4 mars 2002 : Droits des malades et qualité du système de santé.

4.3.1-Définir l'éthique

Essayer de définir le mot éthique est ardu. Quand on commence à chercher son sens dans les dictionnaires, on est vite déçu : si on regarde à « éthique », ils nous renvoient à « morale » et si on regarde à « morale », ils nous renvoient à « éthique ». Lorsqu'on pousse un peu plus la recherche, on est alors submergé par les références philosophiques, les définitions alambiquées, un vocabulaire érudit, des nuances parfois insignifiantes.

La question de l'éthique, et notamment de l'éthique appliquée à la médecine, a émergé dans la deuxième moitié du XX^e siècle. Les atrocités commises par des médecins nazis dans les camps de concentration ont été à l'origine du questionnement sur les moyens et les buts de la recherche médicale. Ainsi, après les procès de Nuremberg, le code de Nuremberg, premier code d'éthique médicale, a vu le jour à la fin du conflit. Si l'éthique médicale aujourd'hui, s'intéresse surtout aux expérimentations sur l'homme (traitements expérimentaux, thérapies géniques, euthanasie, PMA, GPA, etc.), l'éthique du soin défend la prise en compte de la subjectivité et l'individualité des patients. Elle s'inscrit dans un ensemble de transformations sociales marquées par l'émergence de l'autonomie des malades et par la reconnaissance de leurs droits. Dépassant le strict cadre médical, est apparu aux Etats Unis dans les années 80, une réflexion d'abord féministe puis plus sociétale sur les rapports entre les soins au cours de la vie humaine et sa visibilité, sa nécessité. Cette philosophie du *care*³⁹ considère en effet, la médecine comme un soin parmi d'autres et contribue à valoriser et mettre en évidence l'éducation parentale, la prise en charge des personnes âgées, les soins familiaux, les relations interpersonnelles, les relations à l'environnement, etc., dans des sociétés capitalistes où l'individualité, l'égoïsme, sont de mise et la vulnérabilité, la dépendance sont cachées, si ce n'est tabou.

Le mot « éthique » est devenu à la mode, et il a supplanté la « morale » qui a plutôt acquis avec le temps, une connotation restrictive, moralisatrice. Il est difficile de définir l'éthique pour plusieurs raisons : tout d'abord, c'est une valeur intime que l'on peut mettre en œuvre dans nos comportements, nos décisions, sans même plus s'en rendre compte ; ensuite, son emploi varie selon les auteurs, les époques, prenant des sens divers. Enfin, l'éthique est un concept philosophique qui d'Aristote à Paul Ricœur n'a cessé d'être débattu, chacun ajoutant des nuances, rendant son discernement difficile sans un effort intellectuel aigu.

³⁹ BRUGERE Fabienne, *L'éthique du care*, Soins&Compassion Hôtel-Dieu, vu le 3 janvier 2018.

Trois termes reviennent fréquemment dans le discours sur l'action humaine : l'éthique, la morale et la déontologie. Parfois ils sont pris comme synonymes, parfois on les distingue. Historiquement, « éthique » et « morale » ont été employés l'un pour l'autre alors que « déontologie » est un néologisme créé par le philosophe anglais Jérémie Bentham au XIX^e siècle et qui désigne les codes de bonnes conduites des professionnels.

Etymologiquement, le mot « éthique » vient du Grec ancien « éthos » (et même « êthos ») et « morale » du Latin « mos, moris », ce dernier étant la traduction (d'Aristote par Cicéron) du premier. Ils signifient la même chose : l'usage, l'habitude, les coutumes, les mœurs. Leur sens s'est distingué au fil des époques : pour Aristote (*Ethique à Nicomaque*), l'éthique signifiait les règles de conduite nécessaires (les moyens) pour accéder à une vie heureuse (la fin). Pour P. Ricœur (*Soi-même comme un autre*), l'éthique c'est : « la visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes ». L'éthique n'est pas seulement le souci de soi, mais une relation bienveillante à l'autre, dans une société de justice sociale.

Si la morale désigne plutôt aujourd'hui, une approche factuelle ou confessionnelle⁴⁰, l'éthique désigne plus, une approche théorique et séculière. La morale commande, l'éthique recommande⁴¹. La morale se veut absolue, valable en toute occasion, applicable à tous (universelle : tables de la loi, commandements, tabous, interdits), et l'éthique est relative à un individu, appliquée à une situation précise, spécifique (particulière). L'éthique, c'est l'intuition avant la morale et le questionnement qui persiste après le filtre moral, c'est l'« intranquillité ». L'éthique suppose une liberté de pensée, une marge de manœuvre.⁴²

Le mot « éthique » est tellement porteur de valeurs positives, que l'on peut le voir aujourd'hui utilisé à la place de « déontologie », « conscience professionnelle » ou de « bonne conduite » : ainsi, on voit fleurir des notions incongrues et barbares comme l'éthique de l'environnement, l'éthique alimentaire, l'éthique des affaires, l'éthique économique, l'éthique de l'entreprise.⁴³

⁴⁰ On peut en effet parler de « morale chrétienne » bien que la morale et la spiritualité soient deux notions bien distinctes.

⁴¹ COMTE-SPONVILLE André.

⁴² LAGARRIGUE Jacques, LEBE Guy. « *Éthique ou morale ?* ». Recherche & Formation, N°24, 1997. Conscience éthique et pratiques professionnelles, sous la direction de Gilles Ferry. pp. 121-130. Persee.fr, vu le 30 décembre 2017.

⁴³ COMTE-SPONVILLE André, *Homo moralis*, usievents.com, vu le 3 janvier 2018.

4.3.2-L'éthique du soin

L'éthique du soin, la philosophie du soin, c'est avant tout une rencontre. Une rencontre entre une personne qui souffre et une personne qui peut comprendre cette souffrance.⁴⁴

Le soin, c'est la construction d'une relation de confiance entre deux personnes : le soignant doit par une écoute attentive, sensible, de la subjectivité d'un récit, effectuer parfois un véritable travail d'exégèse pour décrypter des symptômes puis établir un diagnostic.

Le soin, de par son étymologie (du latin « *somnium* », le songe, le rêve, du latin médiéval « *sonnium* », le souci, et du francique « *sunnja* », le besoin, la nécessité), c'est d'abord le souci, une sorte de tourment intérieur, l'effort, le mal que l'on se donne, la préoccupation. La préoccupation (avoir soin de, avoir soin que), pour quelque chose mais aussi de quelqu'un (prendre soin de), un autre bien sûr, mais aussi de soi. Au pluriel, c'est le synonyme de prévenance, de sollicitude, comme dans l'expression « être aux petits soins » ou bien désigne les moyens qui visent l'atténuation de la douleur : les soins palliatifs.⁴⁵

Le soin est surtout une rencontre, une relation, faite de respect mutuel et pour que la confiance puisse s'établir, un effort non négligeable doit être fait. Cet effort est partagé par le patient qui doit se raconter, parfois se mettre à nu (au propre comme au figuré), avec toutes les difficultés de trouver les mots, et par le soignant qui doit déconstruire ses représentations mentales afin d'être totalement perméable au récit et totalement présent à la rencontre.⁴⁶ Mais cette relation de soin est *de facto* totalement dissymétrique : l'un souffre, l'autre pas ; l'un a des demandes, l'autre des solutions ; l'un ne sait pas, l'autre sait. Cette inégalité dans la souffrance, dans la connaissance, pourrait engendrer un abus de pouvoir de la part du soignant (mise en dépendance du soigné, infantilisation), mais aussi une absence voire un refus du soin.

L'éthique dans la relation soignant/soigné permet de dépasser cette asymétrie inhérente à la relation médicale pour tendre à une relation d'égalité et par là même, de respecter la liberté du soigné. L'éthique du soin, c'est exercer un pouvoir avec bienveillance et dévouement.

L'éthique du soin, c'est aussi pouvoir reconnaître l'individualité du patient, savoir déroger aux règles des protocoles standardisés (*evidence-based medicine*) pour prescrire, si besoin,

⁴⁴ « Les bons cliniciens sont rares, non parce que la plupart des médecins manquent de connaissances médicales, mais parce qu'ils sont incapables de considérer l'ensemble des faits inhérents possibles - émotionnels, historiques, environnementaux aussi bien que physiques. Ils cherchent des états particuliers au lieu de la vérité sur un homme qui pourrait ensuite suggérer des états divers. » BERGER John et MOHR Jean, *Un métier idéal*. Edition de l'olivier, 2009.

⁴⁵ BARRIER Philippe, *Ethique dans la relation de soin*, espace éthique/IDF. Vu le 27 décembre 2017.

⁴⁶ Op.cit. note n°5 p.13.

des traitements personnalisés. L'éthique du soin, c'est la reconnaissance des droits du malade et son accompagnement dans son parcours thérapeutique. L'éthique du soin, c'est en finir avec un paternalisme médical parfois écrasant, c'est instruire le malade et lui donner les moyens de se réapproprier son autonomie, son « auto-normativité »⁴⁷.

Cette relation idéale entre soignant et soigné où la souffrance du patient est prise en charge dans une relation faite de respect mutuel, dans le souci de la reconnaissance des spécificités et l'éducation pour retrouver une autonomie est souvent, dans la pratique battue en brèche.

Tout d'abord, la relation de confiance entre le soignant et le soigné, ne s'acquiert généralement pas immédiatement. Ce temps d'apprivoisement mutuel peut être long, bien plus long que le temps d'une simple consultation. La capacité d'écoute empathique de la part du soignant demande des capacités morales, peut-être innées, mais qui généralement s'épanouissent, s'éduquent ou se cultivent par la pratique. Je pense qu'il serait faux de croire que la bienveillance, la sollicitude, la bientraitance, le prendre soin, soient d'une évidente spontanéité. Le soignant, tout comme le soigné d'ailleurs, peut être traversé par des passions, des troubles, qui peuvent mettre à mal la rencontre. Ces passions doivent être modérées ou contraintes par le droit : le code de déontologie (*primum non nocere*), le consentement éclairé, la charte du patient hospitalisé.^{48 49}

L'éthique du soin, n'est pas une fin en soi, c'est l'ensemble des moyens pour soigner un être vulnérable dans sa dignité. Celui qui souffre veut rencontrer un soignant qui sait, qui soigne et qui soulage : il ne veut pas rencontrer un être moral ou moralisateur, mais d'abord un thérapeute. Mais, si la relation soignant/soigné était simplement une relation contractuelle, il n'y aurait plus de place pour la confiance. La confiance n'est pas la crédulité, la confiance appelle le dévouement, et le dévouement renforce la confiance : c'est un cercle vertueux. L'éthique du soin, tient du don singulier, on donne sans attendre un contre-don : l'éthique est un sentiment bancal.⁵⁰

⁴⁷ Op.cit. note n°45 p.25.

⁴⁸ FIAT Éric, *Du droit à l'éthique*, Espace éthique/IDF vu le 28 décembre 2017.

⁴⁹ Cette nécessité du droit dans les relations humaines avait été analysée par Spinoza dans le « tractatus théologico politicus » et commenté par Éric Fiat (Ibid. note n°48) : « Si les hommes étaient ainsi disposés par la nature qu'ils n'eussent de désir que pour ce qui est vraiment bon, certes la société n'aurait besoin d'aucune loi. Il suffirait d'un enseignement éthique pour que les hommes fassent d'eux même ce qui est vraiment bon. Mais tout autre est la disposition de la nature humaine. C'est le plus souvent entraîné par l'appétit du plaisir et des passions sans frein que les hommes agissent. De là vient que nulle société ne peut subsister sans un pouvoir de commandement et sans lois, lois qui modèrent et contraignent l'appétit du plaisir et les passions sans frein. »

⁵⁰ Ibid. note n°48.

Comme nous l'avons vu, la relation de confiance indispensable au soin, passe par l'écoute sensible du malade. Les problèmes débutent quand le malade est étranger et ne maîtrise pas ou mal le français, ou que nous ne maîtrisons pas la langue du patient. Faire appel à un interprète est parfois possible, avec toutes les contraintes liées à une conversation à trois, à la qualité de la traduction, la finesse de l'interprétation culturelle, la difficulté d'avoir un tiers témoin de l'intimité physique et psychologique du malade, et à la permanence du secret médical.⁵¹ La recherche d'une relation éthique avec un malade étranger peut être également mise à mal si l'on ne maîtrise pas les habitudes et comportements sociaux de certaines populations, les tabous, la communication non verbale, les silences⁵² : il faut parfois avoir des clefs anthropologiques, malgré un interprète, pour réussir une rencontre médicale.

Je pourrais également me faire l'avocat du diable (est-ce éthique ?) en faisant remarquer que parfois, trop d'éthique tue l'éthique : l'émergence des comités locaux d'éthique qui fleurissent maintenant dans presque tous les hôpitaux, ont pour mission la mise en pratique des codes de bonne conduite. Cela contribue en fait à une standardisation des pratiques qui va à l'encontre de la « réelle » éthique médicale : la bienfaisance devient protocole et il y a alors un risque d'infantilisation du malade et la perte de son autonomie. Dès que l'éthique s'érige en norme, ce n'est plus de l'éthique. De même, le consentement éclairé du patient (loi « Kouchner » du 04/03/2002), s'il permet au patient d'être partie prenante de ses soins, est certes vecteur d'émancipation, mais aussi une injonction à être responsable de sa santé.

Dans son parcours de soin, la malade, vulnérable ou autonome, pourra vivre une frustration pour autant que la première rencontre avec le soignant ait été réussie : je parle ici du passage de la consultation individuelle aux protocoles parfois déshumanisant des politiques hospitalières. Si la consultation médicale a permis l'expression de sa subjectivité dans une rencontre humaine, le malade va peut-être se confronter à la dure réalité des problématiques budgétaires, aux protocoles, au manque chronique d'effectifs, au surmenage des équipes soignantes, perdant ainsi sa singularité pour entrer dans le rationnel médical de la santé publique qui ne gère plus l'individu, mais qui est garant de la santé moyenne du plus grand nombre.

⁵¹ Op.cit. note n°5 p.13.

⁵² « *Les mots sont sans fin mais la communication est d'ordre verbal autant que non verbal. Entendre un mot est une chose, entendre une absence de mot en est une autre.* » KRISHNAMURTI Jiddu

Parler d'éthique dans le soin, c'est aussi pour le soignant d'essayer de répondre à une contradiction qui s'impose dans notre système de soin : la contradiction entre un sentiment individuel humaniste (tout être humain doit avoir un accès aux soins) et à des sentiments « supérieurs » d'intérêt général, qui ont trait à l'organisation et la pérennité (humaine et financière) des politiques de santé publique. C'est la contradiction entre nos penchants et nos devoirs, notre statut d'homme et de citoyen.

Avec une formule qui fait mouche, Paul Ricœur a parfaitement analysé cette contradiction⁵³ : « La souffrance est privée mais la santé est publique ». La souffrance est privée, car comme la maladie, elle n'est non seulement un sentiment subjectif, intime, mais aussi la privation de quelque chose, quant à la santé, ce n'est pas un problème individuel, mais un problème public, du domaine du politique. Il ne faut envisager la santé que du point de vue des questions de justice sociale, de la démographie médicale, et de mise à disposition pour l'utilisateur des possibilités de soins. Il y a donc une contradiction entre la perception individuelle et collective : il faut traiter le malade en tenant compte de son expérience subjective et de son inscription dans une société où doivent s'appliquer des règles de justice. Cette contradiction, ne doit, ni ne peut être dépassée, et selon P. Ricœur, elle ne pourra que s'aggraver à cause de l'augmentation des coûts de santé et du vieillissement de la population. Le malade n'a plus comme seul interlocuteur le médecin, mais l'Institution qui ne recherche pas sa santé parfaite, mais une santé moyenne, statistique, plus sociale et politique que médicale et individuelle. Notre expérience subjective de la maladie se situe entre la rencontre intime avec le soignant et l'exigence collective de la santé publique. Mais, n'oublions pas, que le soignant qui n'envisagerait qu'un des deux aspects (individuel ou social) serait un thérapeute incomplet, et celui qui en envisagerait les deux serait lui-même déchiré.⁵⁴

5-La santé bucco-dentaire.

Mais quittons quelques temps les philosophes pour revenir à des considérations plus terre à terre : parlons des dents.

⁵³ WORMS Frédéric, Introduction à la philosophie à l'hôpital : notions et textes - Autour de Paul Ricœur - 29 mars 2016, vu le 17 mars 2018.

⁵⁴ Ibid.

Pour l'O.M.S. la définition de la santé bucco-dentaire est la suivante : « La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchants les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial ». Donc, pour l'O.M.S., la santé bucco-dentaire est uniquement l'absence de troubles, de maladies.

On pourrait aussi définir la santé bucco-dentaire comme une totale absence de pathologies de l'appareil manducateur, c'est à dire l'ensemble anatomique du bas du visage, constitué par les arcades dentaires maxillaires et mandibulaires, la langue, le palais, l'articulation temporo-mandibulaire, et le complexe musculo-nerveux afférent. Le système manducateur permet la mastication, la déglutition, la phonation, la ventilation. Il participe de façon évidente à l'esthétique du visage et de façon moins flagrante pour le bétotien, à la posture verticale. Ainsi, en globalisant, la santé bucco-dentaire pourrait être définie par l'absence de douleurs et/ou de lésion buccale, pharyngée, mais aussi l'absence de douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, au niveau des muscles élévateurs, abaisseurs, digastriques et par l'absence de problème postural associé.

Pour définir la santé bucco-dentaire, une évaluation descriptive, clinique et/ou radiologique, suffit. Il n'y a pas besoin de définir un état normal physiologique issu de statistique ou de moyennes mathématiques. De plus, la capacité adaptative (la normativité) bien qu'existante, est relativement limitée. On sait qu'une dent saine est exempte de carie, qu'une muqueuse saine ne comporte pas de lésion, et qu'une articulation temporo-mandibulaire doit fonctionner librement et sans douleur.

6-Les pathologies bucco-dentaires.

Les pathologies bucco-dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers. Les principales pathologies que l'on rencontre, sont les caries, les maladies parodontales, les lésions dentaires d'origines traumatiques, les troubles de l'harmonie dento-maxillo-faciale, puis dans une moindre mesure les cancers buccaux et les anomalies congénitales (agénésies, communications bucco-sinusiennes, fentes vélo-palatines, etc.).

La carie et les maladies parodontales sont, en raison de leur fréquence, les deux principales pathologies bucco-dentaires. D'origine infectieuse (essentiellement bactérienne), ces pathologies – qui, en l'absence de traitement, conduisent à la perte précoce des dents – sont principalement liées à la présence de plaque dentaire (biofilm bactérien), même si d'autres facteurs (prises fréquentes de boissons et d'aliments sucrés, exposition insuffisante aux fluorures, pour la carie ; tabac, diabète, immunodéficience, pour les maladies parodontales) constituent des cofacteurs de risque et contribuent à la sévérité des atteintes.

6.1-La carie

La carie, qui détruit les tissus durs de la dent et à laquelle les enfants et adolescents sont plus vulnérables, reste la principale pathologie dentaire. Sans soins, la carie atteint le paquet vasculo-nerveux au centre de la dent, qui irrigue et nourrit les tissus dentaires.

Cette destruction tissulaire s'accompagne de réactions douloureuses plus ou moins intenses. La carie dentaire résulte d'un processus pathologique initialement réversible, dans la mesure où l'atteinte dentaire débute par une déminéralisation qui peut disparaître par un apport optimal de fluor topique.

En France, en dépit d'une baisse substantielle de sa prévalence dans la population d'âge scolaire depuis une vingtaine d'années (l'indice carieux, c'est-à-dire le nombre moyen de dents atteinte par la carie, est passé de 4.2 en 1987 à 1.2 en 2006), la carie touchait un tiers des enfants de 6 ans, et environ 45% des enfants de 12 ans.⁵⁵

Dans la population adulte, les données épidémiologiques sont rares mais on estime à plus des trois quarts la proportion de personnes atteintes, avec un indice CAO⁵⁶ moyen voisin de 15⁵⁷ dans la tranche d'âge 35-44 ans.

Les principaux facteurs de risque vis à vis de la carie sont :

-une alimentation très sucrée (biberons et sucettes sucrés, sirops, sodas, jus de fruits, bonbons, confiseries, etc.), surtout lorsque les prises alimentaires sont fréquentes (grignotage).

⁵⁵ *Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2010*, Ministère de solidarité et de la santé.

⁵⁶ L'indice CAO est un indicateur d'atteinte carieuse obtenu en additionnant : C (nombre de dents cariées), A (nombre de dents absentes dont la perte est due à la carie, et O (nombre de dents obturées, c'est à dire ayant été atteintes de carie mais soignées). Il s'agit donc d'un indicateur « cumulatif » qui intègre le passé carieux et ne peut donc pas diminuer au cours de la vie d'un individu.

⁵⁷ OMS

- une hygiène dentaire insuffisante qui favorise le développement d'un biofilm (plaque dentaire) très riche en bactéries cariogènes.
- une hyposialie (diminution du flux salivaire).
- un recours aux soins insuffisant et souvent tardif : la crainte des soins, parfois réputés douloureux et coûteux, ainsi que la sous-estimation – liée à la méconnaissance – des liens entre santé dentaire et état général, conduisent encore souvent à négliger les pathologies bucco-dentaires et à attendre les manifestations douloureuses pour consulter.
- en outre, la vulnérabilité des dents vis à vis de la carie est maximale dans la phase post éruptive, de sorte que toute la période de l'enfance et de l'adolescence peut être considérée comme présentant un risque élevé de ce point de vue.

6.2-Les maladies parodontales

Les maladies parodontales (ou parodontopathies), qui touchent le parodonte c'est à dire les tissus de soutien de la dent, entraînent généralement une récession de la gencive (« déchaussement » des dents) et détruisent progressivement l'os alvéolaire qui entoure les racines dentaires. Ces affections qui revêtent des formes très multiples, ont le plus souvent un développement chronique, lent, et à bas bruit.

Elles sont responsables de la plupart des pertes dentaires après l'âge de 35 ans. Leur fréquence dans la population et le niveau des atteintes sont mal connues et ne font pas l'objet d'enquêtes régulières. On estime cependant que les stades initiaux de parodontopathies, correspondant à des atteintes légères et généralement réversibles (gingivites), sont très fréquents et peuvent toucher la majorité de la population adulte tandis que les formes sévères, allant jusqu'à la mobilité et la perte de plusieurs dents, atteignent 10 à 20% de la population, majoritairement des grands fumeurs. En 1993, le nombre moyen de dents absentes par personne était, en France, de 3 dans la tranche d'âge 35-44 ans et de 16,9 dans la tranche d'âge 65-74 ans. Toujours en 1993 et dans cette tranche d'âge 65-74 ans, le pourcentage des édentés complets était de 16,3%.⁵⁸

Outre la présence de plaque dentaire résultant d'une hygiène insuffisante ou peu efficace, les principaux facteurs de risques sont constitués par le tabagisme, le diabète, la prise de

⁵⁸ *La santé de l'homme* n°417 janvier-février 2012.

psychotropes et toutes les pathologies ou traitements entraînant une altération des défenses immunitaires (VIH, traitements anticancéreux, etc.).

6.3-Relation santé bucco-dentaire et santé générale.

La cavité buccale joue un rôle essentiel dans la mastication, la digestion, la respiration, la phonation. Dès qu'une pathologie touche la cavité buccale une ou plusieurs de ces fonctions s'en trouvent affectées. Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité de maladies bucco-dentaires, directement (infection HIV, diabète non équilibré, etc.) ou indirectement (chimiothérapies, corticothérapies). Des maladies ou des traitements entraînant une diminution de la sécrétion salivaire augmentent également le risque carieux ou parodontal.

Inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à distance et favoriser l'apparition, la progression ou la gravité de certaines maladies générales. Un foyer infectieux d'origine parodontale et/ou dentaire à travers la vascularisation des muqueuses et de l'os pourra être à l'origine d'une diffusion dans le corps de bactéries et entraîner des infections à distance (endocardite par exemple). C'est pourquoi lors de certaines pathologies cardiaques, avant la pose d'une prothèse de hanche, avant une greffe, l'élimination de tout foyer infectieux ou parfois tout risque de foyer infectieux potentiel constitue un préalable. De la même façon, il peut être préjudiciable pour des patients immunodéprimés, par exemple sous chimiothérapie, d'avoir des foyers infectieux dentaires.

On sait aujourd'hui que les bactéries qui se développent dans les foyers parodontaux, passent dans la circulation sanguine et peuvent aggraver voire favoriser les pathologies pulmonaires, cardiovasculaires, diabétiques par exemple. Ces bactéries peuvent également traverser la barrière placentaire et être responsables de naissances prématurées et de bébés de faible poids.

6.4-La prévention

En 2010, la Haute Autorité de santé a publié ses recommandations pour la prévention de la carie dentaire.⁵⁹

Cette prévention consiste avant tout à faire acquérir des comportements favorables à la santé bucco-dentaire en matière d'hygiène (brossage biquotidien des dents avec une pâte dentifrice fluorée), d'alimentation (éviter les prises répétées d'aliments et boissons sucrées) et de recours précoce aux soins.

Parmi les méthodes efficaces, on retrouve dans la plupart des programmes de prévention :

- l'éducation à la santé dès le plus jeune âge et si possible en impliquant les parents,
- la détection des enfants à risques pour leur appliquer une prévention plus intensive,
- l'utilisation du fluor (dentifrices, bains de bouche et vernis fluorés ; fluoration de l'eau ou du sel alimentaire),
- le dépistage et le traitement des lésions dès leur apparition

La prévention des maladies parodontales repose essentiellement sur une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, le sevrage tabagique et l'arrêt ou la modération de la consommation d'alcool.

La mise en place de cette prévention pourtant assez simple (se brosser les dents, consommer moins de sucre, fumer moins, limiter la consommation d'alcool), n'est pas du tout évidente à mettre en place pour les populations précaires que je vois en soins. Les brosses à dents et le dentifrice que je donne aux personnes vivant à la rue, sont jetés après une utilisation ou deux car elles n'ont pas de trousse de toilette. Les conseils alimentaires (sans parler ici des problématiques de communications avec les personnes allophones) se heurtent à des réalités économiques (le sucre n'est pas cher), culturelles (surtout pour les personnes venant des Balkans qui pensent que le sucre est une récompense indispensable aux enfants) et humanitaires (la banque alimentaire fournit des kilos de bonbons, donnés avec le sourire par les bénévoles lors des distributions alimentaires). L'alcool, le tabac, les drogues sont des addictions presque nécessaires pour supporter la rue. Je pars de loin...

⁵⁹ Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandations, rapport de la HAS, mars 2010.

7-Les inégalités sociales de santé

Depuis 25 ans, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter en France. Aujourd'hui l'espérance de vie des femmes a atteint 85 ans et celle des hommes 80, soit respectivement un gain de 4 et 7 ans par rapport à 1990⁶⁰, mais ce constat positif ne doit cependant pas occulter l'existence de fortes inégalités sociales en matière de santé.

Les inégalités sociales de santé (ISS) montrent que si tous les humains sont mortels, l'âge auquel survient le décès, ainsi que les conditions et la qualité de vie durant l'existence ne sont pas superposables, ce qui constitue une sorte de double injustice⁶¹. Toutefois, il ne faut pas confondre les inégalités sociales de santé et les inégalités de santé qui ne révèlent pas de la justice sociale mais de facteurs génétiques (être un homme ou une femme) ou physiologiques (être jeune ou vieux). Les inégalités sociales de santé sont donc la relation qu'il existe entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Par exemple, l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un cadre. Les hommes sans diplôme ont 2.5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans, que les hommes ayant effectués des études supérieures.⁶²

Les ISS sont multifactorielles et il serait réducteur de penser qu'elles sont synonymes de précarité ou de pauvreté : les ISS ne s'interrompent pas au-delà d'un certain niveau de revenu. Mais les populations les plus précaires constituent un aspect important du problème du fait des effets immédiats de la pauvreté sur la santé. Les ISS sont donc multifactorielles et on a pu ainsi définir 3 grands mécanismes responsables qui se conjuguent :⁶³

- le rôle de l'environnement au sens large : niveau d'éducation, revenus, qualité de l'alimentation, condition de travail (travail à risque), condition de logement (nuisances diverses), intégration sociale.
- les comportements individuels, les choix faits par manque d'éducation ou d'information, qui peuvent nuire à leur santé.
- l'accès aux soins qui est lui-même multifactoriel : accessibilité géophysique (éloignement entre patient et praticien), accessibilité culturelle (témoins de Jéhovah, femmes musulmanes), accessibilité financière (dépassements d'honoraires),

⁶⁰ Insee.

⁶¹ MICHELETTI Pierre, La précarité à l'extrémité du gradient des inégalités sociales de santé : comprendre pour agir, La santé des populations vulnérables, éditions Ellipses, 2017, pp.31-41.

⁶² *Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité*. Haut conseil de la santé publique, décembre 2009.

⁶³ Op.cit. note n°61 p. 34

accessibilité psychosociale (les maladies mentales peuvent entraver l'accès aux soins), accessibilité administrative (lourdeur administrative pour les étrangers en particulier), accessibilité politique (les politiques publiques), accessibilité fonctionnelle (horaires peu adaptés, refus de soins).

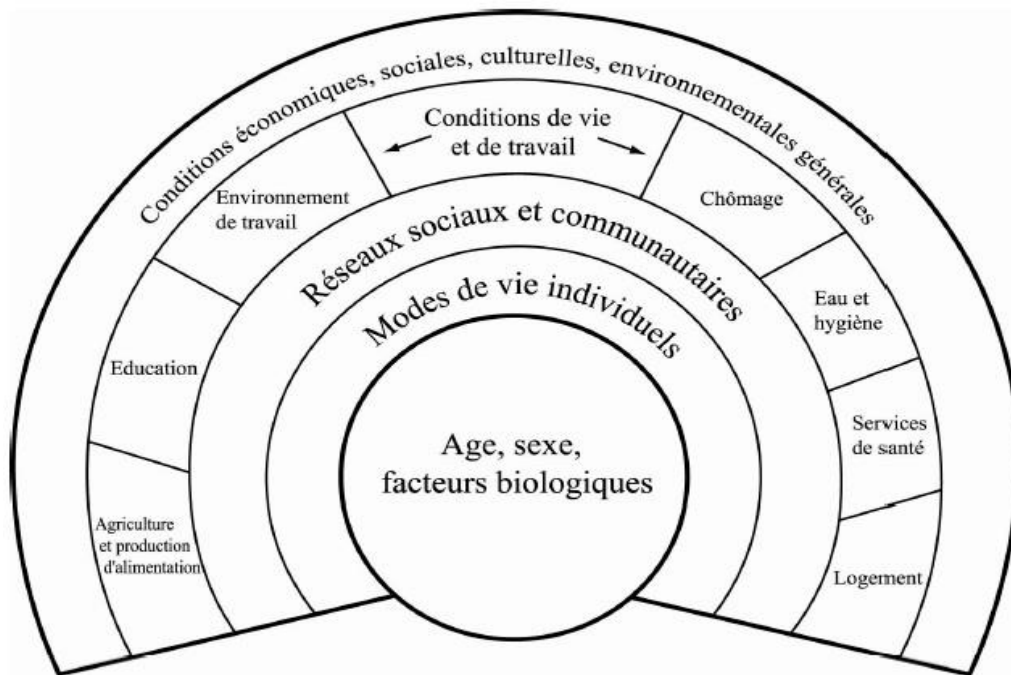
7.1-Les déterminants de la santé.

Avoir une action sur la santé signifie donc agir sur tous les paramètres qui vont l'influencer, et il apparaît évident que la seule réponse médicale demeure insuffisante. Ces paramètres, appelés « déterminants de la santé », interagissent de façon complexe tout au long de la vie et se situent beaucoup plus en amont du système médical. Il s'agit des conditions sociales, économiques et environnementales qui impactent la santé : conditions de vie, de logement, de travail, de réseau social, niveau d'études, modes alimentaires, environnement, culture, etc. Les personnes en situation de précarité sont face à des difficultés sociales importantes qui parfois peuvent se cumuler : absence de logement fixe, analphabétisme, revenus insuffisants, méconnaissance des droits, absence de couverture sociale, etc. La persistance des inégalités sociales de santé, malgré les 266 milliards d'euros⁶⁴ dédiés à la santé, atteste que permettre un accès universel aux soins ne suffit pas à les réduire. Seule une politique globale de réduction des inégalités sociales, permettrait la réduction des inégalités en matière de santé. Mais, du fait de sa construction historique, le système de santé français, est un système de soins centré sur la profession médicale et le dialogue avec le secteur social se fait peu ou mal.

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé : certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires.

⁶⁴ Dépense courante de santé (DCS) en 2016, Ministère des solidarités et de la santé.

Voici un exemple de représentations schématiques des déterminants de la santé: le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)⁶⁵ présente les déterminants de la santé en quatre niveaux interdépendants.



7.2-Les inégalités sociales et les déterminants de la santé bucco-dentaires.

Il n'y a pas de spécificité bucco-dentaire concernant les inégalités sociales de santé.

Ainsi, les renoncements aux soins pour les jeunes sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées⁶⁶. Le recours aux soins, mesuré par la « consommation » de

⁶⁵ WHITEHAED, M., DAHLGREN G. *What can we do about inequalities in health*. The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.

⁶⁶ Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France. La Santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans – Arcade. Paris : Urcamif, rapport 2000.

soins dentaires, fait aussi apparaître des inégalités significatives : ce recours est fortement lié au niveau de revenu et à la possibilité de couverture par l'assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement par contre étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire.⁶⁷

Les inégalités constatées traduisent :⁶⁸

- d'une part, une exposition inégale au risque : les habitudes favorables à la santé bucco-dentaire (brossage biquotidien, exposition aux fluorures, alimentation variée) sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus.
- d'autre part, un recours aux soins inégal lui aussi : les cadres consultent plus fréquemment un chirurgien-dentiste que les catégories sociales peu qualifiées. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce moindre recours aux soins dans les populations les moins favorisées : un facteur financier évident (certains actes et traitements dentaires sont coûteux et laissent à la charge du patient une large part des honoraires) ; mais aussi un facteur socioculturel : la peur de soins réputés douloureux, l'attention apportée à son corps, et le niveau d'information en matière de santé ne sont pas également répartis dans la population. Les habitudes culturelles sont parfois très étonnantes : j'ai reçu en consultation une enfant albanaise présentant un contexte polycarieux et ses parents, pour soulager ses maux dentaires, lui appliquaient du miel sur ses dents...

En 2014, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes (population ayant consultée au moins une fois dans l'année) était de 43% pour la population française adulte.⁶⁹

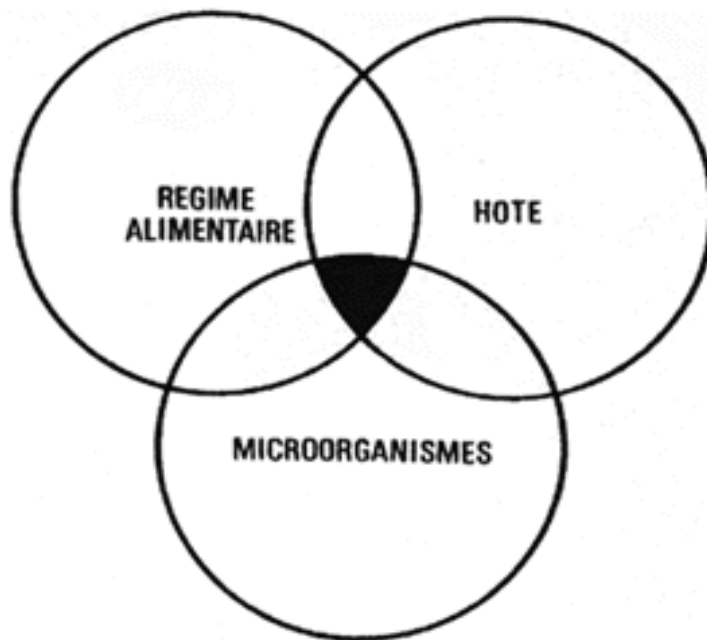
L'influence des déterminants responsables de l'apparition de la carie ont été modélisés depuis longtemps. Ainsi, nous sommes passés du célèbre schéma de Keyes⁷⁰ qui date de 1959,

⁶⁷ Op.cit. note n°58 p.32.

⁶⁸ Ibid.

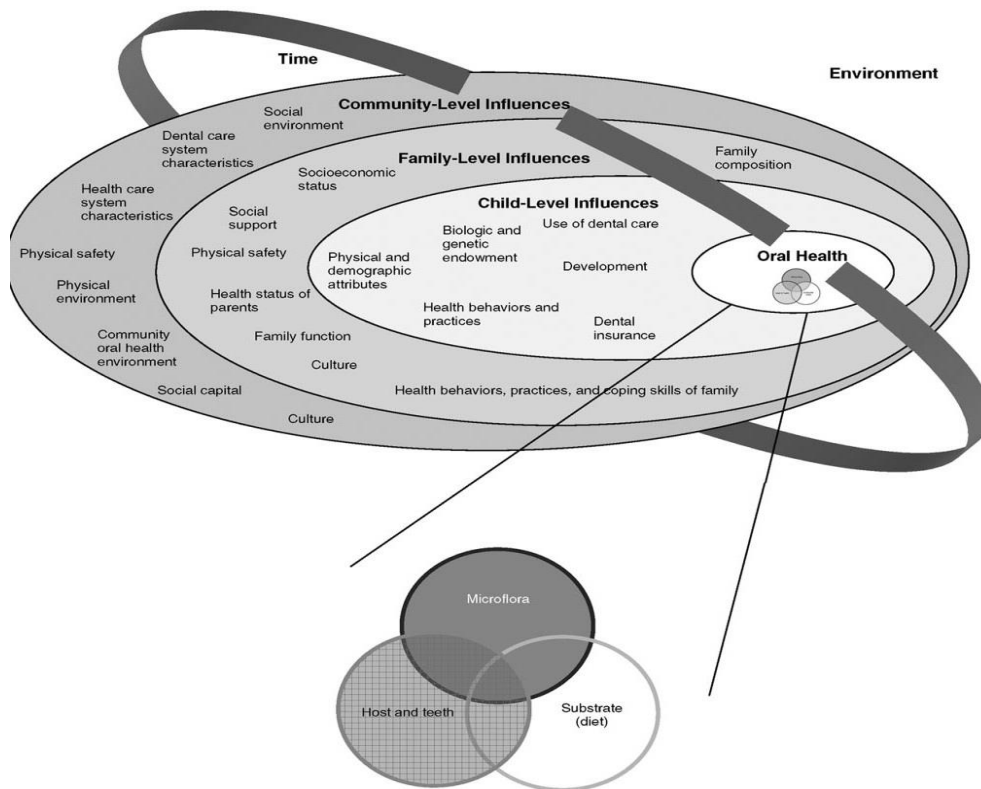
⁶⁹ L'état de la santé en France, Rapport 2017, Drees.

⁷⁰ Université de Rennes1.



au schéma de Reisine et Douglas (1998) perfectionné par Fisher-Owens en 2007⁷¹, qui est la modélisation retenue actuellement :

⁷¹ FISHER-OWENS SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader M-J, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. Pediatrics. sept 2007



Ce modèle permet de mettre en évidence la présence d'interactions complexes entre les différents facteurs de risques. Selon les niveaux individuels, familiaux et communautaires, il incorpore les cinq domaines déterminants de la santé : les facteurs génétiques et biologiques, l'environnement physique, l'environnement social, les comportements en matière de santé ainsi que les soins reçus au niveau médical et dentaire.

8-L'accès aux soins.

L'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 le dit : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit ». C'est aussi gravé dans le marbre : « Liberté, égalité, fraternité ». Le préambule de la Constitution de 1946 énonce que « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. » Le Conseil constitutionnel a reconnu valeur constitutionnelle le droit à la santé (décision du 8 janvier

1991). La loi du 29 juillet 1998 (loi contre les exclusions), fait de la protection de la santé, une priorité de santé publique. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner), dit « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. » On pourrait multiplier les exemples législatifs, on le voit, notre système républicain, garantit à tous, un accès égal au système de santé aussi bien dans le secteur privé que public.

Cet objectif égalitaire et solidaire, n'est pas toujours, hélas, atteint.

Notre système d'assurance maladie a originellement été construit selon une logique assurantielle, à vocation universelle : les personnes qui travaillent cotisent pour bénéficier et faire bénéficier leurs ayants droit d'une protection contre le risque maladie. Chacun contribue selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins, à travers un mécanisme de solidarité horizontale entre malades et bien portants.⁷² Financée par les revenus du travail, la Sécurité Sociale a connu, après les crises pétrolières des années 70, des difficultés économiques. Comblé le « trou de la Sécu » par de nouvelles ressources et la maîtrise des dépenses de santé, a eu comme conséquence le déremboursement de certains médicaments, l'augmentation du forfait hospitalier, des dépassements d'honoraires, et donc l'augmentation du reste à charge pour le patient. La création d'abord de l'AMD (Aide Médicale Départementale, en 1983) puis de la Couverture Maladie Universelle, la CMU (remplacée aujourd'hui par la Protection Universelle Maladie, la PUMa), de la CMU-Complémentaire, la CMU-C, de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé, l'ACS, et de l'Aide Médicale d'Etat, l'AME,⁷³ fut une réponse de l'état à ces problèmes économiques qui éloignaient de plus en plus de personnes des centres de soins ; ces aides sont octroyées sous conditions de ressource et de résidence.

Malgré les aides sociales, de nombreuses personnes, ni les plus pauvres ou les plus précaires, ont, pour des raisons très différentes, des difficultés à accéder aux soins médicaux ou dentaires. Reste à charge trop élevé, déserts médicaux, refus de soins, les renoncements et les non-recours sont des réels problèmes qui commencent à être de plus en plus étudiés.

L'identification d'un besoin de soins, renvoie à la perception de sa propre santé, qui comme nous l'avons vu, n'est qu'un sentiment subjectif. Cela met en jeu la perception de son corps, par sa culture, son éducation, son histoire familiale ainsi que son rapport avec le monde médical ou à son passé de patient. Pour les personnes précaires, vulnérables, le fait d'être

⁷² REVIL Hélène, « Le non-recours aux soins de santé », *La Vie des idées*, 13 mai 2014.

[Http://www.laviedesidees.fr](http://www.laviedesidees.fr), consulté le 13 novembre 2017.

⁷³ Voir l'annexe 2.

soigné ne constitue pas toujours une priorité ; d'autres besoins sont plus urgents : trouver un hébergement, manger, avoir des ressources. De plus, la possibilité de se projeter dans un parcours de soins n'a pas le même sens, si l'offre de soins est pléthorique, rare, voire inexistante, si les relations avec le milieu médical sont bonnes, aisées, faites de confiance ou au contraire de défiance ; si l'accès est simple ou compliqué.

8.1-Le non-recours aux aides sociales.

Le non-recours aux droits sociaux renvoie à toute personne ou toute famille éligibles à des aides sociales financières ou non financières, qui pour des multiples raisons, n'y accèdent pas. Pour une prestation sociale donnée, on n'observe jamais moins de 10% de non-recours, et ce taux peut grimper jusqu'à 70% pour des aides dites facultatives (aides pour l'énergie et le transport par exemple).⁷⁴ Pour le Revenu de Solidarité Active, le RSA, le taux de non-recours est de 36% pour la CMU-C, il se situe entre 21 et 34 % et pour l'ACS entre 57 et 70 %⁷⁵ et d'un point de vue financier, on peut noter que ce non-recours aux aides sociales est estimé à plus d'un milliard d'euros⁷⁶, ce qui dépasse et de loin, la fraude aux prestations sociales.

Les raisons du non-recours sont multiples :⁷⁷

- la non-connaissance : même si nul n'est censé ignorer la loi, l'absence de connaissance des droits, les complexités administratives, restent les premières causes de non-recours surtout pour les personnes les plus précaires et les étrangers.
- la non-demande : lorsque l'offre est connue mais pas demandée (l'illettrisme pèse sur la non-demande, mais peu sur la non-connaissance⁷⁸ ; non demande pour ne pas être stigmatisé comme « CMUiste »⁷⁹), ou bien un droit est ouvert mais non utilisé.
- la non-réception : lorsque l'offre est connue, demandée, mais pas obtenue.

⁷⁴ VARIN Philippe, Odenore.fr, consulté le 10 mai 2018

⁷⁵ Assemblée Nationale, *Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale*, Synthèse, 26 septembre 2016.

⁷⁶ Varin Philippe, *La face cachée de la fraude sociale*, le Monde Diplomatique, juillet 2013, p.28

⁷⁷ VARIN Philippe, *Le non-recours : définition et typologie*, Odenore, juin 2010.

⁷⁸ Le non-recours à la CMU-C. Enquête auprès de populations précaires – Odenore – Novembre 2016. Fonds CMU.

⁷⁹ Op.cit. note n°72 p.40.

- la non-proposition : lorsque l'offre n'est pas activée malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre.

8.2-Le non-recours aux soins.

L'Odenore, l'observatoire des non-recours, différencie le non-recours du renoncement aux soins⁸⁰. Ainsi, le non-recours traduit un besoin de soins non satisfait, avéré du point de vue médical⁸¹. Le baromètre du renoncement au soin, qui est l'outil inventé et utilisé par l'Odenore, a mis en évidence que les « renonçants » ne sont pas systématiquement des « non-recourants » et inversement⁸² mais qu'il existe une forte homologie entre les deux populations.⁸³

8.3-Le renoncement aux soins.

Pour que l'on parle de renoncement, il faut d'abord que la personne ait ressenti le besoin de soins avant d'y renoncer. C'est donc un besoin de soins non satisfait déclaré par une personne.

Le baromètre du renoncement a permis de montrer que⁸⁴ :

- le taux de renoncement est d'environ 36%.
- les femmes renoncent un peu plus que les hommes⁸⁵, que le renoncement concerne plus les célibataires et les familles monoparentales et que l'âge n'est pas un facteur influençant.
- le renoncement n'est jamais total et qu'il s'exprime de façon épisodique.
- les soins concernés par le renoncement sont d'abord les soins dentaires et

⁸⁰ Odenore 2014.

⁸¹ Ibid.

⁸² WARIN Philippe, Colloque DREES-DSS *Le renoncement aux soins* Espace Charenton, Paris, 22 novembre 2011.

⁸³ WARIN Philippe, *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD*, rapport d'étude du 10 septembre 2014.

⁸⁴ REVIL Héléna, *Le recours aux aides et aux soins : quelles réalités ?* Espaces des sciences.fr, vu le 10 mai 2018.

⁸⁵ REVIL Héléna, *Femmes et hommes face au renoncement aux soins*. La santé en action, n°441, septembre 2017, pp. 20-21.

ophtalmologiques mais aussi et de plus en plus l'entrée dans le système de santé en renonçant au médecin généraliste.

-il existe un renoncement secondaire caractérisé par un abandon du parcours de soins.

- le renoncement est en corrélation avec l'absence ou l'abandon d'une complémentaire santé.

8.4-Les raisons du non-recours et du renoncement.

L'une des causes évidentes du renoncement aux soins est d'ordre financière, surtout pour les soins dentaires et ophtalmologiques et ceci est d'autant plus marqué pour les personnes qui n'ont pas ou plus de complémentaire santé.⁸⁶ Comme je le signalais, la lutte contre les déficits de la Sécurité Sociale, a eu comme conséquence l'augmentation des restes à charge pour les patients, et a contribué à une augmentation du renoncement aux soins. Une autre raison, est la mise à distance physique entre les patients et les praticiens, soit à cause de la désertification médicale soit de l'isolement géographique de certaines populations.⁸⁷ On peut ajouter à ces difficultés structurelles (« les renoncements barrières »⁸⁸) des délais d'attente trop longs et la survenue d'une forme de lassitude ou de découragement devant les difficultés d'accès aux soins due à un manque de guidance de la part des travailleurs sociaux et du corps médical.⁸⁹ Certains patients peuvent également refuser de se soigner. Ce « renoncement refus »⁹⁰ peut avoir plusieurs sources de motivation : défiance du système de santé, posture contestataire, volonté d'un parcours de soins moins conventionnel,⁹¹ perception de l'inutilité des soins pouvant traduire une attitude suicidaire, impossibilité d'exprimer ses besoins chez certaines personnes précaires, voire très précaires, par un mécanisme d'auto exclusion qui s'apparente à une forme de congélation du moi.⁹²

⁸⁶ Op.cit. note n°83 p. 42.

⁸⁷ DESSENNE Pascal et LESENS Olivier, *Milieu rural. Inégalités territoriales de santé et désertification médicales*. La santé des populations vulnérables. Ellipses, pp.171-183.

⁸⁸ DESPRES Caroline, *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique*, Questions d'économie de la santé n° 169 - Octobre 2011, IRDES.

⁸⁹ Op.cit. note n°72 p.40.

⁹⁰ Ibid. note n°88.

⁹¹ Op.cit. note n°7 p.14.

⁹² FURTOS Jean, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Editions rue d'Ulm, 2009.

Il existe bien sûr, d'autres facteurs de renoncement, en particulier l'isolement relationnel. Ainsi, le non-recours, des précaires comme des non-précaires, est fortement lié au fait d'être seul, loin de sa famille, de n'être responsable de personne. Ces différentes variables multiplient par 1,2 à 2 le risque de non-recours au médecin ou au dentiste et d'absence de suivi gynécologique selon les populations de précaires. L'isolement relationnel renvoie directement au phénomène de la solitude qui touche en France 4 millions de personnes aujourd'hui, dont la moitié dit en souffrir. Un tel facteur ne peut pas passer sous silence, même si l'explication financière du renoncement aux soins a la priorité. La combinaison précarité financière et solitude est un constat général préoccupant en Europe. La solitude touche aussi des populations jeunes pour lesquelles l'accès à la santé est parfois difficile.⁹³

8.5-Le refus des soins

Nous avons vu que s'agissant du droit à la santé, le législateur a prévu divers dispositifs visant à garantir un accès universel aux soins à des publics fragilisés ou précaires. La couverture maladie universelle (CMU), la CMU-Complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) et enfin l'Aide médicale d'Etat (AME), participent de cet objectif. Nous avons également vu que la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène de «non recours aux droits», autrement dit de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés. Certains professionnels de santé refusent l'accès au système de soins à des bénéficiaires de ces dispositifs. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais demeurent récurrentes comme le montrent de nombreuses enquêtes menées par Médecins du Monde, par le fond CMU, l'IRDES, notamment par des tests de situation ou «testing».⁹⁴ L'article L. 1110-3 du code de la santé publique qualifie le caractère illégal de tels refus : «aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins».

Ces enquêtes montrent que les refus de soins sont plus fréquents chez les dentistes que chez les médecins. S'agissant des médecins, les refus de soins sont plus élevés pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes.

⁹³ Op.cit. note n°82 p.42

⁹⁴ LES REFUS DE SOINS OPPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C, DE L'ACS ET DE L'AME Rapport remis au Premier ministre mars 2014 p.14.

Une étude commandée par le Fonds CMU en 2006⁹⁵ dans le Val de Marne, a permis de montrer des taux de refus de soins allant de 16,7% chez les médecins généralistes exerçant en secteur 2 à 41% chez les médecins spécialistes (33,3% chez les ophtalmologues ; 40,9% chez les pédiatres ; 50% chez les psychiatres ; 44,4% chez les gynécologues). S'agissant des dentistes, le taux s'élevait à 39,1%. Si cette étude est ancienne, elle reflète une réalité qui perdure : entre 30 et 40% des dentistes refusent toujours de soigner cette population. Les motifs invoqués par les professionnels sont variables : temps perdu, notamment à remplir des papiers, longueur des remboursements, attitude des patients, mauvaise impression auprès du reste de la patientèle, exigence de rentabilité (les chirurgiens-dentistes avancent que le montant accordé par l'Assurance Maladie aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, pour la mise en place de prothèses ne suffit pas à couvrir leur coût), impossibilité de pratiquer un dépassement d'honoraires.⁹⁶ Outre les contraintes administratives et les logiques économiques, le poids des motifs liés à la condition sociale du patient, et aux stéréotypes et préjugés qui s'y attachent, ne saurait être négligé.⁹⁷

Si les dispositifs assurantiels (la CMU-C, l'ACS, l'AME), participent à la lutte contre l'exclusion médicale, et essaient de faire en sorte que les personnes ne renoncent pas à se faire soigner pour des raisons financières ils participent hélas à une forme de stigmatisation, en rendant visibles les populations bénéficiaires. Le degré de cette stigmatisation, dépend de la façon dont le bénéficiaire potentiel ou le reste de la société, se représentent le rôle d'une prestation. Ainsi, la CMU-C associe les bénéficiaires à des situations de précarité ou de grande précarité, peut provoquer des refus de soins et par conséquent un refus de renouvellement chez le bénéficiaire à cause des refus de soins qu'ils ont subis. La stigmatisation peut ne pas être le seul fait des professionnels de la santé, mais venir des fonctionnaires de l'assurance maladie qui pourraient ainsi évaluer les conditions de ressource et le train de vie des potentiels bénéficiaires lors de l'instruction d'un dossier.⁹⁸

⁹⁵ DESPRES Caroline et NAIDITCH Michel, Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne, Ministère de la santé et des solidarités, mai 2006.

⁹⁶ DESPRES Caroline, *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes*. Fonds CMU.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Op.cit. note n°72 p.40.

9-Ethique et soin dentaire.

Le soin dentaire, bucco-dentaire, est un soin éminemment technique. Mais que vaut la technique sans la rencontre ? Peu de chose. Un robot, une machine-outil sont bien plus performants que l'œil et la main humaine ; mais qui voudrait avoir une relation de soin avec une machine ? Comme toute discipline médicale, l'art dentaire passe avant tout par une écoute attentive du malade, le recueil de l'anamnèse, la réalisation d'un diagnostic, l'explication du traitement donné au patient, le réconfort, avant de réaliser les soins, le réconfort après...

9.1-La technique

On peut diviser les soins dentaires en cinq grands groupes :

- Les soins prophylactiques qui s'adressent aussi bien aux dents qu'aux structures parodontales : scellement des sillons des dents pour prévenir la carie, fluoruration, détartrage, mais aussi, motivation au brossage, éducation à la santé bucco-dentaire, conseils alimentaires.
- Les soins dits « conservateurs » qui sont les soins dentaires visant à réparer la dent et permettre son maintien sur l'arcade dentaire : ce sont par exemples, les soins des caries, des petites pertes de structure, les dévitalisations.
- Les soins chirurgicaux qui regroupent les extractions dentaires, la chirurgie parodontale (de la gencive et de l'os), l'implantologie.
- Les soins prothétiques qui visent à remplacer par diverses techniques les dents très altérées ou absentes.
- L'orthopédie dento-faciale (ODF) qui permet de déplacer les dents pour obtenir un réalignement dentaire fonctionnel et esthétique.

Dans le cadre de mon travail pour la Croix Rouge, je ne peux pas assurer l'ensemble de ces soins. Pour le moment, seuls les soins prophylactiques, conservateurs, et chirurgicaux (sauf l'implantologie) sont possibles. Ni les actes prothétiques ni l'orthopédie dento-faciale ne sont assurés. Pourquoi ? Tout d'abord la demande en ODF ne concerne pas le public que je reçois, par contre, si la réalisation de prothèses dentaires est mon quotidien dans mon cabinet libéral,

je ne peux pas effectuer à la Croix Rouge les actes prothétiques, alors que la demande existe fortement. Vous le savez pertinemment, le coût des prothèses dentaires est élevé pour le patient. Mais si ce coût est élevé, c'est parce que ces dispositifs sur mesure sont chers à réaliser. La réalisation de prothèses demande une mise en œuvre technologique complexe et longue qui génère des dépenses importantes. Les soins que l'on dispense au sein de la Croix Rouge sont totalement gratuits pour les patients, mais cela ne veut pas dire qu'ils ne coûtent rien ou qu'ils sont réalisés au rabais. Pas du tout : j'emploie les mêmes matériels que dans mon cabinet privé. Les techniques que j'utilise sont onéreuses, et pour l'instant le budget qui m'est alloué ne peut pas prendre en charge ni le poste de prothèse dentaire, et encore moins l'implantologie. De plus mon « cabinet » est relativement léger pour pouvoir être transportable, et bien que j'aie à ma disposition l'essentiel, je ne dispose encore pas des matériels nécessaires à la réalisation de prothèses ou de traitements complexes.

Une autre problématique de mon travail, est la longueur des soins. En effet, beaucoup d'actes techniques demandent plusieurs séances car il y a obligation, parfois, à utiliser des matériaux en phase plastique qui nécessitent plusieurs jours pour durcir avant de pouvoir terminer le soin proprement dit. Cette temporalité du soin est très souvent mise à mal, car les patients que je vois ne sont pas toujours très disponibles et je ne suis pas sûr de pouvoir les revoir. Il me faut donc essayer de terminer le soin en une seule intervention, ce qui ne se fait jamais « normalement », les protocoles opératoires étant particulièrement stricts. Cette frustration technique est exacerbée par la déception que je lis sur le visage des patients quand je leur dit, ou me fait comprendre, qu'il faudra revenir me voir plusieurs fois.

Je le sais, depuis que j'ai perdu ma baguette magique, je suis devenu très besogneux.

9.2-Les patients

Lorsque nous avons créé à Annecy ce cabinet dentaire, nous pensions venir en aide aux SDF et aux familles précaires les plus démunis, en rupture du système médico-social : des personnes avec des problèmes d'accès aux soins pour toutes les raisons invoquées plus haut. Or le phénomène migratoire a aussi atteint Annecy, et la fermeture des « jungles » de Calais, de Grande-Synthe et du camp de la Porte de la Chapelle, a rajouté un afflux de personnes qu'il a fallu, dans l'urgence, et comme partout en France, loger et prendre en charge. De fait,

les principaux patients que j'ai vus pendant l'année 2017, ont été ces personnes migrantes pour qui évidemment, l'accès aux soins pose problème.

Toutes les personnes que je vois en consultation sont jeunes. Peu sont ceux qui ont plus de quarante ou cinquante ans. Les migrants évidemment car il vaut mieux être jeune pour supporter les affres d'une migration, les SDF également, l'espérance de vie à la rue étant des plus courtes.

9.2.1-Les migrants

Pour simplifier le propos, je vais utiliser le mot migrant pour désigner tous les réfugiés, demandeurs d'asile et autres exilés que je reçois dans mon cabinet. A Annecy, ces migrants arrivent surtout d'Afrique subsaharienne (Soudan, Guinée, Mali), des Balkans (Albanie, Macédoine, Kosovo, Serbie), d'Afrique du nord (Algérie, Maroc) peu de la corne de l'Afrique (Somalie, Ethiopie, Erythrée), quelques-uns d'Iran ou d'Afghanistan. Je vois aussi des migrants roms de Roumanie, mais ceux-ci migrent depuis longtemps entre la France et la Roumanie, en faisant des allers-retours fréquents.

Comme je l'ai déjà dit, l'éthique du soin commence par une rencontre, et l'écoute attentive de la subjectivité du malade. La plupart des personnes que j'ai vu parlait peu ou pas le Français, ou même l'Anglais, et à la Croix Rouge je ne dispose pour l'instant ni d'interprète, ni de service d'interprétariat. Souvent, ces personnes ne savent pas où elles sont et ce que l'on peut exactement faire pour elles. Certaines n'ont jamais vu de dentistes ni de matériels dentaires et personne ne les a préparés à ma rencontre. Mon « placard », n'est pas le lieu le plus engageant pour soigner quelqu'un, et encore moins un migrant déboussolé et stressé. Je suis conscient que ma blouse chirurgicale peut ressembler à un uniforme, et que mon matériel est en filiation directe avec certains instruments de torture...

Avec les migrants allophones il y a tout d'abord un gros problème d'incompréhension mais aussi, avec eux, comme avec tous les patients que je reçois à la Croix Rouge, un problème de continuité des soins. Je l'ai déjà mentionné, les soins dentaires prennent du temps, parfois il faudrait plusieurs séances pour soigner une dent mais n'étant pas sûr de pouvoir revoir ces personnes, je m'oblige à essayer de soigner en une seule intervention. De plus, l'éducation à la santé bucco-dentaire ou la prévention sont impossibles, à cause du problème linguistique et du manque de temps. Avec les assistantes, nous essayons de les prendre en charge avec le

plus de bienveillance possible mais la relation de confiance ne passe que par le regard, les gestes, le ton de la voix. Parfois un mot semble compris, mais c'est bien tout. L'éthique du soin a, à ce moment-là, tourné les talons, et je suis obligé d'être très directif, pour être efficace, étant conscient que la relation soignant/soigné que j'instaure est totalement dissymétrique. J'ai la sensation de ne soigner qu'à moitié : je ne peux instruire le malade de ce que je vais lui faire, j'ai l'impression de les infantiliser, d'avoir trop de pouvoir. Pourtant, il faut bien soigner.

Heureusement, parfois l'unité locale d'Annecy ressemble à la tour de Babel, et on peut trouver soit des bénévoles, soit des usagers qui parlent plusieurs langues. Ainsi, ce matin-là... Ce matin-là, voilà qu'arrive un grand gaillard venu tout droit du Soudan (du sud), que la douleur a cassé en deux et qui se tient la joue gauche en marmonnant des « ouille, ouille ! » parfaitement compréhensibles, bien qu'il ne parlât qu'Arabe. Vite, vite, je le fais asseoir, lui retire doucement sa main de sa joue, lui fais, en le mimant, ouvrir sa bouche, et je regarde ses dents. Comme beaucoup de Soudanais que j'ai vu, ce jeune homme a des dents quasi parfaites. Parfois une dent peut être cariée, bien sûr, ou bien une dent de sagesse peut causer un problème, mais là, je ne vois rien. Je ne comprends pas. Je regarde maintenant toutes ses dents une à une, lentement, essayant de découvrir une pathologie cachée : rien. Je n'ai pas d'appareil de radiographies qui pourrait m'aider. Dominique, mon assistante, me regarde, attendant mon diagnostic, pour commencer à préparer le soin. Mais là, je reste sec, très vexé de ne pas comprendre. Pendant ce temps, le patient s'est mis dans une position antalgique, presque fœtale sur le fauteuil, en se tenant à nouveau sa joue gauche, psalmodiant ses « ouille, ouille ! » comme une incantation. Mentalement j'énumère les possibles : un problème à la glande parotide, une fracture osseuse, une sinusite, un kyste maxillaire. Mais sans radiographie le diagnostic va être difficile. Tout ce que l'on peut dire en voyant ce patient, c'est que c'est sérieux. Au même moment, dans la pièce qui jouxte mon cabinet, il y a des cours d'alphabétisation. Je demande à Dominique d'aller voir, si à tout hasard un élève d'un niveau intermédiaire ne parlerait pas l'Arabe. A mon grand soulagement arrive Mohamed un Algérien que j'ai déjà croisé et qui vient toutes les semaines parfaire son Français. En deux mots je lui explique la situation et lui demande que le patient lui décrive ses symptômes. S'engage alors un dialogue rapide entre le patient et Mohamed, qui bientôt éclate de rire. Son rire est communicatif et je suis soulagé, car si Mohamed rit, c'est que cela n'est pas si grave. Le seul qui ne rit pas et qui me regarde maintenant bizarrement, c'est le patient. Mohamed s'explique : « ce jeune homme a très mal au dos, et il ne comprend pas pourquoi vous lui regardez ses dents ! ». Non seulement la parole ne pouvait pas passer entre nous, mais la

communication non-verbale et sa posture antalgique me faisaient penser à un problème dentaire grave ! Et le patient ne savait pas que j'étais dentiste. Parfois, sans interprète...

Les migrants qui viennent d'Afrique subsaharienne et ceux qui viennent des Balkans ont des profils très différents. Les premiers sont des hommes jeunes entre 15 et 30 ans, ont peu de problèmes dentaires (c'est vrai pour les Soudanais, moins pour les Guinéens), ne semblent pas avoir de problèmes somatiques mais ils peuvent présenter des syndromes post-traumatiques. J'ai croisé des jeunes gens dont le regard était éteint, qui semblaient sidérés, perdus dans des souvenirs que je n'aurais pas aimé partager. Ces migrants africains ne connaissent pas notre système de santé, parfois n'ont jamais vu de dentistes, eu des soins, ne savent pas où ils se trouvent. Un accompagnement social leur est indispensable ne serait-ce dans un premier temps pour leur expliquer leur nouvel environnement, que l'on va les soigner, mais que cela peut prendre du temps. Il faudrait aussi instruire les travailleurs sociaux qui m'adressent les patients, des spécificités des soins dentaires, mais je ne les vois jamais.

L'autre grand groupe de migrants est représenté par les personnes venant des Balkans. Cette population vient consulter en couple ou en famille ; il y a aussi bien sûr des hommes seuls, les femmes seules sont rarissimes. Ils connaissent bien notre système social et la plupart ont déjà eu des soins dentaires. Certains parlent quelques mots de Français, d'Anglais voire d'Allemand ou d'Espagnol. On se comprend dans une sorte d'Espéranto new-look. Mais là non plus, il n'y a pas trop la place à l'écoute, la barrière de la langue et le manque de temps en sont les principales causes. Cette population est caractérisée par un état bucco-dentaire assez détérioré. Cela se voit surtout chez les femmes et les enfants, moins chez les hommes.

Les enfants consomment énormément de sucre sous toutes ses formes, et il est compliqué de dire aux parents d'être raisonnables sur cette consommation, tant ils cherchent à faire plaisir et à rassurer leurs enfants en leur donnant des confiseries. Certains ont déjà eu des soins dentaires, et tous ont très peur de moi. Je passe beaucoup de temps à les amadouer et malgré l'anesthésie systématique qui rend les soins indolores, j'ai beaucoup de mal à les revoir une fois leur douleur calmée pour mettre en place des soins plus préventifs. Cela est extrêmement frustrant, et j'aimerais savoir pourquoi je n'arrive pas à revoir ces personnes pour faire de l'éducation, les rendre plus autonomes. Peut-être ne veulent-elles qu'être soulagées, peut-être ont elles trop peur, peut-être ont elles migré ailleurs, peut-être est-ce moi qui ne leur plaît pas ? Je ressens beaucoup d'amertume de ne pas comprendre. Il est sûr que la barrière linguistique ne joue pas en ma faveur pour établir cette relation de confiance indispensable à un soin complet. Un autre problème que pose les difficultés de communication est

l'interrogatoire médical : le patient est-il allergique à des produits ou à des médicaments, présente-t-il des pathologies particulières, suit-il un traitement médical, etc., etc., autant d'absence de réponses à des questions très importantes.

9.2.2-Les précaires.

Ces autres patients que je distingue des migrants, et que par commodité je nomme « précaires », sont très souvent des SDF, français, ou d'anciens migrants qui se sont installés en France depuis quelques années, ou bien encore des personnes en rupture du droit commun. On les désigne comme précaires ou vulnérables et si par je peux employer ces deux mots comme synonymes, ils ne le sont pas.⁹⁹

Les migrants et les précaires que je vois, sont des femmes et des hommes qui souffrent, mais à des niveaux différents. Au niveau dentaire bien sûr, il n'y a pas ou peu de différences, les pathologies sont les mêmes, exprimées plus ou moins fortement. Il est important de rappeler ici qu'il n'y a pas de pathologies dentaires spécifiques à la précarité : c'est l'accumulation des inégalités sociales qui augmente le nombre et l'intensité des pathologies que l'on peut voir chez une même personne.

Les différences entre les deux populations sont surtout d'ordre psychiques ou psychiatriques : les premiers peuvent être atteints d'un stress post traumatique, les seconds de névroses, de psychoses, pouvant aller jusqu'à l'auto-exclusion.¹⁰⁰ Du point de vue somatique, si les migrants semblent, de mon point de vue, en bonne santé, les SDF présentent à cause de leurs conditions de vie et de leurs addictions, de multiples pathologies.

Certains de ces patients précaires sont donc SDF, dans l'errance, d'autres se sont sédentarisés, certains sont seuls, d'autres en couple, certains ont des chiens, d'autres traînent avec eux des sacs plastiques remplis de tous leurs trésors qu'ils ne quittent pas des yeux, beaucoup ont des addictions, certains sortent de prison, de l'hôpital, d'autres vont y retourner, tous sont

⁹⁹ Précaire vient du latin *præcarius* qui signifie obtenu par prière. Le précaire est celui qui prie l'autre, et renvoie donc à une notion de communauté, alors que l'être vulnérable (du latin tardif *vulnerabilis*) signifie qui peut être blessé, renvoie à l'individu. La précarité peut être bonne (c'est notre vie communautaire) ou mauvaise, et c'est de celle-ci dont je parle ici.

¹⁰⁰ Une des pathologique, que décrit Jean Furtos, est le syndrome d'auto-exclusion que l'on peut voir, entre autre, chez les SDF : anesthésie du corps, atténuation des émotions, inhibition de la pensée, réaction thérapeutique négative, rupture des liens affectifs, syndrome de Diogène.

vulnérables. En général, ils sont bien connus des services sociaux et des associations. Bien sûr, ces personnes sont pauvres, certaines ont des aides sociales (PUMa, CMU-C, AME), ou bien leurs droits sociaux sont en cours d'ouverture. Si je les vois, c'est soit parce qu'elles n'ont plus confiance dans le système de santé « classique », soit qu'elles ont subi des refus de soins, soit qu'elles n'osent pas se rendre dans des cabinets de ville de peur d'être jugées et stigmatisées, soit qu'elles ont honte de demander des aides sociales, mais aussi parce que les soins que je prodigue sont gratuits.

Ces personnes présentent un état dentaire très grave et il manque des dents à la majorité d'entre eux ; tous voudraient que je puisse leur fabriquer des prothèses dentaires.

Jean, un SDF, en me montrant sa bouche totalement édentée, me disait : « Docteur, si vous ne pouvez pas me fabriquer des dents, comment voulez-vous que je trouve l'Amour ? »

Comme souvent, c'est la douleur qui les fait venir en consultation, et connaissant leur résistance et leur capacité d'auto anesthésie, je vois alors des pathologies terminales où la seule solution sera l'extraction de la ou des dents malades une fois l'infection maîtrisée.

Autant dire que je rajoute de la frustration à la frustration. D'un point de vue clinique, je vois tout ce qui peut exister comme pathologie bucco-dentaire, souvent dans une même bouche.

Les pathologies parodontales sont maximales et des jeunes adultes ont une bouche d'octogénaire. Les pathologies sont aggravées par la consommation de tabac, d'alcool, de drogues multiples et variées, et très souvent, de tout à la fois. Les traitements psychiatriques médicamenteux, quand il y en a, participent également, par l'asialie qu'ils génèrent, à la dégradation de l'état dentaire. Bien sûr, le manque d'hygiène, une alimentation trop riche en sucres, sont aussi des cofacteurs évidents dans l'apparition et l'aggravation de ces pathologies. Malgré leur souffrance ils ont du mal à consulter, leur peur viscérale des soins dentaires les tient éloignés des dentistes. J'ai du mal à les impliquer dans un programme préventif, et d'ordinaire, comme avec les migrants, je ne revois généralement plus ces personnes quand je les ai soulagées, mais petit à petit, je tisse des liens de confiance.

9.3- l'aller vers.

Aller à la rencontre des patients, des usagers, des plus âgés, des plus jeunes, des plus faibles, des plus fragiles, des impotents, des isolés, des précaires, de l'autre, n'est pas nouveau et c'est très simple : il suffit de sortir pour les rencontrer. Mais il faut le vouloir.

Lorsque j'ai imaginé ce cabinet dentaire, j'ai tout de suite pensé à pouvoir externaliser les consultations et les soins. C'est donc dans cette optique que j'ai présenté le projet aux instances nationales de la Croix Rouge : création d'un cabinet dentaire dans les locaux de l'unité locale d'Annecy mais qui puisse être transporté et déployé ailleurs. Travailler hors les murs pour un dentiste, et proposer des soins de qualité est tout sauf évident. Les matériels transportables existent, mais ces appareils sont souvent très sommaires et ne permettent que des soins rudimentaires. Or, je voulais à la fois un matériel suffisamment bien construit pour soigner correctement et suffisamment léger pour pouvoir être chargé facilement dans un véhicule. Une fois la perle rare trouvée il fallait se faire connaître. Pour rencontrer les patients, je me suis appuyé sur le réseau des unités locales de la Croix Rouge qui maille le département de la Haute Savoie. Si tout le monde a trouvé mon initiative remarquable, un seul président d'une autre unité locale du département a répondu favorablement à cette offre de soins. J'avoue que je ne m'attendais pas à cela et ma déception a été grande. Il y a un cruel manque d'offre de soins dentaires pour toutes les populations, pas seulement pour les personnes précaires, et je pensais que ma proposition allait mobiliser toutes les énergies du département. Pourquoi cette fin de non-recevoir ? Je ne peux qu'émettre des hypothèses : mauvaise communication de ma part, manque d'intérêt pour les problèmes médicaux en général par des associations qui ne pratiquent que l'accueil social, manque de sensibilisation aux problèmes bucco-dentaires, cloisonnement social/médical, peur de changer ses habitudes, usure des bénévoles, non demande ou renoncement des usagers ?

L'objectif de sortir des murs est évident : cela permet de se rapprocher, de se mettre au chevet et de soigner des personnes isolées, qui ne demandent plus rien, ou qui ont subi des refus de soins. Cela permet surtout de recréer, et c'est mon souhait, des liens de confiance, et avec l'aide des travailleurs sociaux, de ramener ces personnes vers le droit commun. C'est donc grâce à Serge, le président de l'unité locale de Thonon-les-Bains, que dorénavant, un jeudi par mois, avec Sylvie et Dominique, nous nous rendons dans cette petite ville distante d'environ 80 km d'Annecy. Les consultations ont lieu dans les locaux d'une association (« la Passerelle ») qui fait office de CHRHS, et qui propose un accueil de nuit pour des hommes isolés, et aussi un accueil de jour pour tous. Depuis quelques années la PASS¹⁰¹ des Hôpitaux du Léman a pris l'habitude de venir tous les jeudis matins à la rencontre de cette population vulnérable dans les locaux de cette association. Ainsi, quand j'ai proposé mes services aux

¹⁰¹ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les PASS, sont des dispositifs hospitaliers destinés à recevoir des personnes en situation de précarité. Présentes dans certains hôpitaux, elles peuvent développer des actions à l'extérieur. Elles sont issues de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

unités locales du département, Serge m'a immédiatement mis en relation avec Stéphanie, le médecin de la PASS qui m'a proposé de venir les rejoindre. Travailler dans un même lieu avec l'équipe de la PASS et les travailleurs sociaux est extrêmement plaisant car la plupart des problèmes médicaux-sociaux peuvent être analysés et traités rapidement. Mon exercice prend alors une autre dimension, et j'ai beaucoup de plaisir, tous les mois à retrouver ces équipes et ces patients. Si à Annecy, durant la dernière année, j'ai essentiellement vu des migrants, ici je ne vois que des Français(es) ou bien des migrants arrivés en France depuis longtemps, Thonon-les-Bains ne se situant pas sur une route migratoire. Un patient SDF que j'avais déjà vu à Annecy, et devant mon étonnement de la retrouver là, me disait qu'avec l'afflux de migrants, notamment ceux des Balkans, il avait préféré s'éclipser à Thonon, car il ne se sentait plus en sécurité à Annecy. Beaucoup de bénévoles me confirmeront que les arrivées des populations migrantes, repoussent ailleurs les SDF qui étaient installés, connus et suivis par les associations, depuis plusieurs années.

Le jeudi matin, les bénévoles de la Croix Rouge, du Secours Catholique, et les salariés de la Passerelle, prépare un copieux petit déjeuner ouvert aux usagers de l'association et aux SDF. Tout est bien rôdé maintenant, et ceux qui le souhaitent peuvent voir soit le médecin, le dentiste ou l'assistante sociale, et nous n'hésitons pas à traiter des problématiques en commun quand elles apparaissent. Tout comme à Annecy, la consultation est ouverte dès 9h00 et je reçois les patients au fur et à mesure de leur arrivée. J'amène tout le matériel nécessaire, et je suis parfaitement autonome. J'ai simplement demandé aux bénévoles, que je voulais voir les patients avant leur petit déjeuner plutôt qu'après... Je tiens des brosses à dents à disposition des usagers, car la plupart n'en ont pas.

10-La solitude des soignants.

Et du dentiste en particulier.

Les dents ont des valeurs symboliques fortes : jeunesse, virilité, séduction, rang social, et leur perte, leur dégradation, leur vieillissement, vous catégorisent immédiatement. Tout le monde veut des dents saines, blanches, bien alignées, cela constitue une norme, c'est devenu un marqueur social fort. Les patients précaires, vulnérables que je vois n'échappent pas à la règle. Pourquoi en serait-il autrement ? Bien sûr, pour les populations les plus précaires qui consultent, l'urgence dentaire ne se situe pas au niveau esthétique, il faut d'abord juguler la

douleur et les infections. Mais le handicap de l'édentation, au-delà des problématiques fonctionnelles est emblématique de l'image de soi, de l'estime de soi. Malheureusement, je ne peux pas faire grand-chose pour y remédier, tant la mise en œuvre technique serait longue et onéreuse. Cette demande continue et non satisfaite, me renvoie à une sorte d'inutilité de mon action, de futilité, un sentiment d'impuissance. Le besoin de soins verbalisé par ces patients, le besoin des soins que j'analyse et l'offre des soins possibles, sont trois choses bien différentes : comment tout concilier ?

Un autre problème qui génère de la frustration est, l'absence de continuité des soins, l'impossibilité de faire une dentisterie plus qualitative par manque d'assiduité de ces patients, de faire de la prévention, de les éduquer, de les rendre autonomes.

Soigner ces personnes vulnérables, est très usant : l'asymétrie de la relation humaine est peut-être trop importante et l'on a du mal parfois, à trouver la bonne distance avec son malade. Ces rencontres avec cette population de personnes créent des stress émotionnels qu'il faudrait verbaliser, idéalement avec un psychiatre ou un psychologue, avec un confrère, un autre soignant, ou un tiers extérieur qui connaît ces populations. Ces débriefings nécessaires ne sont pas toujours mis en place, faute de professionnels, de temps, d'organisation, ou simplement de demande de la part des soignants. Pour ma part, je m'oblige à parler avec mes assistantes des patients que nous avons vus et des problèmes rencontrés lors des soins.

Un autre facteur de tension, est la relation avec les autres intervenants, professionnels ou bénévoles, qui ne partagent pas tous les mêmes priorités, les mêmes visions, les mêmes expériences, les mêmes fonctions au sein des associations. Expliquer la pertinence de son engagement, la justesse et la nécessité de son action, demander des moyens, négocier un matériel, et ce de façon continue, peut épuiser.

La prise en charge médicale de ces personnes précaires ne suffit évidemment pas : une aide ou une orientation sociale est indispensable. Ainsi, dans mon champ d'action du soin, il me faut parfois des réponses immédiates à des problèmes administratifs, sociaux ou tout simplement humains, qui peuvent surgir lors de l'accueil du malade. Ne sachant pas si je vais revoir ces patients, il faudrait qu'ils soient vus dans l'instant par un bénévole de l'action sociale. Or ce n'est parfois pas possible et les bénévoles n'ont pas tous les mêmes connaissances du droit social ; leur compétence personnelle (autonomie, dynamisme, etc.) et interpersonnelles (écoute, travail en équipe, bienveillance, etc.) ne suffisent parfois pas. Les formations en interne existent, mais elles sont limitées et il faudrait des piqures de rappel fréquentes. Mon expérience avec la PASS, c'est-à-dire pouvoir soigner en équipe avec un(e) médecin, un(e) infirmière, un(e) assistant(e) social(e), des travailleurs sociaux, réunis dans un même lieu,

donne un véritable confort de travail.

Enfin, et c'est bien dommage, la mutualisation des moyens par différentes associations n'est parfois pas possible, souvent pour des problèmes d'ego, et chacun joue sa partition dans son coin : « touche pas à mon pauvre », pourrait être un triste mais joli slogan.

Cette souffrance du soignant, cette solitude du travailleur ou du bénévole social, est ressentie par beaucoup : il suffit d'écouter les étudiants qui participent à ce DIU pour s'en convaincre. Manque chronique de temps, de moyens, de personnels, organisation parfois loufoque, administration pesante, manque de valorisation du travail, stress émotionnels : voilà la réalité. Le fait d'en parler, de partager les mêmes expériences et sentiments, permet de ne pas se sentir seul. Dans mon quotidien, même dans mon couple, je ne me sens pas le droit de trop raconter ce que je vois. J'ai peur d'être mal compris, ou peut-être d'inquiéter ceux qui sont trop éloignés de ces populations. Participer à ce DIU, au-delà de l'aspect pédagogique, permet d'avoir une parole libérée avec des personnes qui savent de quoi l'on parle.

Lorsque j'ai présenté le projet du cabinet dentaire Croix Rouge au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes d'Annecy, on m'a demandé, puisque je soignais bénévolement, et pour ne pas créer une concurrence anti-confraternelle, de ne recevoir que les personnes n'ayant aucun droit social.

Ainsi ce matin à la consultation un jeune couple avec un petit enfant s'est présenté. Lorsque je viens vers eux, le monsieur se lève très vite, l'air inquiet, mais décidé. Il jette un dernier regard vers la jeune femme qui d'un signe de tête, et d'un sourire, l'encourage à aller avec moi.

Je le conduis vers la petite salle de soin, et comme c'est la première fois que l'on se voit je remplis un dossier médical et une fiche sociale anonyme, propre à la Croix Rouge. On doit signaler l'âge, la nationalité, la situation familiale, la couverture sociale quand il y en a une, la qualité de l'hébergement, le suivi social, les ressources. Ce jeune homme français a vingt-neuf ans et il me dit qu'il n'a aucune couverture sociale.

-« Mais qui vous a dit cela ? »

-« C'est à la sécu quand je suis allé chercher ma carte Vitale ».

-« Mais monsieur, vous avez des droits sociaux et médicaux, l'obtention de votre carte Vitale en est la preuve ! »

-« Vous savez, je suis à la rue depuis mes quatorze ans, alors, je ne comprends pas tout. Je viens juste d'avoir ma carte d'identité. On m'a dit que je n'avais pas de droits, alors je l'ai cru. Je viens vous voir, parce qu'on m'a dit que vous soignez gratuitement tout le monde. »

Il est très timide, il a du mal à trouver ses mots, son nez a été cassé en deux endroits, et lui donne un faciès de boxeur ; la rue n'est pas un long fleuve tranquille.

-« Que puis-je faire pour vous aujourd'hui ? »

-« Docteur, j'ai mal aux dents et c'est insupportable »

-« Depuis quand avez-vous mal ? » dis-je tout en remplissant ma fiche médicale.

-« Je ne sais plus trop, je dirais depuis une dizaine d'années. »

Je lève la tête, je pose mon stylo, et le regarde très surpris. Je le regarde vraiment, j'arrête d'écrire et je me concentre car je sais qu'il faut que je sois ici et maintenant, près de lui, avec lui, attentif, présent à cette rencontre qui va me marquer pour longtemps. Il ne plaisante absolument pas, la peur fantasmée du dentiste a été plus forte que la douleur, le manque de moyens financiers, la crainte d'être rejeté, critiqué, stigmatisé, jugé, l'ont éloigné des soignants depuis des années. Florian m'explique qu'au décès de sa maman quand il avait quatorze ans, son père incapable de s'occuper de son frère et de lui, les a laissés. Les deux frères ont vécu à la rue, et lui a connu le parcours hélas classique : rue, famille d'accueil, délinquance, drogue, prison, hôpital, rue. Cela fait deux ans qu'il a rencontré la jeune femme qui l'accompagne, mais c'est son enfant à elle qui est avec eux, pas le sien, me précise-t-il, comme s'il ne se sentait pas le droit d'être père. Aujourd'hui, ils ont commencé ensemble un traitement de sevrage et de substitution, et elle l'a poussé à consulter, « parce que, quand j'ai mal, j'ai si mal qu'elle a peur que je replonge ». Ce patient qui fait cet effort de venir et qui, il me le répètera maintes fois, a une peur terrible du dentiste, mérite que je m'occupe de lui immédiatement, droits sociaux ou pas. Quel autre dentiste accepterait de le recevoir aujourd'hui, demain, un jour ? Il demande de l'aide, je peux l'aider, je me dois de l'aider, de transgresser les règles de bonnes conduites confraternelles que l'on m'a bien rappelées au Conseil de l'Ordre.

Cette possibilité de transgression que je m'octroie, appelons cela l'éthique du soin, si vous voulez. Écoutons Jean Furtos : « Il faut donc pouvoir se permettre des transgressions du cadre normatif pour s'adapter au réel de l'extrême, avoir des marges de manœuvre. »¹⁰²

Transgresser pour se sentir utile, transgresser pour chasser cette sensation d'injustice parfois trop forte.

Le temps du bénévolat que j'offre est insuffisant. Si l'on veut être efficace, logique, idéaliste, il faudrait créer une structure plus professionnelle à Annecy, pouvoir réaliser des prothèses,

¹⁰² FURTOS Jean, *Difficile et paradoxale exigence éthique dans la rencontre avec les personnes qualifiées de précaires*. La santé des populations vulnérables, éditions Ellipses, 2017, pp. 75 à 85.

faire de l'éducation et de la prévention, tout en conservant un cabinet mobile se déplaçant à la rencontre des plus déshérités, des plus vulnérables. Il faudrait constituer deux équipes, une qui resterait à Annecy et une qui prendrait la route. Atteindre ce but est pour l'instant impossible, tant les coûts humains et techniques sont élevés dans ma spécialité, tant il m'est difficile de trouver des consœurs, des confrères ou des assistantes motivés. Le futur cabinet dentaire dans le nouveau CHRS que la Croix Rouge est en train de créer, sera déjà un premier pas pour mieux recevoir les patients d'Annecy.

Je suis conscient que le fait même de proposer bénévolement et gratuitement un service de soins aux plus démunis, aux exclus, est le signe d'un échec des politiques sociales. Nous soignons – et dans ce « nous » j'inclus tous les soignants bénévoles- parce que l'Etat, pour toutes les raisons énoncées plus avant (inégalités sociales, renoncement, non-recours, refus), a failli dans sa mission de justice et de protection pour tous. Je suis conscient que proposer un tel service, d'une certaine façon, cautionne les manquements de l'Institution. Je suis conscient que certains des usagers que je vois, profitent du système de gratuité des soins, alors qu'ils ont des droits sociaux, pour pouvoir financer, entre autres, leurs addictions. Je suis conscient qu'être en permanence au chevet de ces personnes ne les aide pas toujours à retrouver l'autonomie qu'ils ont perdue. Je suis aussi conscient que si nous n'étions pas là, il n'y aurait pas grand monde à notre place. Je suis conscient que petit à petit je crée des relations de confiance. Je suis conscient que les soins dentaires sont peu de choses face aux conditions de vie, et aux parcours parfois très chaotiques des patients que je vois pour la Croix Rouge. L'important n'est pas là. L'important, c'est d'être présent, c'est la rencontre, sans crainte, c'est montrer qu'il y a encore quelqu'un qui peut changer d'allure, ralentir, attendre les retardataires, rester au contact : « La caravane (des hommes) ne doit pas trop s'étirer, car si elle s'étire ceux qui la composent ne se distinguent plus ; et les hommes qui ne se reconnaissent plus se rencontrent de moins en moins, et se parlent de moins en moins ».¹⁰³

11- Conclusion.

Le 23 juin 1894, dans un salon cossu de la Sorbonne à Paris, treize hommes, nantis et sportifs, venus des quatre coins du monde, se sont retrouvés pour imaginer et organiser une renaissance. A la fin de la réunion, l'homme à l'origine de cette rencontre prend la parole :

¹⁰³ FANON Frantz cité par John BERGER, *De A à X*, Editions de l'Olivier, 2009.

« Mes chers amis, et que pensez-vous de « *Citius, altius, fortius* » » ?

C'est en latiniste distingué que Pierre de Coubertin proposa cette devise au nouveau Comité International Olympique qu'il venait de créer.

C'est beau, « plus vite, plus haut, plus fort ». Cela sonne bien, cela donne envie de se dépasser, se surpasser, pour l'amour du sport, la beauté du geste, le plaisir de participer.

Cette belle formule sportive, est devenue au fil du temps la norme de nos vies sociales : on nous demande d'aller plus vite, plus haut, d'être plus forts, mais nous ne sommes pas tous des champions olympiques, loin s'en faut. La vulnérabilité n'a pas sa place dans nos existences, il faut cacher ses faiblesses, le vieillissement devient problématique, la maladie taboue, ne parlons pas de la mort. Les Anciens étaient parfois plus humains et également plus cyniques : « *memento mori...* », murmurait l'esclave au général triomphant.

On nous demande plus de rentabilité, d'aller encore plus vite, on nous donne moins de moyens. Le stress fait tellement partie de notre quotidien, que nous l'avons intégré presque comme un paramètre normal, à tel point que l'on ne s'en rend même plus compte avant que le « burnout » ne nous abatte.

Les nouveaux moyens de communications, tout en nous ouvrant des fenêtres sur le monde, réussissent encore à accélérer les rythmes de travail, à créer du chômage, et ne font que nous isoler un peu plus derrière nos écrans.

Ce stress, cet isolement, nous rendent tous précaires, vulnérables. Ainsi, ne nous y trompons pas, la précarité n'est pas un avatar de la pauvreté comme on pourrait le penser : on peut être nanti et précarisé. Il existe une précarité économique et une précarité psycho-existentielle¹⁰⁴, et Jean Furtos, en fait le distinguo : « le pauvre est celui qui a peu, le précaire celui qui a peur ». ¹⁰⁵ Cette peur, c'est l'expression d'une méfiance, le manque de confiance en l'avenir. Cette perte de confiance en l'avenir, c'est aussi une perte de confiance en soi, en l'autre, dans le genre humain. Cette précarité, psychologique, sociale, s'est érigée petit à petit en norme : elle s'est caractérisée par la fin de l'état providence prêtant une assistance inconditionnelle, en un état qui maintenant demande des comptes¹⁰⁶, par le stress au travail qui crée des pathologies psychiques graves, une économie capitaliste générant de l'individualisme, des politiques de plus en plus sécuritaires, la peur de perdre son statut social, familial, ses biens matériels, le sentiment que tout peut changer très vite, en mal ou en pire, bien sûr.

On peut, à juste titre, se demander ce qu'il va advenir des populations les plus précaires dans

¹⁰⁴ FURTOS Jean, *La précarité et ses effets sur la santé mentale*, Le carnet PSY, juillet 2011, n°156, pp.29-34.

¹⁰⁵ Op.cit. note n°93 p.43.

¹⁰⁶ Passage du RMI au RSA, par exemple.

une société qui elle-même se précarise et comment vont faire les soignants eux-mêmes précarisés pour continuer à soigner l'Autre ?

Agir, se mobiliser, rencontrer, être curieux, donner sans volonté de recevoir en retour, et pas seulement pour les plus faibles d'entre nous, ne pas avoir peur de l'Autre, avoir cette capacité, ce courage de bienveillance, d'empathie, cette capacité de révolte sans destructivité, permet de rester vivant.

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. »¹⁰⁷

12-Epilogue.

La matinée était particulièrement laborieuse et j'étais immergé dans mon travail, concentré, tendu. Les patients se succédaient et j'avais l'impression, depuis le début des consultations, d'être comme en apnée. Il fallait diagnostiquer, rassurer, charmer et soigner sans perdre trop de temps pour essayer de voir tout le monde. Heureusement, Dominique et Sylvie étaient là pour m'aider et notre petite équipe fonctionnait bien. Vers dix heures, Claude s'est présentée à la porte du « placard ». Claude est une institutrice, retraitée depuis peu, qui s'occupe habituellement, avec d'autres, des cours d'alphabétisation. Claude est l'un des piliers de l'unité locale d'Annecy, elle est très efficace, et je sais pouvoir compter sur elle. Ce matin-là, elle aidait Bernard à l'accueil, car parfois il peut être dépassé par l'afflux des demandes. « Michel, je te dérange, mais il faut que tu viennes, il y a quelqu'un qui crie et il veut te voir. » Bernard a installé un petit coin d'attente tout à côté de l'entrée, et les patients sont là, un petit numéro à la main que Bernard leur donne dès leur arrivée. Quand Claude est venue me chercher, je m'occupais du numéro quatre, Sergueï, un réfugié kosovar, un dur, qui en avait tellement vu que j'aurais pu l'opérer sans anesthésie. Parmi ceux qui attendaient, il y avait un grand escogriffe qui parlait haut et gesticulait, rompant le silence angoissé qui caractérise les salles d'attente des cabinets dentaires. J'arrive vers lui accouré de ma blouse chirurgicale et de mon masque que j'ai oublié d'ôter. Il m'apostrophe en désignant une jeune femme qui a la joue toute enflée et en criant dans un sabir incompréhensible une longue

¹⁰⁷ FURTOS Jean, 2004.

explication où seul le mot « doctor » émerge. Je lui fais signe avec mes mains de se calmer, je demande à Bernard de lui donner un numéro, lui dis que je recevrai la demoiselle ce matin et sans savoir s'il m'a compris, je retourne terminer mon soin.

Il est treize heures et les locaux de la Croix Rouge sont presque vides maintenant. Nous sommes encore là, avec Dominique et Sylvie, éreintés. Voilà qu'arrive l'agitateur du matin. C'est un grand jeune homme maigre, avec une belle tête de pirate albanais et il semble plus calme maintenant ; l'attente lui a fait du bien. Il accompagne la jeune femme, son épouse apparemment, et je vois bien à l'attention qu'il lui porte, qu'il se fait beaucoup de soucis pour elle. Elle a un port altier et des cernes noirs troublent son regard. Ils ne parlent qu'Albanais, et Nasser, un bénévole demandeur d'asile qui maîtrise six ou sept langues et tous les dialectes serbo-croates, est parti déjeuner. Tant pis, on va y arriver. J'installe la jeune femme qui à peine assise, met une main sur son ventre et me dit : « Baby, baby ! » Avec son autre main, elle montre trois doigts. Voilà pourquoi son mari s'inquiétait tant : elle est enceinte de trois mois. J'examine sa bouche : toutes ses dents sont soit cassées soit cariées très profondément. Dominique qui, elle aussi, a vu son état dentaire, me regarde effarée. Mais quel âge a cette patiente ? A peine vingt ans. Toutes ses dents sont abimées, et elle souffre, et elle est enceinte, et je suis fatigué, épuisé, désespéré. Et cela doit se voir derrière mon masque et mes lunettes de protection. Il est loin le silence des organes, elle est où la souffrance privée dans la santé publique, et il est où Canguilhem avec sa normativité ? J'aimerais bien lui en toucher deux mots !

Son mari s'est approché doucement, et s'est appuyé avec lassitude contre la porte. Il me regarde d'un air grave et digne, et me dit avec ces mots sûrement appris le matin même : « Doctor, c'est le bordel ! »

Je ne peux qu'acquiescer et malgré tout, je souris.

Je n'étais qu'un simple serviteur et je deviens une sentinelle. Je veille modestement quelques moutons sous les étoiles. Je n'ai pas encore tout à fait conscience de mon rôle, mais je veille. Parfois, je rencontre d'autres sentinelles et nous espérons que notre présence, notre action, notre veille, notre éveil, serviront à rendre des quotidiens plus acceptables.

NOTES

¹ D.U. Santé, Solidarité, Précarité. UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes.

² DIU Santé, Société et Migration, module 2 : préjugés et représentations

³ L'Encyclopaedia Universalis.

^{5,46,51} DIU Santé, Société et Migration, module 4 : Les spécificités liées à la demande d'asile.

⁶ Proposition de loi relative à l'immigration du 20 décembre 2017.

^{7,14,91} DIU Santé, Société et Migration, module 3 : Les effets de la migration sur la psychopathologie.

^{8,9} DIU Santé, Société et Migration, module 5 : Paroles et altérité.

^{10,16,20,21,23} KLEIN Alexandre, *La santé comme norme de soin*. In *Philosophia Scientiae*, 2008, vol 12 cahier 2 (en ligne) consulté le 30 avril 2018.

^{11,13} DESFORGES Frédérique, *Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé*. In *Histoire, économie et société*, 2001, n°3, pp. 291-301.

¹² AYENA Fidèle, *Santé globale, un concept novateur pour une sécurité globale*. In *Hôpital et territoires*, septembre 2014.

¹⁵ ROMAINS Jules, *Knock*, 1923.

^{17,37} CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, 1966. Editions PUF, 2013.

¹⁸ KREMER MARIETTI Angèle, *Les concepts de normal et de pathologique depuis Georges Canguilhem*, *Dogma*, revue en ligne, consultée le 27 décembre 2017.

¹⁹ BEZY Olivier, *La santé c'est la vie dans le silence des organes*. *La revue lacanienne*, 2009, pp. 47-50.

^{22,24,27,36} LEBLANC Guillaume, *Le normal et le pathologique sous le regard de l'éthique*. *Espace-Ethique.org*, conférence vue sur YouTube le 30 décembre 2017.

²⁵ DUBOS René, *L'homme et l'adaptation au milieu*. Payot, 1973.

²⁶ «Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948».

^{28,29} BRUCKNER Pascal, TABUTEAU Didier, et DURAND Jean-Pol, *C'est la vie entière qui est devenue comme une maladie...*, *Les Tribunes de la santé*, vol. n°1, 2003, pp. 105-111.

- ³⁰ KLEIN Alexandre, *Education et santé : approches philosophiques*. Congrès international AREF 2007 (AECSE) Symposium Sciences de l'Éducation et Santé.
- ^{31,44} BERGER John et MOHR Jean, *Un métier idéal*. Edition de l'olivier, 2009.
- ^{32,34,35} DELASSUS Éric. Penser la santé au-delà des normes. École thématique. Université François Rabelais de Tours, France. 2015, pp.22.
- ³³ LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1998.
- ³⁸ Loi KOUCHNER du 4 mars 2002 : Droits des malades et qualité du système de santé.
- ³⁹ BRUGERE Fabienne, *L'éthique du care*, Soins&Compassion Hôtel-Dieu, vu le 3 janvier 2018.
- ⁴¹ COMTE-SPONVILLE André.
- ⁴² LAGARRIGUE Jacques, LEBE Guy. « *Éthique ou morale ?* ». Recherche & Formation, N°24, 1997. Conscience éthique et pratiques professionnelles, sous la direction de Gilles Ferry. pp. 121-130. Persee.fr, vu le 30 décembre 2017.
- ⁴³ COMTE-SPONVILLE André, *Homo moralis*, usievents.com, vu le 3 janvier 2018.
- ^{45,47} BARRIER Philippe, *Ethique dans la relation de soin*, espace éthique/IDF. Vu le 27 décembre 2017.
- ^{48,50} FIAT Éric, *Du droit à l'éthique*, Espace éthique/IDF vu le 28 décembre 2017.
- ^{53,54} WORMS Frédéric, Introduction à la philosophie à l'hôpital : notions et textes - Autour de Paul Ricœur - 29 mars 2016, vu le 17 mars 2018.
- ⁵⁵ *Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2010*, Ministère de solidarité et de la santé.
- ⁵⁷ OMS
- ^{58,67,68} *La santé de l'homme* n°417 janvier-février 2012.
- ⁵⁹ Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandations, rapport de la HAS, mars 2010.
- ⁶⁰ Insee.
- ^{61,63} MICHELETTI Pierre, *La précarité à l'extrémité du gradient des inégalités sociales de santé : comprendre pour agir*, La santé des populations vulnérables, éditions Ellipses 2017, pp.31-41.
- ⁶² *Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité*. Haut conseil de la santé publique, décembre 2009.

- ⁶⁴ Dépense courante de santé (DCS) en 2016, Ministère des solidarités et de la santé.
- ⁶⁵ WHITEHAED, M., DAHLGREN G. *What can we do about inequalities in health*. The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.
- ⁶⁶ Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France. *La Santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans – Arcade*. Paris : Urcamif, rapport 2000.
- ⁶⁹ L'état de la santé en France, Rapport 2017, Drees.
- ⁷⁰ Université de Rennes I.
- ⁷¹ FISHER-OWENS SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader M-J, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. sept 2007.
- ^{72,79,89,98} REVIL Héléna, « Le non-recours aux soins de santé », *La Vie des idées*, 13 mai 2014. [Http://www.laviedesidees.fr](http://www.laviedesidees.fr), consulté le 13 novembre 2017.
- ⁷⁴ VARIN Philippe, Odenore.fr, consulté le 10 mai 2018
- ⁷⁵ Assemblée Nationale, *Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale*, Synthèse, 26 septembre 2016.
- ⁷⁶ Varin Philippe, *La face cachée de la fraude sociale*, le Monde Diplomatique, juillet 2013, p.28
- ⁷⁷ VARIN Philippe, *Le non-recours : définition et typologie*, Odenore, juin 2010.
- ⁷⁸ Le non-recours à la CMU-C. Enquête auprès de populations précaires – Odenore – Novembre 2016. Fonds CMU.
- ^{80,81} Odenore 2014.
- ^{82,93} WARIN Philippe, Colloque DREES-DSS *Le renoncement aux soins* Espace Charenton, Paris, 22 novembre 2011.
- ^{83,86} WARIN Philippe, *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD*, rapport d'étude du 10 septembre 2014.
- ⁸⁴ REVIL Héléna, *Le recours aux aides et aux soins : quelles réalités ?* Espaces des sciences.fr, vu le 10 mai 2018.
- ⁸⁵ REVIL Héléna, *Femmes et hommes face au renoncement aux soins*. La santé en action, n°441, septembre 2017, pp. 20-21.
- ⁸⁷ DESSENNE Pascal et LESENS Olivier, *Milieu rural. Inégalités territoriales de santé et désertification médicales*. La santé des populations vulnérables. Ellipses, pp.171-183.
- ^{88,90} DESPRES Caroline, *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique*, Questions d'économie de la santé n° 169 - Octobre 2011, IRDES.

^{92,105} FURTOS Jean, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Editions rue d'Ulm, 2009.

⁹⁴ *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de L'ACS et de l'AME*. Rapport remis au Premier ministre mars 2014 p.14.

⁹⁵ DESPRES Caroline et NAIDITCH Michel, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne*, Ministère de la santé et des solidarités, mai 2006.

^{96,97} DESPRES Caroline, *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes*. Fonds CMU.

¹⁰² FURTOS Jean, *Difficile et paradoxale exigence éthique dans la rencontre avec les personnes qualifiées de précaires*. La santé des populations vulnérables, éditions Ellipses 2017, pp. 75 à 85.

¹⁰³ FANON Frantz cité par John BERGER, *De A à X*, Editions de l'Olivier, 2009.

¹⁰⁴ FURTOS Jean, *La précarité et ses effets sur la santé mentale*, Le carnet PSY, juillet 2011, n° 156, pp.29-34.

¹⁰⁷ FURTOS Jean, 2004.

ANNEXE 1

Mon placard à Annecy dans l'unité locale de la Croix Rouge :



Arrivée et installation à « la Passerelle » de Thonon-les-Bains :



ANNEXE 2

ENSEMBLE DES DISPOSITIFS D'ACCES AUX SOINS

Selon l'OMS, le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Il suppose de pouvoir accéder à des soins en temps opportun, et de pouvoir financer les traitements.

En France, les ordonnances de 1945 et la Constitution de 1946 instituent une Assurance Maladie à destination des salariés et de leur famille sur la base de trois principes fondamentaux: l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Le système a originellement été construit selon une logique assurantielle, à vocation universelle : les personnes qui travaillent cotisent pour bénéficier et faire bénéficier leurs ayants droit d'une protection contre le risque maladie. Chacun contribue selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins, à travers un mécanisme de solidarité horizontale entre malades et bien portants.

L'Assurance Maladie a progressivement étendu sa protection à d'autres catégories de la population, afin de permettre l'accès aux soins des plus précaires. La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) s'inscrit dans une telle perspective : elle a notamment permis à toute personne de bénéficier de la protection d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie. Sous réserve de résider de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, et régulière sur le territoire national, les personnes qui ne sont pas couvertes par un régime obligatoire bénéficient d'une prise en charge de leurs dépenses médicales par l'Assurance Maladie dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux. A la faveur de cette extension de la qualité d'assuré à ceux qui ne sont ni travailleurs ni ayants droit d'un assuré, plus d'un million de personnes bénéficiaient d'une couverture maladie un an et demi après la création de la CMU. En 2015, ce sont près de 2,4 millions de personnes qui ont bénéficié de la CMU en France métropolitaine et dans les DOM. En Haute Savoie, ils étaient 12700, soit 1.6% de la population.¹⁰⁸

Depuis le 1er janvier 2016, la PUMa (Protection Universelle Maladie) a remplacé la CMU de base. Il est possible d'être affilié à la PUMA selon 2 critères différents. Tout d'abord en

¹⁰⁸ CMU.fr, consulté le 7 mai 2018.

exerçant une activité professionnelle sans minimum requis ou par le simple fait de résider en France. Cela permet ainsi d'être couvert par la PUMa en continu en évitant ainsi une interruption des droits lors de changement de situation (perte d'emploi, séparation, ...).

Pour prétendre à la PUMa, il faut :

- Être en situation régulière en France (y compris Guyane, Martinique, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Guadeloupe, La Réunion, hors Mayotte) et y vivre depuis au moins 3 mois de manière continue (ce délai n'est pas obligatoire pour certaines personnes tels que les bénéficiaires du RSA ou d'autres prestations familiales, les réfugiés politiques...) puis au moins 6 mois par an. Pour les personnes de nationalités étrangères, un titre de séjour ou une attestation de demande de titre sera demandé
- Ne pas être affilié à un autre régime d'assurance maladie en tant que titulaire ou ayant droit.

La PUMa ne peut être accordée pour les personnes en situation irrégulière. Dans ce cas, il est possible de prétendre à l'AME.

Le titre II de la loi précitée a également créé une protection complémentaire (CMU-C), afin de permettre aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture suffisante pour accéder aux soins. Cette mesure visait à couvrir la partie des dépenses de santé qui, malgré la généralisation et l'universalisation des régimes obligatoires, demeurait à la charge des assurés, constituant, pour les ménages en difficulté, un obstacle majeur en matière d'accès aux soins. La Sécurité sociale ne prend en effet en charge qu'en moyenne 75,8% des dépenses de soins. La loi créant la CMU permet donc aux populations en situation de précarité d'accéder à une complémentaire santé gratuite, sous conditions de résidence et de ressources, leur ouvre un accès à toutes les pratiques médicales et évite de les reléguer à une «médecine de pauvres». En 2015, la CMU-C a bénéficié à plus de 5.3 millions d'assurés sociaux en France métropolitaine et dans les DOM, et environ 22 700 en Haute Savoie, soit 2.8% de la population.¹⁰⁹

Outre les populations en situation de précarité matérielle, d'autres publics sont susceptibles de relever de ces dispositifs. Ainsi, les enfants confiés aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et à la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) bénéficient d'une

¹⁰⁹ Op.cit. note n° 108 p. 67.

procédure particulière afin de leur assurer à titre personnel l'accès à la couverture maladie de base et complémentaire.

Pour percevoir la CMU-C, il ne faut pas toucher plus de 8723 euros par an soit 727 euros par mois pour une personne seule.

Pour rappel, le seuil de pauvreté en France est de 843 euros (seuil à 50% du revenu médian) pour une personne seule.

Par ailleurs, afin d'atténuer l'effet de seuil, le législateur a institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Elle permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C de bénéficier d'une aide annuelle. Elle prend la forme d'une attestation-chèque à remettre à l'organisme de protection complémentaire au choix de l'assuré pour réduire le montant de sa cotisation annuelle. Son montant varie de 100 à 500 euros en fonction de l'âge. En 2016, plus de 1.3 million de personnes ont bénéficié de l'ACS en France métropolitaine et dans les DOM et environ 7000 en Haute Savoie, soit 0.9% de la population.

Pour pouvoir bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé, les revenus des 12 derniers mois doivent se situer au-dessus des plafonds de la CMU complémentaire dans la limite de 35%. Ainsi le plafond mensuel de l'ACS est fixé à 981 euros mensuel pour une personne seule.

Parallèlement à la création de la CMU et de l'ACS, un dispositif spécifique d'aide sociale, l'aide médicale d'Etat (AME), a été instauré par la loi de 1999 pour prendre en charge les soins des étrangers en situation irrégulière. La loi portant création d'une couverture maladie universelle ayant introduit une condition de régularité du séjour sur le territoire français, il était nécessaire de mettre en place un dispositif spécifique pour ce public, tant pour des raisons humanitaires que pour des raisons de santé publique. L'éligibilité à l'AME relève de trois conditions cumulatives : avoir une résidence stable en France, y résider depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue et disposer de ressources ne dépassant pas un certain plafond. Une fois acquise, l'AME permet la prise en charge à 100% des soins médicaux et

d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, sans avoir à avancer les frais.

Pour bénéficier de l'aide médicale d'état, le demandeur doit être dans l'une des situations suivantes :

- En situation irrégulière ne possédant pas de titre de séjour ou de demande en cours
- Etre ayant droit d'un bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat
- Personnes placées en garde à vue ou dans un centre de rétention administrative nécessitant des soins
- Mineur dont les parents se trouvent en situation irrégulière (que les parents bénéficient ou non de l'AME)
- Résider en France ou dans un département d'outre-mer depuis plus de 3 mois de façon ininterrompue.
- Les enfants mineurs bénéficient immédiatement d'une couverture par l'aide médicale d'état, dès leur présence en France ou dans un DOM, hors Mayotte.
- Les conditions de ressource sont identiques à celles de l'obtention de la CMU-C : 727 euros par mois pour une personne seule.

Les droits à l'aide médicale d'Etat sont ouverts également aux personnes à la charge effective du bénéficiaire (conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs, enfants à charge jusqu'à 20 ans s'ils font des études).

En 2014, 294300 personnes ont bénéficiées de l'AME.¹¹⁰

Tout comme la CMU et l'ACS, l'AME est attribuée pour une période d'un an et peut être reconduite chaque année, sur demande.

¹¹⁰ Conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 novembre 2015.

