

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

2016

N°43

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat en Chirurgie Dentaire

le lundi 05 décembre 2016

par

MUNCH Laurie-Anne

Née le 14/02/1992 à BELFORT

LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS D'UNE
MALADIE INFECTIEUSE TRANSMISSIBLE : UNE
MODIFICATION DE LA RELATION PRATICIEN-PATIENT ?

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Asseseurs : Professeur MEYER Florent

Docteur BAHY-GROSS Sophie

Docteur OFFNER Damien

Table des matières

Introduction	4
I. La relation praticien-patient perçue par le patient	9
A. Ressentis, émotions et attentes d'un patient en général	9
1. Ressentis et émotions	9
2. Attentes	11
B. Ressentis, émotions et attentes d'un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible	16
1. Introduction	16
2. Sentiments éprouvés par les PAMIT	18
3. Conséquences	20
4. Aspect législatif	21
5. Attentes	22
C. Comparaison et discussions	23
II. La relation praticien-patient perçue par le praticien	25
A. La prise en charge d'un patient en général	25
1. Précautions standard	25
2. Empathie et échange	28
3. Education santé et relation pédagogique	29
4. Secret médical et consentement éclairé	30
B. La prise en charge d'un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible	32
1. Précautions standard ?	32
2. Ressentis et émotions	36
3. Suivi et accompagnement	37
C. Comparaison et discussions	41
1. Méconnaissance	41
2. Comparaison	41
3. Emotions et valeurs	42
4. Transmission par Accident d'Exposition au Sang (AES)	44
III. Enquête et stratégies pédagogiques	46
A. Introduction	46
B. Matériel et méthode	46
C. Résultats	46
D. Analyses et discussions	62
1. Stress	63

2.	Empathie, échange et suivi	64
3.	Méconnaissance	67
4.	Evaluation de la formation des étudiants	68
5.	Discussions.....	71
6.	Stratégies pédagogiques	74
7.	Elargissement	77
	Conclusion	79
	Références bibliographiques.....	81
	Annexes	87

Liste des abréviations

AES	:	Accident d'Exposition au Sang
DM	:	Dispositifs médicaux
PAMIT	:	Patient atteint de maladie infectieuse transmissible
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	:	Virus de l'hépatite B
VHC	:	Virus de l'hépatite C

Introduction

Les professions médicales sont soumises à un code de Déontologie qui retrace l'ensemble des notions et règles à suivre dans le but d'être un bon médecin. Le plus vieux code de Déontologie, historiquement, est le serment d'Hippocrate. Aujourd'hui encore, au terme des études de médecine et de chirurgie dentaire, nous sommes généralement amenés à prêter ce serment réactualisé. Les étudiants grandissent moralement avec les principes de ce serment tout au long de leur cursus, principes qui sont les fondements de l'actuel Code de Déontologie. Les notions inculquées par ce code concernent entre autres la santé, la dignité, l'information, la discrimination... Il représente une morale que nous devons tenter de respecter au mieux dans notre exercice quotidien, notamment un article : « le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » (1)

Nous sommes de ce fait censés prendre en charge tout patient avec la même considération. Nous pouvons donc nous demander si certaines situations cliniques peuvent amener le praticien à, peut-être, s'éloigner de ce code.

Prendre en charge un patient ne signifie pas uniquement l'installer sur le fauteuil et traiter la cause de sa venue. En effet, la prise en charge est une notion bien plus globale qui comprend le soin évidemment, mais également la prévention, l'information et l'éducation à l'hygiène, la prophylaxie, l'écoute et le suivi au long cours. Ce sont plutôt ces derniers items, qui encadrent le soin (soit l'aspect technique à proprement parler), qui pourraient se retrouver modifiés lorsque le patient présente une particularité. En effet, qu'importe ce que révèle le questionnaire médical, si le patient présente une douleur, nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir techniquement pour le soulager. Néanmoins, l'écoute, l'information ou la volonté de suivi peuvent être différentes.

Dans ce travail, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux patients porteurs des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB) et C

(VHC) ainsi que les patients souffrant de la tuberculose, bien que la littérature soit plus pauvre concernant cette dernière pathologie. Nous savons que ces patients nécessitent une prise en charge encore plus méticuleuse que les patients sains, notamment à cause de la baisse de leurs défenses immunitaires. Il est possible que ces maladies infectieuses transmissibles engendrent une modification du comportement du praticien et de ce fait de la relation entre le praticien et son patient. Or la qualité de la relation praticien-patient est, dès le premier contact, à la fois un élément de diagnostic pour le praticien et probablement un élément de guérison pour le patient. Elle joue un rôle clef dans la prise en charge correcte d'un patient.

La relation entre le praticien et son patient a beaucoup évolué au cours des époques. De prime abord paternaliste, dont les notions principales étaient la confiance et la conscience : « la confiance du patient envers son médecin et la conscience du médecin face à la souffrance de son patient » (2). En effet, le praticien établissait son diagnostic, prescrivait son traitement et le patient s'en remettait entièrement à lui à tel point que le médecin combattait presque seul la maladie. La loi du 4 mars 2002, Loi Kouchner, a permis de faire évoluer cette relation vers une plus grande autonomie des patients et une reconnaissance de leurs droits. Les patients souhaitent se sentir plus impliqués, plus informés afin de comprendre et de choisir parmi les différentes solutions thérapeutiques se présentant à eux. Le dialogue entre un praticien et son patient doit être restauré. « Ce dernier est devenu un consommateur averti. Il ne subit plus : il participe » (3). De ce fait « il importe d'élaborer une relation transparente, confiante et responsable afin d'obtenir un consentement éclairé » (4). Une transparence dans l'élaboration d'un diagnostic, une confiance dans une approche thérapeutique plus globale et une responsabilité partagée dans l'application d'un traitement.

Les patients sont rarement aptes à évaluer la qualité technique des actes et des soins d'un chirurgien-dentiste. Néanmoins, ce qu'ils sont capables d'apprécier sont les qualités humaines de leur praticien. Le critère de satisfaction est donc la relation entre le patient et son praticien, une relation intime, une relation de confiance. C'est sur ce critère que les patients peuvent devenir exigeants. En effet « la confiance du public dans les institutions de toutes sortes, dont beaucoup de professions, a diminué. Les consommateurs sont mieux informés et demandent de meilleurs services, également en ce qui concerne le secteur de la santé » (5). Ceci montre que malgré l'évolution de

la relation entre le praticien et le patient, toutes les nouvelles informations disponibles qui s'offrent au patient engendrent une remise en cause du praticien ainsi qu'une baisse de confiance envers lui. Si les patients sont de plus en plus sensibles à ces critères, il serait judicieux de maintenir, voire de renforcer la formation des étudiants quant aux rapports humains, notamment par le biais de l'enseignement d'éthique. Il y a une augmentation de l'intérêt envers l'éthique dans l'éducation dentaire. 80% des écoles de dentistes et hygiénistes américaines proposent des cours d'éthique professionnelle. Néanmoins, le but de ces cours qui est de stimuler un raisonnement éthique est interrogeable car la plupart sont orientés vers la jurisprudence. (5)

Certains patients sont encore plus sensibles aux qualités humaines de leur praticien. Ce sont les enfants, les personnes âgées ou les personnes présentant une pathologie chronique ou une maladie infectieuse. En effet, ils sont amenés à consulter plus souvent ou demandent une attention plus particulière. Une prise en charge optimale demande un investissement de la part du patient lors du questionnaire médical pour que ce dernier soit exhaustif. C'est à ce moment, juste après la rencontre avec le praticien, que le patient doit se livrer intimement et que la bienveillance du praticien va jouer son rôle. Une écoute attentive et calme sans trop d'intrusion dans la vie privée va naturellement amener les patients à se confier sur certaines pathologies qui paraissent souvent gênantes à mentionner telles qu'une hépatite ou le VIH. Un patient se sentant jugé de prime abord sera réticent à signaler une pathologie de la sorte et risque de la cacher ou de changer sans cesse de praticien et de ne consulter que pour des urgences. Dans la mesure où des précautions standard identiques pour tous les patients sont à mettre en place pour permettre de contrôler le risque infectieux, il ne devrait plus exister beaucoup de raisons de prendre en charge différemment ou de craindre les patients atteints de maladies infectieuses transmissibles.

Malgré cela, la prise en charge de ces patients est bien souvent différente sur le plan technique professionnel. En pratique, bien souvent nous ajoutons des équipements de protection individuelle, et, malgré leur caractère réutilisable et le respect des précautions standard, certains dispositifs médicaux sont jetés (les limes d'endodontie par exemple) pour diminuer encore le risque de transmission.

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible par voie aérienne, elle se transmet par inhalation de micro-organismes projetés par le patient contagieux. Tous les organes peuvent être touchés mais la forme pulmonaire est prédominante

(71,% des cas en 2004) (6). Toutefois, il ne suffit pas d'inhaler les microgouttelettes émises depuis les lésions pulmonaires du sujet malade pour contracter la maladie, bien souvent les personnes attrapant cette maladie ont déjà un déficit immunitaire (7).

Le VIH est présent dans les cellules du sang et les sécrétions sexuelles (8). De par la présence du virus dans le sang, le métier de chirurgien-dentiste est à risque en ce qui concerne la transmission. Pour cela, encore faut-il que la charge virale du patient atteint soit suffisamment importante. En pratique, bien souvent, les praticiens ajoutent une sur-blouse à leur blouse habituelle, des gants stériles au lieu de propres (ou une deuxième paire de gants propres), une aspiration externe, un bac à décontaminer différent des autres pour les instruments souillés. De plus, ces patients sont souvent reçus lors de demi-journées réservées ou en fin de journée en cabinet privé pour permettre une meilleure désinfection du fauteuil à la fin du soin.

Les VHB et VHC peuvent se transmettre par voie sanguine et par voie sexuelle (9). De ce fait, les précautions le plus souvent ajoutées aux précautions standard sont sensiblement les mêmes que pour le virus du SIDA.

S'il existe une modification des habitudes des chirurgiens-dentistes lorsqu'ils prennent en charge un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible (dit PAMIT dans ce travail), ce changement pourrait être perçu par les patients et engendrer une modification de leur comportement en retour. En effet, certains pourraient se sentir gênés par cela et ne pas vouloir révéler leur pathologie pour être traités comme les patients sains.

Nous pouvons donc maintenant mieux appréhender ce travail de thèse qui amène à se demander si la relation praticien-patient est modifiée lors de la prise en charge de PAMIT.

Dans un premier temps, nous traiterons du comportement du patient vis-à-vis de son praticien. D'abord, nous tenterons de comprendre les ressentis, les émotions et les attentes des patients en général. Les patients ont besoin d'avoir confiance en leur praticien, ils consultent pour avoir un échange, ils veulent participer de plus en plus à leur prise en charge et à leur guérison. De plus, le désir d'information n'a jamais été aussi grand qu'actuellement.

Puis, nous essayerons de comprendre les ressentis, les émotions ainsi que les attentes des PAMIT. Leur comportement est-il différent ? Ressentent-ils plus de peur, de honte, d'anxiété à consulter ? Sont-ils toujours transparents envers leur praticien lors du questionnaire médical ?

Dans un second temps, il s'agira de s'intéresser au comportement du praticien vis-à-vis de son patient. Tout d'abord, nous décrirons la prise en charge d'un patient en général : il s'agira d'expliquer le principe des précautions standard. Nous étudierons, entre autres, la place de la discussion, du dialogue et du consentement éclairé.

Puis, nous décrirons la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible. Le praticien est-il plus stressé lors de la prise en charge par peur d'une contamination ? Ressent-il plus ou moins d'empathie envers son patient ?

Dans un troisième temps, nous tenterons de trouver des stratégies pédagogiques afin d'éviter ces modifications si elles existent. Cette dernière partie permettra d'exposer les idées et les sentiments des étudiants cliniciens de Strasbourg à travers une enquête réalisée pour ce travail. Cette enquête a permis de rechercher des solutions réalisables afin de diminuer un quelconque sentiment de discrimination envers les patients ou de stress pour le soignant et donc d'améliorer la prise en charge des PAMIT.

En conclusion, nous verrons si la relation entre le praticien et son patient est significativement différente ou non lorsque le patient est porteur d'une maladie infectieuse transmissible, et si oui, comment ces modifications se traduisent en clinique. Cette étude pourrait servir de support à la mise en place de stratégies pédagogiques permettant de prendre en compte cet aspect du soin dans l'encadrement des futurs praticiens.

I. La relation praticien-patient perçue par le patient

A. Ressentis, émotions et attentes d'un patient en général

1. Ressentis et émotions

La relation praticien-patient, par définition, se construit à travers l'échange entre le chirurgien-dentiste et la personne qu'il reçoit. Commençons par étudier le ressenti et les émotions d'un patient consultant son chirurgien-dentiste. S'il existe une grande part de subjectivité dans ce ressenti, certains critères gardent toutefois une dimension plus ou moins universelle.

Depuis plusieurs siècles déjà, la réputation des chirurgiens-dentistes les précède. Par le passé, les pratiquants de l'art dentaire sont considérés comme des trompeurs, des nantis, des sadiques, des menteurs... D'ailleurs ne dit-on pas « mentir comme un arracheur de dents » ? Néanmoins, cette liste de clichés peut s'expliquer.

Commençons par l'un des plus connus, le sadisme. Le quiproquo est vite réalisé à partir du moment où généralement le praticien « aime son métier » (10) et que certains actes peuvent provoquer une gêne ou une douleur. De plus, certains patients ne consultant que lorsqu'une douleur dentaire est ressentie, peuvent associer rapidement les chirurgiens-dentistes et la douleur. Les patients peuvent donc penser que les praticiens aiment faire mal. Néanmoins, ce stéréotype a tendance à s'atténuer avec l'amélioration des techniques d'anesthésie et de communication des praticiens.

Un autre cliché emblématique est celui du chirurgien-dentiste beau parleur, trompeur, voire arnaqueur. En effet, nos actes sont souvent désagréables et peuvent avoir un effet anxiogène. La parole est alors une stratégie de communication permettant de distraire le patient de son appréhension ou de sa douleur. Le chirurgien-dentiste est donc amené à parler de choses agréables, jolies, dépaysantes, ce qui peut lui donner un côté beau parleur. Pour continuer, le côté arnaqueur est accentué par le prix élevé des actes prothétiques. Le patient ne se rend pas compte du bas coût des soins conservateurs et de l'investissement qu'ils requièrent pour le praticien en temps et en matériels consommables. En revanche, ils remarquent le prix plus élevé des prothèses sans parfois tenter de comprendre la raison de ce tarif. De plus, il arrive que certaines lésions asymptomatiques nécessitent un soin et donc un coût. Cette prise en charge n'est possible que grâce à la confiance du patient envers son praticien. Si

le patient ne comprend pas les explications de la pathologie ou si le chirurgien-dentiste ne fournit pas assez d'informations sur le soin réalisé, le patient a légitimement le droit de comparer ce soin à une arnaque.

Enfin, le dernier stéréotype important est le chirurgien-dentiste nanti. Il est vrai que le revenu moyen des chirurgiens-dentistes en libéral est presque quatre fois plus élevé que le revenu moyen des Français. Ce revenu est toutefois variable et se justifie par le niveau d'étude, la charge de travail ainsi que les responsabilités (11).

Cependant, petit à petit, au cours du XIX et du XX siècle, le chirurgien-dentiste a redoré sa réputation par ses qualités d'écoute et de prévention, son respect de l'hygiène, sa minutie et son perfectionnisme. En effet, les qualités d'écoute du praticien sont très appréciées au cours d'un soin et la relation devient vite intime entre le praticien et le patient. Cette proximité amène souvent le patient à la confiance et crée un ressenti positif envers le chirurgien-dentiste. De plus, les patients remarquent de plus en plus le respect des mesures d'hygiène dont font preuve les chirurgiens-dentistes souvent pionniers dans ce domaine.

Beaucoup d'émotions et de qualificatifs ressentis par les patients ont été énumérés mais un sentiment majeur n'a pas encore été abordé. Il s'agit de la peur voire de la phobie. « La phobie est en termes médicaux une peur ou un état de panique exagéré non fondé et persistant dans certaines situations, face à certains objets, activités ou personnes, c'est-à-dire en général face au stimulus phobique. Elle s'exprime dans un besoin excessif et démesuré d'éviter la cause de la peur» (12). Il existe donc des patients odontophobes ou « dentophobes », qui représentent 10% de la population. Ces patients nécessitent une attention particulière car leur phobie provoque de nombreux symptômes avant et pendant la consultation : stress, insomnie, tachycardie, hyperventilation, nausées, sécheresse buccale, etc... (13) Leur peur est tellement grande qu'ils repoussent la consultation jusqu'au dernier moment, c'est-à-dire lorsque la douleur est insoutenable. Cette peur vient principalement de la douleur et des piqûres, mais peut également venir de l'état de soumission du patient au cabinet dentaire. En effet, le chirurgien-dentiste investit une zone intime et le patient ne voit rien de ce qui s'y passe (14). Ce sentiment est véhiculé par tous les sens corporels, tel que le bruit particulier des instruments comme les micro-moteurs et les ultrasons, l'odeur du cabinet ou encore la vue des instruments. Une telle phobie peut

avoir différentes origines. Dans 30% des cas, elle provient d'un traumatisme dans l'enfance. Pour un autre tiers, elle vient de récits des amis ou de la famille qui engendrent cette appréhension. Pour le reste, l'origine n'est pas affirmée et peut se dire « primitive » et irrationnelle (12). Cette dernière est bien souvent la plus difficile à gérer car le praticien ne sait ni quelle attitude ni quel vocabulaire adopter pour rassurer et calmer son patient phobique. Ces patients nécessitent beaucoup d'énergie de la part du praticien qui n'en négligera pas l'importance afin d'éviter « des conséquences catastrophiques sur l'hygiène dentaire ainsi que sur l'état général physique et psychique » (12) pouvant mener à un isolement social (15) (16) (17). Certains patients peuvent nécessiter une prise en charge sous protoxyde d'azote ou tranquillisants, et parfois l'anesthésie générale est inévitable.

Même s'il est considéré comme un acteur de santé à part entière, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de garder son passé à l'esprit pour mieux comprendre les bases sous-jacentes de la manière dont il est perçu et aussi certaines réactions de patients qui en découlent. Il est vrai qu'aller chez le chirurgien-dentiste n'est pas, pour la plupart des patients, un moment particulièrement agréable. Néanmoins, toute l'ambivalence de la réflexion découle d'enquêtes réalisées sur les métiers préférés des Français. En 2011, ce n'est pas moins de 90% des Français interrogés par cette étude qui ont déclaré avoir une bonne opinion du métier de chirurgien-dentiste, ce qui place ce métier en troisième position dans ce classement après les infirmiers et les médecins (18). Les catégories d'âge des personnes appréciant le plus cette profession sont les jeunes de 18 à 24ans puis les personnes âgées de plus de 65ans. Les professions des répondants sont aussi renseignées dans l'enquête et les personnes valorisant le plus les chirurgiens-dentistes sont les employés, suivis des artisans et commerçants. Nous pouvons déduire de tout cela que le métier de chirurgien-dentiste reste, certes, redouté par les patients, mais aussi très respecté.

2. Attentes

En fonction des émotions que nous ressentons, nous attendons de notre praticien plusieurs qualités et une capacité d'adaptation à chaque situation. Tout d'abord, les patients ont besoin d'avoir confiance en leur soignant. Par définition, tous

les patients savent que leur praticien est non seulement soumis au secret professionnel mais également au secret médical. Cette juridiction est censée rassurer le patient et lui permettre de se livrer à son médecin sans crainte de jugement ou de communication vers l'extérieur du cabinet car « le secret scelle la confiance » (2). Le secret médical s'impose à tous les médecins. « Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce que lui a confié son patient, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (19).

Le paradoxe vient du fait que le patient n'est bien souvent pas apte à évaluer la qualité de l'acte dentaire qui a été réalisé dans sa cavité buccale, mais « le patient laisse le praticien toucher son corps. Par là même, il lui donne une confiance particulière » (20). Cette confiance presque aveugle en les capacités techniques du chirurgien-dentiste est acquise par d'autres qualités, des qualités qui, cette fois, peuvent être appréciées et jugées par le patient. Pirnay affirme que « les qualités humaines du professionnel sont un élément essentiel dans la relation. Détenir un savoir n'est pas nécessairement un gage de qualité en matière de contact. Cela relève du savoir être, il peut être naturel pour certains, il devra s'acquérir pour les autres » (2). Ces qualités humaines n'ont donc rien à voir avec la technicité du praticien, c'est pour cela qu'elles méritent un apprentissage tout aussi sérieux que la pratique. En effet, « la technicité actuelle est souvent opposée à la qualité humaine, mais c'est un non-sens » toujours d'après Pirnay (2).

Simplement, le patient doit se sentir bien avec son praticien pour lui confier ses attentes, ses inquiétudes et ses doutes. « La loyauté est une qualité commune de l'information du patient et de la relation de soins. Découlant de la loyauté, la confiance mutuelle est l'élément essentiel de l'adhésion aux soins » (2). En effet, une fois la confiance gagnée par le praticien, il peut commencer à travailler sereinement. La relation provient d'un échange et il est vrai qu'« en se mettant en conflit avec son thérapeute, à fortiori, le patient ne donne pas les moyens au praticien de le soigner avec la meilleure approche psychologique » (20). Les relations sont déjà si complexes et variables qu'il est indispensable que les deux protagonistes y mettent de la bonne volonté dans le but de former une équipe, que les qualités soient innées ou apprises au cours du cursus de chirurgie dentaire.

Cette relation n'est pas la même que le patient soit un enfant ou un adulte. « La relation se modifie au fil du temps. Une relation avec un adulte peut changer en l'espace de 10ans, cet adulte devenant senior » (2). Il en est de même lorsque les

patients sont atteints de maladies chroniques, « au cours de la maladie, cette relation évolue en permanence ; on voit plus souvent son praticien, on se livre plus. La relation est très teintée par les phases de la prise en charge : le bilan, l'annonce du diagnostic, l'accompagnement lors de la maladie » (2). Une fois la confiance réciproque installée, les fondements de la relation entre le praticien et son patient sont bâtis.

Parallèlement, depuis quelques dizaines d'années et avec l'évolution des technologies, les patients désirent obtenir de plus en plus d'informations concernant leur santé, leur corps, leurs pathologies, etc. De plus en plus, les patients, et ce, qu'importe le domaine médical concerné, font des recherches sur internet pour tenter d'élaborer eux-mêmes leur diagnostic ou simplement pour se rassurer. Ces outils permettent aux patients d'acquérir une certaine autonomie dans leur relation avec leur praticien. Bien que les patients aimeraient avoir une entière confiance en leur médecin, la quantité d'informations disponibles en ligne est telle qu'elle peut créer des doutes. Il est donc de notre devoir de leur donner toutes les cartes pour avoir pleinement confiance en notre profession et pour éviter une auto-médication potentiellement nuisible.

Ce désir d'information va de pair avec un désir de transparence. Nous ne devons plus rien cacher aux patients et ce dans tous les domaines, que ce soit au niveau du respect de la chaîne d'asepsie jusqu'à l'explication des tarifs. En effet, les patients ne réalisent pas souvent le bas coût des soins et sont de ce fait surpris par le coût des restaurations prothétiques. Dans le but d'éviter tout malentendu ou toute tension, il est donc primordial d'expliquer à nos patients leurs pathologies, toutes les étapes de leurs traitements et de leurs prises en charge et le coût que cela aura. Pour faire valider ces informations par le patient, il est possible de lui faire signer un consentement éclairé, bien que juridiquement ce dernier n'ait aucune valeur. Cela permet d'avoir une trace écrite des informations en plus des instructions orales précédemment données, bien que cela ne dégage le praticien d'aucune responsabilité (21). La loi Kouchner, « loi du 04 mars 2002 consacre les droits du patient et renforce cette autonomie en plaçant le patient au centre du dispositif de soins et en mettant en exergue l'importance du consentement » (2). Il est essentiel de s'assurer que notre patient a compris ces informations car, dans le cas contraire, le consentement n'est pas valide. Pour ce faire, il est important d'adapter son dialogue et son vocabulaire en fonction des patients (enfants, adolescents, adultes, seniors, etc). « Certes,

l'information doit avoir toute sa place dans la relation, cette pratique de passer par l'écrit est souhaitable à condition qu'elle n'altère pas la relation humaine, qui permet notamment de rendre cette information adaptée au patient » (2). En effet, il est important de ne pas donner ces explications et informations juste pour gagner la confiance de notre patient et le faire adhérer aux soins. Il ne faut pas tomber dans cette justification juridique qui nous en ferait oublier l'humanité de la prise en charge. « Il est indéniable que certaines pratiques professionnelles reposent plus sur un réflexe protectionniste que sur une réelle indication. La judiciarisation de la santé impacte donc la relation de soin traditionnel ; on ne peut que le regretter » (2). Prenons l'exemple courant des radiographies, ne nous est-il jamais arrivé de prononcer les termes « c'est médico-légal » pour justifier un acte ?

Pour résumer, le chirurgien-dentiste se doit de donner des explications et toutes les informations nécessaires. Il peut ajouter son avis ainsi que des conseils personnalisés à chaque patient. Ceux-ci sont forcément donnés au patient dans le but de le guider dans ses choix face à sa pathologie et aux traitements proposés. Ce point de vue se rapproche donc du paternalisme qui était de décider de la thérapeutique pour son patient. « De toute évidence la relation professionnel-patient doit se situer entre autonomie et paternalisme ; tout est une question de dosage » (2).

Toutes les informations récoltées par les patients leur permettent d'améliorer leurs connaissances mais également d'augmenter leur exigence envers leur praticien. En effet, les praticiens et leurs cabinets peuvent être amenés à être comparés.

La société de consommation actuelle pousse les patients à l'infidélité en prenant rendez-vous chez plusieurs chirurgiens-dentistes pour un même devis dans le but de trouver le prix le plus bas en faisant jouer la concurrence. En règle générale, les patients aiment être suivis par le même praticien, tout comme le même médecin, mais si cette fidélité engendre un coût supplémentaire, il est humain d'envisager le changement. Des critères autres que les finances sont également pris en compte. Les patients désirent des restaurations qui soient esthétiques et confortables dès l'instant où elles sont terminées. De plus, les patients sont de plus en plus sensibles au respect de la chaîne d'asepsie. Ils regardent avec attention leur praticien ouvrir les sachets de stérilisation, jeter ses gants usagés ou encore se laver-désinfecter les mains devant eux et ils n'hésitent pas à poser des questions sur les conditions d'asepsie.

« L'évolution des relations praticien-patient est un reflet de l'évolution sociétale. Une population de plus en plus urbaine, un accès aisé à des informations de santé et l'influence des dérives américaines en termes de procès intentés aux professionnels : autant de facteurs susceptibles de faire évoluer sans cesse cette relation » (2).

Nous constatons ces dernières années que la relation du praticien envers son patient prône plutôt l'autonomie que le paternalisme. Les avantages qui en découlent sont le désir de participation du patient à sa prise en charge et sa guérison. En effet, le patient souhaite comprendre et remédier à la situation. De plus en plus, les patients demandent comment améliorer leur hygiène bucco-dentaire.

Une étude a été réalisée en 2012 au Canada sur 17 patients (22). Cette étude avait pour but de savoir ce que les patients attendaient de leur chirurgien-dentiste et ce qu'ils appréciaient. Le praticien considère de plus en plus le patient comme une personne et pas seulement comme un patient, et, il s'adresse à lui comme à une personne réfléchi et responsable. Le dialogue tourne davantage vers les encouragements de la prophylaxie et de la prévention tout en étant de moins en moins péjoratif et axé sur les manques d'hygiène. « Ces patients étaient plus réceptifs aux conseils de prévention et d'hygiène car ils étaient traités en personne plutôt qu'en patient par leur chirurgien-dentiste » (22) d'après l'étude canadienne. « Les patients apprécient les dentistes qui leur expliquent l'existence de solutions préventives, qui les éduquent à l'hygiène bucco-dentaire, qui les encouragent et les rassurent au cours des visites au cabinet » (22). Cette nouvelle façon d'agir en consultation a été une révélation pour ce groupe de patients, leur permettant de réaliser que la dentisterie pouvait être pratiquée sans toucher à l'organe dentaire.

Pour résumer, « les patients apprécient un chirurgien-dentiste positif et bienveillant qui forme une équipe dentaire » (22). Cette expérience, même si le nombre de sujets reste faible, « a aidé les patients à prendre le contrôle de leur propre hygiène orale. Ces chirurgiens-dentistes et ces dental teams ont provoqué de profonds changements, non seulement dans la routine d'hygiène orale des patients, mais également dans la façon dont les patients pensent à leur hygiène buccale et le rôle de leur professionnel bucco-dentaire » (22).

Nous avons pu réaliser que tout patient ressent des sentiments déjà très complexes lors de sa venue au cabinet dentaire. De plus, les attentes et les exigences demandées ne cessent d'évoluer avec la société et modulent ces émotions, ce qui exige sans cesse au chirurgien-dentiste d'ajuster sa prise en charge singulière. Il s'agira à présent d'étudier ces sentiments lorsque le patient n'est pas sain, mais atteint d'une maladie infectieuse transmissible.

B. Ressentis, émotions et attentes d'un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible

Un bon nombre de patients reçus au cabinet dentaire ne souffrent pas uniquement de pathologie de la sphère oro-faciale mais sont parfois atteints de maladies infectieuses transmissibles comme le VIH, l'hépatite ou la tuberculose. Il s'agira ici de tenter de comprendre leurs ressentis et émotions ainsi que leurs attentes.

1. Introduction

Pour avoir une notion plus concrète de la partie de la population atteinte des maladies infectieuses transmissibles les plus connues et les plus représentées, commençons par chiffrer celles-ci.

a. LES HEPATITES

Il existe 6 virus différents : A, B, C, D, E et G. Les hépatites virales B et C sont les plus répandues en phase chronique en France. C'est pour cela qu'elles nous concerneront plus. Le virus de l'hépatite C se transmet principalement par les cellules sanguines, le virus B se transmet en plus par voie sexuelle. De par le fait que la transmission de ce virus se fasse par le sang, le métier de chirurgien-dentiste est à risque.

Les moyens mis en œuvre pour la surveillance épidémiologique des hépatites sont faibles et les dernières estimations qui ont été établies pour tenter de recenser le nombre de personnes vivant avec ces virus, en France, datent souvent du début des

années 2000. En France, 280 821 personnes présentent une hépatite B chronique. La prévalence des personnes atteintes en France est de 0,65% et ce virus touche plus les hommes que les femmes. Nous pouvons noter que les catégories d'âge les plus touchées sont les personnes de 30-39 ans et de 50-59 ans. En ce qui concerne le VHC, ce sont 221 386 personnes qui sont atteintes de cette hépatite chronique, la prévalence est donc de 0,53% et ce virus touche cette fois-ci plus les femmes que les hommes. Les catégories d'âges les plus atteintes sont les personnes de 40-49 ans et de 70-80 ans. (23) (24). « La prévalence des infections chroniques par le VHB ou le VHC dans la population générale étant inférieure à 1%, la France est un pays de faible endémicité pour ces virus » (24). Malgré cela, ces pathologies chroniques représentent un réel problème de santé publique en raison de la « gravité potentielle de ces infections, du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge » (24). En effet, l'évolution des hépatites chroniques peut mener à une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire. Celles-ci sont des pathologies lourdes de conséquences et coûteuses à prendre en charge.

Il est important de réaliser qu'en France, chaque année, entre 4000 et 5000 personnes sont contaminées par une hépatite et que la moitié des personnes porteuses du virus l'ignore.

b. LE VIH

Le VIH ou virus de l'immunodéficience humaine est présent dans les cellules du sang ainsi que dans les sécrétions sexuelles. Encore une fois, notre métier est à risque en ce qui concerne ce virus.

Dans le monde, en 2011, ce sont « 34 millions de personnes qui vivent avec le VIH, et nous comptons 2,5 millions de nouvelles contaminations par an » (25). En France, en 2013 par exemple, ce sont 6200 personnes qui ont découvert leur séropositivité (25), chiffre auquel il faut ajouter les personnes séropositives qui l'ignorent. Le dépistage n'est pas encore assez présent, « l'âge moyen des nouveaux diagnostics, qui mélange découvertes tardives et les infections récentes était en 2010 de 37,9 ans » (25). De ce fait, ce sont 15% des personnes qui découvrent leur séropositivité au stade sida et seulement 20% au cours de la primo-infection.

Les personnes atteintes du VIH ont un déficit immunitaire et contractent donc plus facilement d'autres infections, notamment celles de l'hépatite. Ce sont « 8% des personnes porteuses du VIH qui sont également porteuses d'une hépatite B et moins de 20% d'entre elles sont porteuses d'une hépatite C » (23). En résumé, une personne séropositive au VIH sur quatre est aussi porteuse d'une hépatite. Ces personnes nécessitent une attention toute particulière que nous verrons par la suite.

c. LA TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible par voie aérienne, la contamination se fait par inhalation des micro-organismes projetés par le patient contagieux. Le cabinet dentaire est un espace restreint et clos ; la transmission de la pathologie pourrait y être favorisée. La dose infectante chez l'homme est faible. Après une infection latente chez l'adulte non immunodéprimé « le risque de progression vers la tuberculose maladie est de 10% en moyenne. Ainsi, 1 à 4% des personnes en contact étroit ou régulier avec un malade à un examen direct positif feront une tuberculose maladie » (26).

Cette maladie est une des principales causes de mortalité dans le monde. En 2013, « 4934 cas de tuberculose ont été déclarés en France (dont 189 dans les DOM), soit pour la France entière un taux de déclaration de 7,5 pour 10⁵ habitants toutes formes de tuberculose confondues » (27). Précisons cependant que la France reste un pays à faible incidence de tuberculose.

2. Sentiments éprouvés par les PAMIT

Les pathologies décrites ci-dessus sont identifiées depuis plusieurs décennies mais sont pourtant encore mal connues et sont victimes d'idées reçues. Ces stigmatisations sont susceptibles de faire réagir les patients qui en sont atteints. Les ressentis et émotions des personnes atteintes seront décrites dans cette partie.

Tout d'abord, les PAMIT font souvent face à un refus de soin et à diverses actions discriminantes. « En 2005, près de 80% des personnes séropositives contactant Sida Info Service ont été confrontées à, au moins, un évènement discriminant dans divers domaines de la vie quotidienne » (28). Les principales causes des comportements

discriminants proviennent des peurs et des représentations liées à la méconnaissance des modes de transmission du VIH. Bien souvent, les patients séropositifs sont orientés vers d'autres structures lorsqu'ils veulent consulter en milieu privé, alors que les praticiens savent que ce n'est ni légal, ni éthique et qu'ils sont surtout censés ne pas les craindre grâce à leur connaissance de ces pathologies et à la mise en place de précautions standard pour tous. En pratique, les chirurgiens-dentistes reconnaissent les faits mais « se retranchent derrière un risque de contamination des autres patients. Un argument qui, d'un point de vue médical, déontologique et technique, ne tient pas » (29). Ces situations ne sont malheureusement pas des cas isolés. Une étude, en 2015, a permis de chiffrer ces refus de soins. En effet, des militants ou volontaires ont téléphoné à 440 cabinets dentaires pour prendre des rendez-vous en signalant qu'ils étaient séropositifs. Les conversations ont été enregistrées dans le but de les classer. Dans 3,6% des cas, les refus sont directs et frontaux, mais au cours de 30% des appels, les refus sont dits « déguisés ». L'association Aides a catégorisé les refus de soins des praticiens en deux types : « les stratégies de découragements (horaires contraignants, dépassements d'honoraires, assurance de la solvabilité financière, etc) et les réorientations vers des services hospitaliers ou des confrères, sous prétexte d'un manque de connaissance de la pathologie et de sa prise en charge, de matériels non adaptés ou à la dangerosité des soins » (30). En effet, bien souvent, les praticiens demandent à ces patients de consulter à la dernière heure de la journée avec comme justification de devoir désinfecter le fauteuil au maximum suite à leur passage pour diminuer le risque de contamination croisée. En clinique publique, il est demandé aux patients séropositifs de venir au cours de demi-journées spécifiques réservées à la prise en charge de patients à risque.

C'est « 14% des cliniques dentaires qui ont répondu à l'enquête qui rapportent traiter différemment les personnes séropositives » (28). Il est donc compréhensible que ces patients se sentent discriminés pour une simple consultation médicale étant donné qu'ils sont orientés du service privé au service public pour, au final, ne pas être pris en charge comme tout autre patient. De plus, les centres de soins publics ne sont pas présents dans toutes les villes. Ceci implique un grand déplacement de la part du patient pour consulter, et ce, à des jours imposés.

Une simple consultation devient bien contraignante et demande une plus grande motivation et volonté de se faire soigner. En 2009, Sida Info Service avait mené une enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et ce n'est pas moins de « 44% des personnes séropositives qui ont déjà été discriminées par un professionnel de santé » (29). Certaines études et certains indicateurs montrent malheureusement « une légère dégradation de ces attitudes depuis le début des années 2000 » (28). Ceci montre que la prévention contre la discrimination et l'éducation à la santé n'est pas chose acquise et que chacun devrait redoubler d'effort pour combattre certaines idées reçues.

Avec l'accumulation de refus de soin ou l'orientation vers des structures prétendues plus adaptées à leur prise en charge, les patients atteints se retrouvent dans des situations compliquées à gérer. Révéler leur maladie et risquer d'être jugés voire ne pas être pris en charge ? Ou la cacher et risquer de ne pas être pris en charge aussi minutieusement que leur pathologie le nécessiterait ? Le refus de traitement d'un chirurgien-dentiste représente une « discrimination majeure pour les personnes vivant avec le VIH car ce professionnel est le seul qui puisse prévenir, diagnostiquer et traiter les problèmes de santé bucco-dentaires » (28).

3. Conséquences

Ce sentiment de discrimination, cette appréhension de jugement et cette difficulté à être soigné où il le souhaite peut donc remettre en question la volonté de transparence du patient envers le praticien consulté et mener à des attitudes d'auto-exclusion. En effet, ces situations peuvent amener le patient à ne pas accomplir des actes du quotidien tels qu'une consultation chez un médecin par « crainte de devoir faire face à des comportements blessants tels que le jugement ou le rejet » (28). Ces comportements peuvent aller jusqu'à mettre en péril sa santé et le mener à l'isolement social. Face à ce risque d'exclusion, certains patients font le choix de ne plus révéler leur statut sérologique et donc de mentir par omission à leur chirurgien-dentiste pour éviter un changement dans la prise en charge ou ressentir un jugement (28). En France, l'enquête VESPA montre que « 27% des personnes séropositives maintiennent le secret sur la maladie vis-à-vis de leurs amis proches et, dans 62% des

cas, la séropositivité n'est pas connue dans le milieu du travail. Enfin, notons que 5% n'en ont parlé à personne » (28).

C'est bien une personne sur deux qui déclare avoir « été discriminée en raison de son statut sérologique, une sur quatre avoir renoncé à une consultation, un examen médical ou un soin et environ une sur trois avoir tu son statut sérologique » (28). C'est donc presque 33% des patients atteints du VIH qui choisissent de ne pas le révéler à leur praticien par peur d'un changement de comportement de ce dernier. A cela, nous pouvons rajouter les personnes atteintes qui ne sont pas encore au courant de leur statut sérologique et pour lesquelles le praticien ne changerait pas d'attitude. Ces pratiques discriminantes peuvent avoir de lourdes conséquences étant donné que certaines personnes avouent parfois « renoncer à faire appel au milieu médical plutôt que de devoir signaler leur statut sérologique, ou avoir préféré taire leur séropositivité » (28).

Ces patients qui sont bien souvent rejetés des cabinets privés nécessitent des contrôles plus fréquents et une attention particulière étant donné que leur système immunitaire est déficient. En effet, ils auront tendance à contracter des pathologies bénignes plus facilement que des patients sains et présenteront également des pathologies plus spécifiques. De ce fait, ils nécessitent des soins plus adaptés à leurs besoins. Un chirurgien-dentiste informé du statut sérologique de son patient peut mieux « détecter et traiter rapidement des lésions buccales associées au VIH, dont la candidose orale, ou des maladies parodontales comme l'érythème gingival linéaire » (31). Plusieurs manifestations orales sont bien souvent associées à l'infection par le VIH et particulièrement au stade SIDA et leur prise en charge optimale nécessite une collaboration entre le chirurgien-dentiste et les médecins du patient immunodéprimé. Ceci nous fait comprendre l'importance clinique de connaître le statut sérologique de nos patients.

4. Aspect législatif

Lors de ces cinq dernières années, la lutte contre les discriminations de toutes sortes et la législation qui l'accompagne ont été considérablement accentuées. « Le code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende tout

auteur de discrimination » (32). Comme les chirurgiens-dentistes peuvent être responsables d'un lieu accueillant du public, les praticiens exerçant en cabinet privé risquent « jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende » d'après l'article 432-7 du chapitre II « atteintes à l'administration publique commises par des personnes exerçant une fonction publique » (32). Si le VIH a été annoncé mais que le patient a été refusé dans un cabinet, c'est le conseil départemental de l'Ordre qui doit être saisi.

Parallèlement, la plupart des personnes ayant subi des discriminations ne lutteront pas pour faire respecter leur droit, afin « de ne pas attirer l'attention sur eux et s'exposer davantage aux stigmatisations » (31). A cause de cela, « des personnes séropositives décident même de ne pas aller voir le chirurgien-dentiste, parce qu'ils ont déjà été jugés et mal reçus, ou par crainte de l'être » (31). Bien que toute discrimination tombe sous le coup de la loi, peu de personnes lancent des démarches judiciaires pour différentes raisons : « la lenteur, la complexité, le coût et la difficulté à apporter une preuve » (28). La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité a été créée en 2005 par le gouvernement et a pour but « d'assurer la promotion de l'égalité, notamment en recevant les réclamations de particuliers s'estimant discriminés, et d'émettre des recommandations et des codes de bonnes pratiques à destination des pouvoirs publics et des fédérations de professionnels » (28). Enfin, le dévoilement de son statut n'est nullement obligatoire pour le patient. En effet, il existe uniquement deux situations au cours de laquelle une personne est obligée de révéler son statut sérologique : « lors de la souscription à une assurance et avant toute relation sexuelle comportant une possibilité réaliste de transmission du VIH » (31).

5. Attentes

Au cours du XXI^{ème} siècle, les PAMIT ressentent encore de la honte à dévoiler leur pathologie alors que nos connaissances de celles-ci n'ont jamais été aussi évoluées. La mortalité des personnes vivant avec ces maladies chroniques n'a jamais été aussi basse dans les pays ayant accès aux traitements. Ceci montre bien que des traitements efficaces ont été découverts et que, même si nous ne savons pas encore toutes les guérir, nous pouvons continuer à vivre avec ces maladies.

Partant de ce raisonnement, nous pouvons imaginer que ces patients attendent simplement d'être pris en charge comme tout autre patient et d'être face à un praticien qui ne les jugera pas et en qui ils peuvent avoir confiance. Les attentes des PAMIT pourraient finalement être plus élevées que celles des patients sains. Il semble logique que d'excellentes connaissances théoriques et un sens éthique soient encore plus importants pour les patients atteints que pour les patients sains.

C. Comparaison et discussions

Tout d'abord, nous avons étudié les sentiments et émotions majeurs des patients en général. Nous avons compris qu'un grand nombre de préjugés englobe notre profession malgré l'évolution de la société. De plus, les patients sont rarement aptes à juger la qualité technique des travaux réalisés au sein de leur cavité buccale. Ils remarquent la disparition de douleurs ou la longévité d'un traitement mais ne peuvent pas juger les capacités techniques de leur praticien. Le savoir-faire n'est donc ni le critère de jugement, ni le critère de fidélisation majeure pour les patients.

Les capacités d'écoute, de conseil, et le respect de la chaîne d'asepsie sont les qualités les plus valorisées par les patients. Ceux-ci souhaitent que l'on s'adresse à eux comme à des personnes et non plus comme à des patients que l'on infantilise. Grâce à cela, le praticien et son patient peuvent former une équipe dans la prise en charge et tout au long du plan de traitement.

Tous nos patients sont différents. Certains sont sains, certains phobiques, certains seniors, d'autres atteints de maladies infectieuses transmissibles, etc. Les émotions et les attentes des patients énoncées précédemment sont majoritairement communes à tous. Malheureusement, lorsqu'un patient est atteint d'une maladie infectieuse transmissible, il est parfois amené à vivre sa prise en charge bucco-dentaire différemment. Les ressentis et attentes de ces patients sont donc encore plus complexes du fait qu'ils nécessitent plus d'attention et de minutie lors des consultations.

Non seulement les préjugés sur notre profession sont bel et bien présents, mais en plus de cela, les PAMIT sont confrontés à des sentiments d'exclusion, de discrimination et d'isolement social.

Par conséquent, nous réalisons donc bien que face à de tels sentiments, il est légitime que le patient s'interroge quant à l'intérêt de révéler sa sérologie bien qu'il soit conscient que le praticien ne portera peut-être pas la même importance à certains signes cliniques dans son examen de la cavité buccale que s'il savait que son patient avait un déficit immunitaire.

« Le respect de la vie privée et de l'autonomie se rapporte notamment au droit de la personne vivant avec le VIH de décider par elle-même, selon ses propres valeurs et priorités, en tenant compte du contexte légal, social et clinique, si elle dévoile ou non son statut sérologique : à qui, où, quand et comment. Une personne pourrait décider de ne pas dévoiler son statut VIH à son professionnel de la santé pour conserver une plus grande confidentialité de sa vie privée, tout en acceptant que ce choix la prive de soins mieux adaptés à sa condition de santé, dont la détection précoce d'infections opportunistes associées au VIH » (31).

Nous avons voulu expliquer dans cette partie, l'importance que donne tout patient, sain ou malade, au savoir-être bien plus qu'au savoir-faire dans la relation avec son praticien. L'éthique et les qualités humaines sont les critères les plus appréciés par les patients aujourd'hui.

II. La relation praticien-patient perçue par le praticien

Etudions à présent le comportement des chirurgiens-dentistes lorsqu'ils reçoivent leurs patients en consultation. Nous détaillerons, dans un premier temps, les prises en charge du quotidien. Puis, nous verrons si cette prise en charge est la même si le patient confie être atteint d'une maladie infectieuse transmissible. Enfin, nous terminerons par une comparaison si différence il y a.

A. La prise en charge d'un patient en général

Dans cette partie, nous n'allons pas discuter de la phase technique, de la réalisation des soins ou autres actes de chirurgie-dentaire. Il s'agira d'énoncer la plupart des comportements communs entourant le soin à proprement parler au cours d'une consultation habituelle.

1. *Précautions standard*

Lors de la prise en charge de tous nos patients, un protocole doit être mis en place et suivi pour respecter la chaîne d'asepsie du mieux possible. Ce protocole se doit d'être simple, clair, reproductible et rapide, et ce, pour chaque consultation. Ces précautions d'hygiène ont été mises en place pour prévenir au maximum les infections associées aux soins et en protéger les patients et l'équipe soignante du cabinet. Elles sont dites « standard » et « doivent être appliquées par tous les professionnels de santé pour tout patient, quel que soit son statut infectieux lors de tout risque de contact avec le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine » (33). Expliquons brièvement en quoi consistent ces précautions standard.

Tout d'abord, ces règles à suivre concernent l'hygiène de l'équipe soignante, à savoir le praticien et ses assistantes. Il est proscrit de porter des bijoux tels que des montres, des bracelets ou des bagues car leur port empêche un nettoyage optimum des mains et des poignets. De même, il est obligatoire d'avoir des ongles courts et sans vernis, qui se révèle être une niche à bactéries. Les cheveux longs doivent être correctement attachés lorsqu'ils ne sont pas protégés par une charlotte. En ce qui

concerne les hommes, la barbe est très rapidement contaminée par dissémination des micro-organismes en suspension dans l'air ; il est donc préférable de se raser. De plus, une hygiène minutieuse doit être apportée aux mains car 20 à 40% des infections associées aux soins sont dues à une transmission manuportée de bactéries. Les mains doivent donc être lavées/désinfectées à l'arrivée au cabinet entre chaque patient, avant le port de gants, après le retrait des gants et avant le départ du cabinet. Ce lavage s'effectue en sept temps. Il est recommandé d'utiliser une solution hydro-alcoolique pour effectuer une désinfection des mains, en sept temps également. Mais le lavage est préférable si les mains sont souillées. Enfin, une tenue de base est de rigueur : l'équipe soignante doit se vêtir d'une blouse à manches courtes (pour favoriser un nettoyage des mains et des poignets, voire des avant-bras avant une chirurgie), d'un pantalon et de chaussures destinées uniquement à l'environnement de soin et lavables au besoin.

En plus de cette hygiène à respecter, l'équipe soignante doit utiliser des équipements de protection individuelle. En effet, le praticien et ses assistantes doivent porter un masque lors de chaque acte ou chaque assistance au fauteuil. Celui-ci doit être changé pour chaque patient. Une fois le masque appliqué, il ne doit plus être touché ou abaissé. Il doit être porté ou jeté. De plus, l'équipe du cabinet doit porter des gants pour chaque contact avec le patient ou instruments pour diminuer encore le risque de transmission de micro-organismes. Les gants doivent être jetés dès la fin du soin car ils sont contaminés. Les derniers équipements de protection individuelle sont des lunettes ou visière de protection. Elles permettent de réduire le risque d'accident d'exposition au sang par projection ou aérosols en protégeant la muqueuse oculaire. De plus, ces lunettes protègent les yeux en cas de projection de fraise par accident ou de débris de résine lors d'actes prothétiques.

Les précautions standard comportent également le traitement des dispositifs médicaux (DM). Ces DM sont divisés en deux familles : ceux à usage unique et ceux réutilisables. Leur traitement est donc différent. Son but est d'éliminer les agents transmissibles conventionnels et non-conventionnels portés par les DM qui ont été contaminés lors de la réalisation d'actes chirurgicaux. Les DM à usage unique sont, par définition, utilisés une seule fois et jetés à la fin du soin. Il s'agit par exemple des gants, des masques, des aspirations, des gobelets, etc. En ce qui concerne les DM réutilisables, ils vont suivre une voie plus complexe. Prenons comme exemple le matériel le plus contaminé dit « critique », c'est-à-dire celui pénétrant les tissus mous

ou les tissus durs du patient, comme les instruments endodontiques. Ces derniers seront traités dans cet ordre : pré-désinfection, rinçage, tri, passage aux ultrasons, lavage, rinçage, séchage, vérification, conditionnement, stérilisation, contrôle, étiquetage et traçabilité puis stockage (34).

En outre, les précautions standard donnent des directives aux praticiens à propos de la façon de traiter les déchets d'activités de soins. Globalement, les déchets sont séparés en quatre familles : les déchets non dangereux (ménagers ou assimilables), les dangereux (déchets d'activités de soins ou déchets toxiques en quantité dispersée), les inertes et enfin les déchets d'amalgame. En résumé, les déchets les plus complexes à gérer, comme les déchets d'activités de soins ou les déchets d'amalgame, seront triés et conditionnés puis entreposés dans un endroit réservé à cet usage au cabinet dentaire. Enfin, ces déchets seront collectés puis traités différemment en fonction de leur nature. A chaque collecte et transport, un bordereau de prise en charge est délivré au praticien. Il est important de souligner que la prise en charge des déchets est obligatoire et relève de la responsabilité du praticien. (35) (36)

Pour finir, ces règles permettent de gérer la prévention des accidents d'exposition au sang dits « AES ». En effet, elles expliquent le comportement à adopter pour éviter de provoquer un AES au cabinet dentaire mais également comment réagir si malheureusement un accident de la sorte survient. Tout un protocole détaille la chronologie des actions à effectuer comme rincer et nettoyer, faire tremper dans du Dakin, remplir un dossier d'AES, appeler les médecins concernés par cette situation ou encore déclarer l'accident à l'assurance maladie en temps voulu.

Ces précautions n'ont pas été nommées « standard » par hasard. En effet, elles sont à appliquer tous les jours pour tous les actes et pour tous les patients. Elles permettent de travailler dans des conditions optimales et permettent de réduire le risque de transmission de micro-organismes au mieux que ce soit pour la protection du patient ou celle du praticien. Mais nous verrons par la suite que certains dispositifs médicaux sont ajoutés dans certaines situations, notamment lors de la prise en charge de PAMIT.

Discutons à présent des sentiments que le praticien est amené à éprouver au cours d'une consultation.

2. Empathie et échange

La relation praticien-patient est complexe. C'est Tauber, professeur de médecine et de philosophie à l'Université de Boston, qui montre que le positivisme au XIX^{ème} siècle interdisait tout jugement de valeur et avait de ce fait coupé la médecine de la dimension éthique (2). En effet, les médecins oubliaient que le patient est un tout et « diagnostiquaient la maladie (disease) en ignorant l'expérience qu'en a le patient (illness) et, par conséquent séparaient les faits de leur valeurs » (2). Cette attitude pouvait conduire à une déshumanisation dans le domaine médical. En effet, tous les patients sont différents et leurs ressentis, leurs expériences de la maladie ne se ressembleront jamais. Dans notre profession, certains patients soucieux de leur hygiène dentaire seront catastrophés de découvrir la présence d'une carie tandis que d'autres, pour qui la cavité buccale a moins d'importance, n'auront que peu de réactions. En prenant en charge et en soignant la maladie en elle-même sans prendre en compte la personnalité du patient, le praticien se confine dans un aspect technique du soin, mais le patient risque de ne pas se sentir pris en charge dans sa globalité. Nous devons nous adapter au caractère et à la personnalité de nos patients. C'est « l'éthique de la responsabilité qui rejette la distinction entre faits et valeurs. Elle s'exerce dans cette relation privilégiée qui est le face à face entre un patient et un soignant, entre une confiance et une conscience. Le dialogue peut renaître grâce au principe d'autonomie » (2). Une réelle capacité d'adaptation est donc primordiale en chirurgie dentaire.

Une telle prise en charge n'est possible que si le praticien fait preuve d'empathie envers son patient. Il semble donc logique qu'un sens éthique soit une qualité indispensable d'un chirurgien-dentiste. « L'empathie est d'importance équivalente à l'intelligence et aux compétences manuelles. L'empathie varie dans la population tout comme les deux autres qualités citées précédemment, de ce fait elle peut être mesurée » (37). L'empathie est une notion désignant la compréhension des émotions d'autrui. Comme nous avons vu que l'expérience de la maladie de chacun est différente, il est important de prendre le temps d'écouter et de comprendre le patient. Le dialogue permet un échange sincère et constructif ainsi qu'une prise en charge optimale du patient. Bien souvent, le patient consulte pour une raison précise. Si le praticien prend le temps d'écouter et de comprendre la raison de sa venue et de lui

répondre avec précision sur le sujet, le patient se sentira bien reçu et sera par la suite prêt à recevoir d'autres informations. Ces informations délivrées servent au patient d'outils pour mieux comprendre et mener une discussion puis une relation plus égalitaire.

Comme tous les étudiants sont différents, n'ont pas les mêmes qualités humaines et n'ont pas reçu la même éducation, il serait judicieux de valoriser et d'adapter l'éducation éthique des facultés de chirurgie dentaire. Attention toutefois à ne pas basculer de l'empathie vers la sympathie qui est un sentiment d'attraction envers autrui plutôt que de la simple compréhension. Il ne s'agit pas de franchir une limite de proximité avec le patient mais simplement de l'écouter pour tenter de cerner ses doléances de manière professionnelle afin de permettre une prise en charge personnalisée.

3. Education santé et relation pédagogique

De nos jours, il est important que les patients aient une conduite positive face à une prise en charge et à un traitement, ils ne doivent plus « suivre passivement une autorité » (20). Il est vrai qu'en tant que praticien, nous apprécions des patients qui savent « se prendre en main et être autonome » (20), mais cette qualité dépend de l'éducation à la santé reçue par le patient durant son enfance. Si le patient n'en a aucune notion, c'est au chirurgien-dentiste de la réaliser. Le praticien ne doit pas seulement soigner son patient mais « lui apprendre à se faire soigner » (20). Plusieurs règles sont alors à respecter par le patient pour valoriser le travail de son chirurgien-dentiste et mettre toutes les chances du côté de sa santé bucco-dentaire : « observer les prescriptions, respecter les rendez-vous, poser des questions pour ne pas agir maladroitement, faire part de ses inquiétudes, ne pas demander des conseils à des personnes incompetentes, faire part au praticien des informations recueillies hors du lieu de soins, et enfin ne pas prendre de décisions sans en informer son praticien » (20). La compliance du patient joue donc un rôle très important dans l'aide de « l'alchimie de la relation à produire objectivement et subjectivement ses effets thérapeutiques » (20).

Parallèlement, le praticien est donc sans cesse sollicité pour enrichir l'éducation à la santé de son patient. Pour ce faire, il semble logique que le professionnel de santé connaisse les principes de base de la psychopédagogie. Des études montrent que la méthode préconisée est celle de la maïeutique socratique alors que « la technique relationnelle la plus utilisée est l'explication verbale » (20). Cela signifie qu'il vaudrait mieux poser des questions aux patients pour le faire réfléchir et tenter de lui faire découvrir par lui-même des solutions et des connaissances. Cette réflexion du patient sera plus facilement suivie d'une écoute bienveillante et d'une meilleure compréhension des explications et conseils prodigués.

Depuis l'enfance, le rôle de la pédagogie et de l'apprentissage est joué par les parents. Il arrive souvent, au cours des consultations, de par la position de soumission sur le fauteuil et de l'absence de connaissance sur le sujet par les patients, qu'un transfert ait lieu. C'est « un déplacement d'une relation archaïque qui fait du praticien un parent idéal » (20). Lorsque le transfert est positif, le patient mettra tout en œuvre à un niveau psychique et psychologique pour effectuer un bon traitement et présentera de ce fait une bonne compliance. A l'inverse, si le transfert est négatif, le patient présentera des résistances au traitement. « Mais il est préférable de comprendre que ces comportements sont des résistances en rapport avec des inquiétudes, ou des expériences thérapeutiques mal vécues ou encore des événements de la vie du patient » (20).

Ainsi, nous pouvons bien comprendre l'importance d'un bon échange et d'une bonne relation entre le patient et son praticien. Le chirurgien-dentiste a clairement un rôle psychopédagogique à jouer envers son patient. Il est important que le praticien sollicite le dialogue, tende à aider son patient dans le but de le soutenir dans ses difficultés. Si ces efforts sont correctement réalisés, il aura gagné la confiance de son patient, « source essentielle d'un bon traitement » (20).

4. *Secret médical et consentement éclairé*

Un autre point commun à toute consultation et à toute prise en charge est le respect du secret médical. C'est un droit fondamental du patient. Le secret médical concerne non seulement ce qui a été dit aux professionnels de santé de façon délibérée mais également ce qui a été lu, entendu ou compris au cours de la

consultation (38). C'est au patient de décider qui a le droit de connaître sa pathologie. Cependant il existe quelques dérogations, notamment le « secret partagé » (38). En effet, « pour assurer la continuité des soins ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible, les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'échanger des informations sur le patient qu'ils prennent en charge » (38). La prise en charge de nombreux syndromes avec conséquences oro-faciales nécessitent une équipe pluridisciplinaire composée par exemple de chirurgiens-dentistes, de chirurgiens maxillo-faciaux, de psychologues, d'orthophonistes, de généticiens, etc. Mais, encore une fois « le patient peut refuser à tout moment que des informations qui le concernent soient communiquées à un ou plusieurs professionnels de santé » (38). Dans le cas de la violation du secret médical, la sanction maximale est d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (39).

Nous avons vu précédemment que les patients voient leur désir d'information grandir et qu'il est de notre responsabilité de répondre à leurs besoins. Nous devons expliquer et justifier chaque geste et chaque acte réalisé dans la bouche de notre patient. En effet, le patient doit avoir en sa possession toutes les informations et les connaissances nécessaires pour comprendre ces actes, valider leur légitimité, et choisir la solution thérapeutique qui lui convient au mieux. Ceci s'appelle le consentement éclairé. Afin d'être plus clair et de pouvoir prouver que toutes les informations ont été expliquées au patient, il est recommandé de faire signer une version écrite de ce consentement, bien que ce dernier n'ait aucune valeur légale. Cette façon de faire est de rigueur depuis 2002 car la loi Kouchner vise à « garantir et renforcer les droits des malades et des usagers des systèmes de santé et donne au malade un véritable pouvoir de décision » (2). En effet, les informations données sont censées permettre au patient de choisir lui-même le traitement à réaliser. Cette loi « impose au praticien le respect de la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » (2). Le risque, ici, est de considérer le patient comme un « prévenu dont on ne soupçonne les conduites erronées. On ne saurait trop insister, également, sur la nécessité d'une information qui doit se situer entre le désir de convaincre et le danger de contraindre, voire d'exclure » (2).

Le droit des patients est si bien protégé par la jurisprudence qu'il est légitime de se demander si le respect de ces consignes d'informations et de consentement éclairé relève d'une éthique ou d'une protection juridique personnelle.

B. La prise en charge d'un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible

Tout d'abord, commençons par rappeler le taux du risque de transmission des virus comme le VIH, le VHC et le VHB lors d'un accident percutané. Le VIH étant le virus le plus étudié ces dernières années, on retrouve dans la littérature un risque de transmission invariable de 0,3% en cas d'accident percutané. En ce qui concerne les virus de l'hépatite, les valeurs vont de 6% à 45% pour le VHB en fonction des études, bien que la moyenne soit de 30% le plus souvent. En ce qui concerne l'hépatite C, les valeurs vont de 0,5% à 10% selon les études, bien que la moyenne soit de 3% généralement (40) (41) (42). Pour ne valoriser aucune étude par rapport à une autre dans ce travail de thèse, nous estimerons que le risque de transmission des virus de l'hépatite C et B sont respectivement des plages de 3% à 5% et de 25% à 35% lors d'un accident percutané.

1. Précautions standard ?

Nous avons brièvement énoncé dans la partie précédente les précautions standard censées être appliquées par tous les praticiens pour tous les patients sans distinction. Cependant, il arrive bien souvent que des dispositifs médicaux soient ajoutés par le praticien lorsqu'il connaît la séropositivité de son patient, que ce soit en pratique privée ou publique.

Commençons par les patients atteints du VIH ou de l'hépatite étant donné que leur mode de contamination est proche. Il est commun que l'équipe soignante passe de conditions dites « propres » à des conditions « stériles » en revêtant une sur-blouse ou une casaque jetable par-dessus la blouse habituelle. De même, en ce qui concerne les gants, le praticien et son assistante préféreront porter des gants stériles ou deux paires de gants propres l'une sur l'autre pour augmenter l'épaisseur de ceux-ci et réduire le risque de transmission en cas d'accident percutané. En privé mais en public plus encore, la vue d'un praticien avec une casaque ou des gants stériles pourrait immédiatement donner une information sur le statut sérologique du patient. Ces pratiques pourraient remettre en cause le respect du secret médical.

Concernant les patients tuberculeux, les praticiens revêtent des masques avec un pouvoir de filtration de l'air majoré. Notons que certains préfèrent recevoir le patient dans une salle permettant une aération et un renouvellement de l'air de meilleure qualité.

Enfin, pour tous ces patients, l'équipe soignante est souvent amenée à proposer des horaires de rendez-vous permettant soi-disant une meilleure stérilisation et une meilleure désinfection du fauteuil et du cabinet dentaire suite à leur passage.

En pratique, certains professionnels de la santé peuvent trouver nécessaire de connaître le statut infectieux de leurs patients « afin d'adopter des mesures appropriées » (31) comme citées ci-dessus, mais les précautions standard sont justement les mesures appropriées pour tous les patients. La modification de ces procédures n'est pas nécessaire pour traiter des patients séropositifs. Nous pouvons même aller plus loin, « si les professionnels les appliquent uniquement auprès des patients connus séropositifs, c'est qu'ils adoptent des précautions inadéquates pour le reste de leurs patients (connus séronégatifs ou de statut inconnu) en renforçant un faux sentiment de sécurité » (31).

« Dans certaines écoles américaines, des procédures de contrôle de l'infection pour traiter ces patients sont élaborées et vont au-delà des précautions standard » (5). Ceci a pour conséquence, que les étudiants ont l'impression que ces procédures ne sont pas réalisables en privé et ils déclarent que plus tard ils adresseraient les patients séropositifs à l'école dentaire où ils ont été formés. Nous pouvons nous demander l'intérêt d'apprendre aux étudiants le principe des précautions standard si en parallèle leur école leur demande de faire plus lorsque le patient confie sa sérologie alors que les règles de stérilisation sont sûres pour tous.

Les précautions universelles doivent être respectées et suivies pour tous les patients, peu importe que nous connaissions ou non leur statut infectieux. Elles ont été instaurées, car « il est souvent impossible pour le professionnel de connaître le statut infectieux du patient avant de débiter les soins, soit parce que la personne n'est elle-même pas au courant, ou parce qu'elle ne dévoile pas son statut au professionnel » (31).

En 2007, le Haut conseil de la santé publique (HSCP) a publié un avis concernant les chirurgiens-dentistes « ne recommandant pas l'instauration d'un ordre de passage

pour tout patient porteur des virus VHC, VHB ou VIH lors d'actes invasifs médico-chirurgicaux » (43) mais affirmant l'application des précautions standard comme une priorité.

Ces mesures doivent être mises en place pour chaque patient peu importe son statut infectieux connu ou non. « Aujourd'hui en France, sur les 150 000 personnes contaminées par le VIH, on estime entre 30 000 et 50 000, les personnes qui ne le savent pas » (43). De même, « environ la moitié des personnes vivant avec une hépatite virale B ou C l'ignorent » (43). Il paraît donc logique et légitime d'appliquer les mêmes précautions pour chaque patient, peu importe sa sérologie, sans distinction.

La mise en place de protocoles spécifiques d'hygiène ou une atteinte au secret médical est considérée comme une pratique discriminatoire à l'égard des personnes séropositives. Pour les associations luttant contre la maladie (AIDES), elles sont « moralement, éthiquement et pénalement tout aussi condamnables que les refus de soins » (43).

En ce qui concerne les patients tuberculeux, la peur de la contagion est présente au cabinet dentaire. Cette appréhension provient en partie du mode de transmission de cette pathologie. En effet, la salle de soin est un espace de taille modeste et clos, tandis que les micro-organismes de la tuberculose se propagent dans l'air à travers les microgouttelettes projetées par le patient (26). Le risque de transmission s'évalue selon trois critères. La première caractéristique concerne le patient. Celui-ci est en moyenne considéré contagieux jusqu'à 3 semaines après sa mise sous traitement et pendant les 3 mois qui la précèdent (6). De plus, le risque de transmission est plus élevé dans le cas d'expirations forcées spontanées ou forcées (26). Typiquement lors d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste, le patient se retrouve généralement en position couchée avec différents aérosols en bouche pouvant provoquer une toux malgré la présence d'une aspiration. La seconde caractéristique augmentant le risque de transmission concerne le contact entre le patient et son entourage. En effet, la « promiscuité est un facteur favorisant la transmission de l'infection » (26). Le confinement joue également un rôle car plus le volume est faible, plus la concentration en micro-organismes sera grande. En effet, « les autres facteurs à prendre en compte sont le caractère fermé du lieu et son aération » (26). Pour gérer ces deux derniers critères, l'équipe de soin pourrait aérer la salle pendant le soin bien que les précautions standard ne le recommandent pas normalement. En plus, la durée de l'exposition est

un facteur à prendre en compte également. La durée de contact est « classiquement considérée significative à partir de 8 heures consécutives ou cumulées mais il n'existe pas de seuil minimal de durée mettant à l'abri du risque d'infection » (26). Grâce à ces critères, les contacts peuvent être classés en trois catégories : étroits, réguliers et occasionnels (26). Ce temps de contact peut être géré en tant que chirurgien-dentiste pendant la période pendant laquelle le patient est contagieux. Il est possible de traiter les urgences du patient sans le stigmatiser si les connaissances du praticien à propos de cette pathologie lui permettent de gérer les différents facteurs de risque. Une fois que le patient n'est plus contagieux, il est possible de réaliser un plan de traitement avec des visites plus récurrentes si nécessaire. Enfin, la dernière caractéristique à évaluer pour le risque de transmission concerne la personne exposée. Le risque est entre-autres augmenté si la personne est immunodéprimée (co-infection au VIH par exemple) ou si celle-ci est un enfant ou une personne âgée. Enfin, « le facteur majeur réduisant le risque de progression vers la maladie est la vaccination antérieure par le BCG » (26).

Nous pouvons nous demander si la mise en place de pratiques supplémentaires lors de la connaissance du statut sérologique du patient est liée à une méconnaissance de ces pathologies. De telles méconnaissances « aboutissent à des mauvaises pratiques dans la relation avec le patient » (43). Typiquement, la mise en place de protocoles spécifiques d'hygiène pour les patients séropositifs témoigne « d'un manque de connaissance et de compétence des règles fondamentales d'hygiène et de stérilisation » (43). Ceci aboutit souvent à des attitudes négatives et discriminatoires envers ces patients.

Nous avons expliqué précédemment que la mise en place de précautions supplémentaires pouvait porter atteinte au respect du secret médical. En effet, la divulgation du statut sérologique en est une véritable atteinte. « Le non-respect du secret médical et la divulgation de la séropositivité dans un carnet de rendez-vous correspond à un acte discriminant, qui génèrent des sentiments de différence et d'exclusion » (43).

Les attitudes négatives et discriminatoires interrogent les connaissances du praticien concernant ces pathologies chroniques, tandis que les refus de soins interrogent, eux, « les pratiques éthiques et déontologiques » en plus « des

connaissances médicales de certains professionnels de santé » (43). En effet, nous avons discuté de la présence éventuelle de pratique discriminatoire au cabinet dentaire lorsque les patients séropositifs sont reçus mais nous avons précédemment vu que, dans de nombreux cas, ces patients sont éloignés du cabinet. D'après AIDES, une nouvelle avancée est à apporter en ce qui concerne les refus de soins : « adapter la définition légale des refus de soins, prévoir un accompagnement des personnes victimes de ces refus par les associations », mais surtout, « renverser la charge de la preuve afin que ce soit aux médecins de prouver qu'ils n'ont pas refusé de soigner et non au patient qu'il a été refusé » (43). Cette démarche rappelle la loi concernant l'information du patient et le consentement éclairé. C'est, en effet, à présent au praticien de prouver qu'il a donné toutes les informations nécessaires au patient et non plus au patient de prouver qu'il a été mal ou non informé.

2. Ressentis et émotions

Une étude américaine publiée en 2009 a observé le comportement de 118 étudiants de Nouvelle-Angleterre face à des patients séropositifs (44). Dans le dossier de ces patients était notée la façon dont les patients ont été contaminés par la maladie. Puis, les étudiants ont dû répondre à des questions sur trois thèmes : leurs perceptions de la responsabilité du patient quant à sa contamination par le VIH, leurs connaissances de la maladie puis leurs attitudes et traitements (44).

Cette étude montre que plus les participants avaient de bonnes connaissances de ces pathologies, moins leurs attitudes étaient négatives et donc discriminantes (44). De plus, il a aussi été démontré que plus les participants trouvaient le patient responsable de son statut infectieux, plus leur attitude était négative au cours du traitement. C'est-à-dire que les participants étaient plus durs envers les usagers de drogue qu'envers les patients hétéro- ou homosexuels dont la conduite était moins à risque d'après eux. Clairement, les praticiens ont fait preuve de jugements au cours de cette étude et ne soignent pas tous leurs patients avec la même considération. La connaissance théorique de ces pathologies joue donc un rôle important dans la prise en charge des PAMIT et l'attitude des chirurgiens-dentistes en est foncièrement dépendante d'après cette étude.

Les Américains vont plus loin et, « dans certaines écoles, l'administration a décidé que les étudiants ne seront pas obligés de prendre en charge des patients atteints du VIH mais seront encouragés à le faire » (5). Nous pouvons légitimement nous demander si cette attitude leur rend service étant donné que, lors de leur pratique privée future, ils ne seront pas censés avoir ce choix. Nous pouvons nous poser la question de savoir si la motivation qui anime les étudiants ayant refusé de soigner des patients porteurs du VIH est bien en adéquation avec la carrière d'un professionnel de santé qu'ils se targuent d'embrasser.

Dans un autre exemple de *Ethical questions in dentistry* (5), nous apprenons qu'un chirurgien-dentiste et enseignant d'une faculté, ne pensait pas que soigner les PAMIT devait être une obligation. Plus important, il était très effrayé de contracter le VIH malgré les données épidémiologiques contradictoires. C'est l'« American Dental Association Principles of Ethics and Code of Professional Conduct » qui déclare que la décision de ne pas soigner un individu atteint du VIH ou séropositif, fondé uniquement sur ce fait, n'est pas éthique (5). Bien que la loi sanctionne la discrimination tout comme le refus de soin, cela ne résout pas le manque d'éthique de certains professionnels de santé.

3. Suivi et accompagnement

« L'acceptation est la première étape du processus d'une personne pour devenir un patient (acceptation, diagnostic, traitement et paiement). Ce périple pour passer de personne à patient commence lorsque la personne demande de l'aide » (45). En effet, le patient fait déjà un pas vers nous lorsqu'il se présente en consultation. Il commence à formuler sa demande d'aide par son appel ou sa venue et non pas par ses mots. Il accepte d'être pris en charge et demande l'aide d'un professionnel. C'est à ce moment qu'un dialogue doit se mettre en place entre le praticien et la personne dans le but de cerner ses besoins et ses attentes. Cette phase d'acceptation est souvent ignorée par le praticien pour qui les phases de diagnostic et de traitement présentent plus d'intérêt. Pourtant, c'est dès l'entrée du patient au cabinet que la relation entre lui et le professionnel se construit. Le patient a accepté la présence d'une pathologie puis est venu consulter. C'est à nous de le mettre suffisamment en confiance et à l'aise pour qu'il nous confie son motif de consultation ainsi que son

historique médical. C'est la base de la relation qui se crée à ce moment. Si celle-ci est saine, le patient acceptera d'être suivi et accompagné par ce praticien. L'ambiguïté se trouve au niveau de la réciprocité de cette relation. En effet, le praticien a le choix de ses patients et peut décider ne pas suivre une personne s'il le souhaite d'après l'article R4127-232 du Code de Déontologie. Ceci est possible à condition que le motif ne soit pas discriminant et si la personne est adressée chez un confrère (par exemple, nous pouvons décider de ne pas soigner les membres de notre famille et les envoyer consulter chez un confrère) (46). Comme le fait de ne pas vouloir suivre un PAMIT pour la raison qu'il est porteur d'une maladie infectieuse transmissible est de la discrimination, les refus de soin sont rarement frontaux et souvent déguisés.

Concernant les patients tuberculeux, nous avons vu précédemment les critères favorisant la transmission de cette maladie infectieuse. Rappelons que le patient est contagieux durant les trois mois précédant sa mise sous traitement et les trois semaines qui la suivent. Certes, le métier de chirurgien-dentiste est à risque pour cette pathologie mais en connaissant les critères de transmission et en ayant ses vaccinations à jour, il est possible de prendre en charge ces patients si une urgence se présente puis de réaliser un plan de traitement pour les accompagner lorsqu'ils ne seront plus contagieux.

Etudions à présent les raisons pour lesquelles les patients séropositifs nécessitent un suivi et un accompagnement encore plus assidus que les patients sains.

« De récentes études internationales indiquent que des lésions orales sont présentes chez 50 à 70% des personnes atteintes du VIH ou du SIDA. Ces conditions, qui peuvent être prévenues et/ou traitées avec des visites dentaires régulières, persistent souvent et engendrent des inconforts, des dysfonctions et des invalidités, qui, si elles restent non traitées, peuvent entraver significativement la qualité de vie » (44). Le chirurgien-dentiste joue donc un rôle clef dans la préservation de la qualité de vie des PAMIT, car ils sont les spécialistes de la cavité buccale, siège de nombreuses symptomatologies de ces maladies chroniques. Ces patients souffrent d'une baisse de l'immunité voire d'une immunodépression sévère ayant des répercussions importantes sur leur santé générale et bucco-dentaire nécessitant un suivi assidu.

Un diagnostic tardif peut donc entraîner une perte de chance pour ces personnes et favoriser la diffusion de l'épidémie. Certains symptômes cliniques peuvent être évocateurs d'une immunodépression et donc d'une infection au VIH bien qu'aucun symptôme ne soit pathognomonique du VIH.

Certaines lésions doivent alerter et amener à proposer un test ou à orienter vers un médecin. Des infections fongiques telles que les candidoses sont trouvées chez 90% des patients VIH au cours de la primo-infection ou au stade du SIDA. La fréquence et la sévérité augmentent si l'immunodépression est avancée. De plus, la persistance d'une candidose et son caractère réfractaire au traitement fait suspecter une infection par le VIH. Des infections par différents virus sont communes chez les patients séropositifs. Tout d'abord, la leucoplasie orale chevelue est souvent située au niveau des bords de la langue. Son étiologie est le virus Epstein Barr. Cette pathologie se déclare au stade avancé de l'infection et au stade du SIDA. C'est un prédicteur du déclin de l'immunocompétence. Puis, l'Herpès est un virus contracté dans 10 à 20% des cas mais l'évolution est plus agressive et plus prolongée que chez les patients immunocompétents. Le Papilloma Virus Humain est également un virus favorisé par une baisse de l'immunité. Des infections bactériennes sont également retrouvées chez les patients séropositifs. En effet, des maladies parodontales telles que des parodontites ou gingivostomatites nécrotiques, des ulcérations, des aphtoses, des cellulites ou des sinusites sont plus facilement déclarées par les patients dont l'immunité est affaiblie. Enfin, des manifestations tumorales sont plus souvent retrouvées chez les patients VIH que chez les patients sains. Il faut notamment penser au lymphome non hodgkinien ou au sarcome de Kaposi qui touche 15% des patients infectés par le VIH. Cette tumeur a une atteinte buccale inaugurale dans 50% des cas et parfois cette localisation est unique d'où l'importance de l'examen clinique du chirurgien-dentiste. (47) (48)

Le chirurgien-dentiste doit réaliser un examen plus poussé que d'habitude, il doit observer le plancher et les bords de la langue, le palais dur ainsi que le palais mou et ne pas oublier de bien regarder les fonds de vestibules et les joues. Ces gestes et observations sont censées être réalisés pour tous les patients mais ont encore plus d'importance chez les patients immunodéprimés.

Le VIH est passé de l'étiologie d'une maladie mortelle à celle d'une pathologie chronique. Avec une surveillance régulière et une prise en charge pluridisciplinaire, un

traitement dans le but de restaurer l'immunité peut être mis en place. Ce traitement doit être simple et bien toléré pour éviter le maximum d'effets secondaires. C'est une trithérapie le plus souvent. Néanmoins, le VIH mais également ses co-morbidités et notamment ses co-infections, peuvent engendrer des troubles de la coagulation (49) et des thrombopénies (50). Nous avons vu qu'un quart des patients séropositifs sont porteurs d'une hépatite, ce qui augmente encore le risque de problème hémorragique. De plus, la trithérapie (traitement le plus commun pour lutter contre le VIH) contient « des inhibiteurs de protéases qui accélèrent le vieillissement de cellules souches de la moelle osseuse et perturbent leur différenciation en ostéoblastes » (51). Ceci peut causer problème pour des prises en charge en implantologie. Enfin, la prévalence de l'insuffisance rénale est augmentée chez les patients immunodéprimés (49).

Ces données nous montrent l'importance de connaître le statut sérologique de nos patients d'un point de vue clinique. Que ce soit dans le but d'éviter ou de traiter des complications de la pathologie ou de permettre un diagnostic précoce, il est important de connaître ces co-morbidités ou conséquences de la séropositivité. Il en va de la santé générale de nos patients.

« Dans les pratiques professionnelles, il est important de prendre en compte que le risque de transmission venant des personnes non dépistées et non traitées est plus important que celui des personnes séropositives connues, traitées et dont la charge virale est indétectable » (49). Cela révèle l'importance de créer une relation de confiance réciproque avec nos patients dans le but de les conforter dans l'intérêt de confier leur sérologie à la sphère médicale et leur permettre d'avoir accès à une prise en charge pluridisciplinaire. De plus, cela nous fait réaliser que les patients les plus propices à disséminer l'épidémie sont ceux qui ne connaissent pas encore leur statut sérologique. Ces patients pour lesquels les professionnels de santé n'ajoutent pas de dispositifs supplémentaires aux précautions standard sont acceptés en consultation à n'importe quel horaire de la journée contrairement aux autres. Il existe donc trois catégories de PAMIT : les patients qui ne connaissent pas leur statut sérologique, les patients qui connaissent leur séropositivité mais qui la cachent et les patients qui la connaissent et qui la confient. Est-ce bien éthique de stigmatiser cette dernière catégorie de patient alors que nous venons de voir qu'ils sont ceux qui ont le risque de transmission le plus faible sachant que « le pronostic vital des personnes vivant avec

le VIH se rapproche, si leurs défenses immunitaires ont toujours été bonnes, de celui de la population générale » (49) ?

C. Comparaison et discussions

1. Méconnaissance

Si les praticiens connaissaient mieux les maladies infectieuses transmissibles ne seraient-ils pas plus attentifs et concentrés lors de l'examen clinique accordé à leurs patients ? Cette plus grande application permettrait peut-être des diagnostics plus précoces ou une meilleure gestion des co-morbidités de ces pathologies. La qualité de vie des patients atteints ne serait qu'améliorée.

Surtout, cela permettrait de diminuer les ressentis et les attitudes négatives émanant des soignants lors de la prise en charge des PAMIT étant donné que nous avons vu que ces notions sont corrélées (44).

De ce fait, il serait peut-être utile d'effectuer des rappels basiques concernant ces pathologies avant que les étudiants quittent leurs écoles ou facultés. En effet, ces rappels pourraient leur éviter de terminer leur formation en ayant des lacunes en ce qui concerne ces maladies qui pourraient influencer en mal leur comportement en pratique privée. Concernant les praticiens installés qui se font une fausse idée des précautions standard et des risques de transmission, il serait possible de leur faire part de plaquettes récapitulatives des moyens et des taux de transmission de ces maladies ainsi que des co-morbidités associées dans le but d'améliorer leur prise en charge globale. Ceci pourrait permettre de faire prendre conscience aux chirurgiens-dentistes tout l'intérêt des précautions standard afin qu'ils cessent d'ajouter des équipements de protection supplémentaires coûteux et inutiles.

2. Comparaison

Nous avons vu que le chirurgien-dentiste joue un rôle primordial dans l'éducation à la santé bucco-dentaire et que le métier présente un côté pédagogique souvent sous-estimé. Il paraît évident que si les PAMIT ne sont pas suivis sur le long terme par la

même personne, que ce soit en privé ou en public, l'éducation à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire ne peut pas être optimale. La relation entre le praticien et le patient ne sera pas assez approfondie car le patient aura à faire à un nouveau praticien à chaque consultation, ce qui, sur le plan pédagogique n'est pas l'idéal. De plus, nous avons vu le nombre important de co-morbidités, notamment de co-infections, à une immunodépression. D'un point de vue médical, cela pourrait apparaître comme un beau challenge pour un praticien de reconnaître le plus précocément possible les éventuelles complications puis de les prendre en charge pour éviter d'altérer la qualité de vie de ces patients.

3. *Emotions et valeurs*

Nous savons qu'il n'est pas éthique d'avouer ne pas avoir envie de revoir un patient si la seule raison est sa séropositivité. Nous pouvons alors nous demander si nos émotions ont leur place dans la réflexion éthique.

En effet, les philosophes ont souvent relégué les émotions hors du domaine de l'éthique. Mais nous n'avons pas « d'accès direct à nos valeurs », « nous avons besoin de les ressentir à travers des phénomènes émotionnels » (5). Ce sont donc nos émotions qui guident nos valeurs et notre morale. Prenons l'exemple de l'indignation, cette émotion qui nous permet de prendre conscience de la « valeur que nous attachons à la dignité de la personne humaine » (5). Ce sont donc nos émotions qui révèlent nos valeurs, ce qui implique qu'il n'y a pas d'éthique sans émotions. « Nous pouvons constater que c'est toujours sous l'effet de l'émotion que nous formulons nos jugements moraux » (5). Il ne faut donc pas refouler toutes les émotions parfois contradictoires que nous ressentons lorsque nous sommes face à un PAMIT. Les émotions sont « nécessaires à l'éthique car elles nous informent des principes éthiques auxquels nous sommes attachés : respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance » (5). Etre humain, c'est donc savoir « dominer ses émotions en toutes circonstances » (5) mais également les comprendre et les interpréter dans l'optique de respecter ses valeurs.

La majorité des praticiens et des étudiants ressentent que ce n'est pas moralement acceptable de ne pas suivre les PAMIT. D'autres incarnent moins ces valeurs mais le savent car c'est la loi. Dans les deux situations, un manque d'envie de

suivi de ces patients pourrait être corrélé à la peur de ces pathologies. Un grand travail est à réaliser pour rééduquer les chirurgiens-dentistes face à ces patients et ces maladies pour leur faire prendre conscience que les patients les plus à risque ne sont pas ceux qui connaissent et révèlent leur sérologie. Pourtant ce sont eux qui sont le plus stigmatisés. En effet, nous avons appris précédemment que « pour les personnes vivant avec le VIH aujourd'hui sous traitement antirétroviral (ARV) efficace avec une charge virale VIH indétectable, on considère que le risque de transmission est extrêmement faible » (49). Logiquement, si les jugements envers les patients qui confient leur sérologie diminuent, les autres patients connaissant la leur mais la cachant auront moins de réticence à la dévoiler et pourront avoir un meilleur accès aux soins ainsi qu'un meilleur suivi de leur pathologie chronique.

De plus, cela permettra de mettre en valeur les qualités humaines du praticien. Nous avons vu précédemment qu'en définitive ce sont « les compétences comportementales et relationnelles de l'équipe dentaire qui l'emportent dans l'élection de son dentiste traitant » (52) étant donné que les patients n'ont généralement pas les compétences pour juger de la qualité technique des soins.

Certains praticiens éloignent les PAMIT avec, comme excuse, l'absence de matériels nécessaires à leur prise en charge. En réalité nous avons vu qu'aucun dispositif supplémentaire n'est nécessaire : cette excuse cache donc une appréhension à recevoir cette catégorie de patient. En effet, les praticiens dirigent ces patients vers d'autres structures sans leur avouer cette appréhension, ce stress, comme si « avouer son stress revenait à pratiquement admettre son incompétence ». La main se doit de rester ferme, la respiration est contrôlée et un certain détachement est même le bienvenu (53). Malgré cela, « tout professionnel de santé se doit de connaître l'origine, la gestion et la prévention du stress » (53) d'où l'importance de consolider ses connaissances, notamment en termes d'hygiène, de déontologie et de psychologie. L'éducation est à renforcer pour toujours améliorer la formation des étudiants en chirurgie dentaire spécialement dans le domaine des pathologies infectieuses transmissibles car « il est aujourd'hui admis que 90% du stress chez l'homme est créé par l'esprit et non plus par une situation dangereuse réelle. Aujourd'hui le stress est souvent le résultat de pressions ou stimuli supposés, et la pratique médicale ne déroge pas à la règle » (53).

4. Transmission par Accident d'Exposition au Sang (AES)

Les risques de transmission ne sont pas que des chiffres mais bien des accidents réels. Détaillons l'étude de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) de 2009 (54) car ce travail de thèse n'est pas réalisé dans le but de banaliser ces maladies infectieuses transmissibles. Bien que le risque de transmission soit faible pour le VIH et le VHC, il n'est pas nul et il peut être intéressant de connaître les données chiffrées et non seulement les probabilités.

L'InVS s'est appliqué à surveiller les AES mais également à surveiller les contaminations professionnelles nationales. Cette étude a permis de recenser les contaminations virales « survenues chez des soignants dans les suites d'un AES et de caractériser ainsi les accidents à haut risque de transmission » (54). Cette surveillance a commencé en 1991 pour le VIH, en 1997 pour le VHC et en 2005 seulement pour le VHB.

Au 31 décembre 2009, le nombre de séroconversions VIH chez le personnel de santé déclaré est de 49 au total. Sur plus de 20 ans, ce sont 14 séroconversions et 35 infections présumées qui ont eu lieu. Une infection présumée est définie par « la découverte d'une séropositivité VIH chez un personnel de santé ayant exercé au contact de patients infectés par le VIH, ce soignant n'ayant pas d'autre mode de contamination retrouvé » (54). Cette définition ne pourra pas être utilisée pour les hépatites car il est plus difficile d'éliminer les facteurs de risque non professionnels. Une séroconversion professionnelle est définie par plusieurs critères : « une exposition professionnelle accidentelle percutanée ou cutanéomuqueuse à du sang ou à un liquide biologique potentiellement contaminant, un statut viral négatif entre 8 jours et 4 semaines après l'exposition et une séroconversion VIH, VHC ou VHB entre 4 semaines et 6 mois après l'exposition » (54).

Concernant le VIH, ce sont au moins « 8 séroconversions et 12 infections présumées » (54) qui auraient pu être évitées par le respect des précautions standard.

La surveillance de l'InVS concernant le virus de l'hépatite C recense 65 séroconversions professionnelles VHC fin 2009, « dont 50 au contact d'un patient source connu comme infecté par le virus » (54). Là encore, l'InVS estime que 30 de ces séroconversions étaient évitables par le respect des précautions standard.

Enfin, aucune séroconversion VHB n'a été déclarée depuis 2005 mais cela ne reflète sans doute pas la réalité pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ceci peut

s'expliquer par l'existence « d'une vaccination qui est obligatoire chez les soignants depuis 1991 » (54), mais, étant donné que « le taux de couverture vaccinale n'est pas de 100% » et qu'il est possible de ne pas répondre correctement à cette vaccination alors que ce virus est particulièrement transmissible, il n'est pas impossible que des séroconversions non-recensées aient eu lieu.

Cette surveillance a permis de montrer une diminution du nombre de contaminations par le VIH ou le VHC au cours du temps, « en particulier pour le VIH, puisqu'aucun cas n'a été déclaré depuis 2005 » (54). C'est en parti la poursuite des efforts de prévention des AES qui a permis de réduire le nombre de contamination. Mais d'autres facteurs jouent un rôle également, comme les traitements antirétroviraux post-exposition au VIH dont l'efficacité a été prouvée ainsi que les « progrès thérapeutiques accomplis en matière de prise en charge des patients infectés par le VIH ou le VHC qui permettent un meilleur équilibre de leur charge virale et donc une baisse de leur infectiosité » (54).

Il est important de noter que des actions de sensibilisation doivent être entreprises auprès des professionnels de santé car c'est « près de la moitié des séroconversions qui surviennent lors du rangement ou de l'élimination du matériel et auraient donc pu être évitées par le respect des précautions standard » (54). De plus, l'absence d'une sérologie de référence ou un suivi biologique aléatoire a évincé quelques contaminations VIH et VHC qui n'ont de ce fait pas pu être classées en séroconversions professionnelles, d'où l'importance de déclarer chaque accident à la médecine du travail. Ces mesures ont comme objectif de « proposer si besoin une prophylaxie rapide en cas d'exposition au VIH ou au VHB et, si une contamination est identifiée, de mettre en route éventuellement un traitement précoce ou de contrôler tout risque de progression » (54).

III. Enquête et stratégies pédagogiques

A. Introduction

Les articles scientifiques sur le sujet de ce travail de thèse n'étant pas nombreux (plus de sondages ou d'études), nous avons entrepris une enquête dans le but d'enrichir la documentation sur cette thématique et de mieux cerner le comportement des étudiants face à des PAMIT. Cette enquête a notamment permis de questionner les étudiants sur leur stress, leur empathie et leurs attitudes lors de la prise en charge des PAMIT. De plus, ils ont pu évaluer la formation en éthique et en hygiène reçue à la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg.

B. Matériel et méthode

L'enquête se présente sous la forme de 25 questions à choix multiples ou rédactionnelles (cf. Annexes). Tout d'abord, une étude pilote a été réalisée avec l'aide de 12 étudiants, suite à laquelle de petites modifications ont été apportées.

Puis, l'enquête a été mise en ligne sur internet et proposée à tous les étudiants cliniciens de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg, c'est-à-dire les étudiants de la quatrième à la sixième année. C'est à environ 226 étudiants que le questionnaire a été proposé (le terme « environ » est employé car l'enquête a été publiée via Facebook et certains étudiants ne sont pas inscrits sur ce réseau social). Les étudiants ont pu participer à l'enquête de manière anonyme du 29 janvier 2016 au 01 avril 2016.

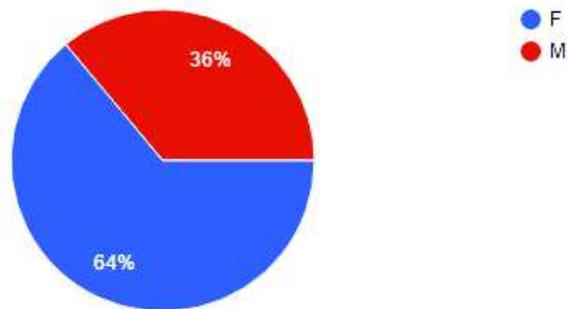
C. Résultats

Au bout de 2 mois, 111 réponses ont été enregistrées, ce qui représente environ 50% de la population ciblée. Pour analyser les réponses suivantes, des diagrammes ont été réalisés par l'application Google Forms.

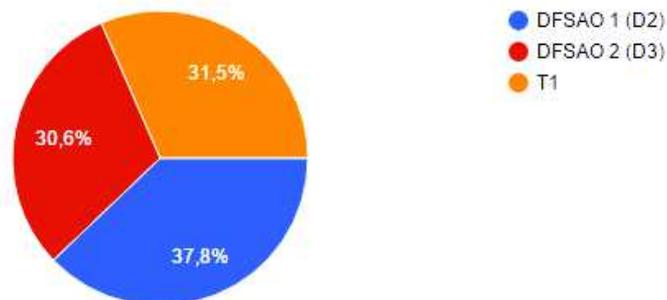
Lorsque des différences significatives sont retrouvées entre différents groupes de répondants, elles seront spécifiées. Si aucune mention n'en est faite, les différences ne sont alors pas considérées comme significatives.

Les trois premières questions de l'enquête concernaient l'âge, le sexe et l'année d'étude des participants :

La moyenne d'âge des participants était de 23 ans.

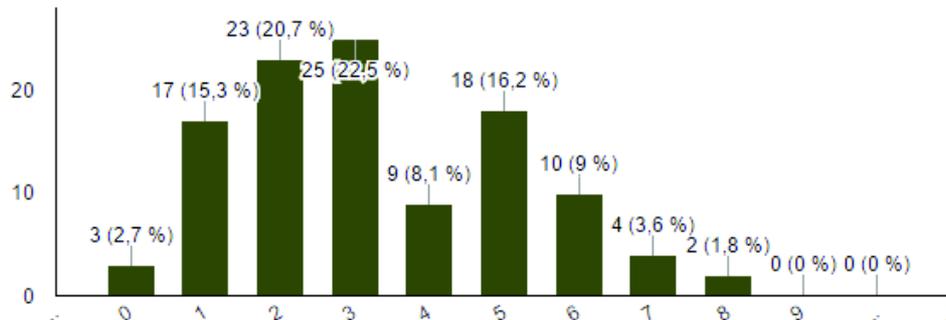


Ce sont 71 femmes (64%) et 40 hommes (36%) qui ont répondu à ce questionnaire.



La répartition des étudiants est plutôt équilibrée. En effet, 42 DFSAO 1 (4^{ème} année, ou D2) ont répondu, ce qui représente 37,8%, 34 DFSAO 2 (5^{ème} année, ou D3) soit 30,6% et enfin 35 T1 (6^{ème} année) soit 31,5%.

- Question 4 : Évaluez votre degré de stress sur une échelle allant de 0 à 10 lorsque vous effectuez un soin chez un patient sain (0 représentant l'absence de stress et 10 le stress maximal déjà ressenti).



La moyenne de ces résultats est de 3,3/10 toutes promotions confondues.

Les résultats ont été détaillés par années d'étude. En moyenne, les T1 notent leur stress à 2,8/10 au cours d'un soin chez un patient sain. Pour la même question, les D3 l'évaluent à 3,5/10 et les D2 à 3,6/10.

Un test t de Student montre que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D2 apparaît faiblement significative ($p=0.08$).

- Question 5 : Osez-vous clairement demander au patient s'il est atteint d'une hépatite ou du VIH au cours du questionnaire médical ou ressentez-vous une gêne à poser cette question ?



Les étudiants sont 51 soit 45,9% à ne pas être gênés au moment de poser cette question. Ils sont 52 soit 46,8% à ressentir une gêne mais à poser la question clairement malgré cela. Enfin, ils sont 8 soit 7,2% à reformuler la question à cause de la gêne ressentie.

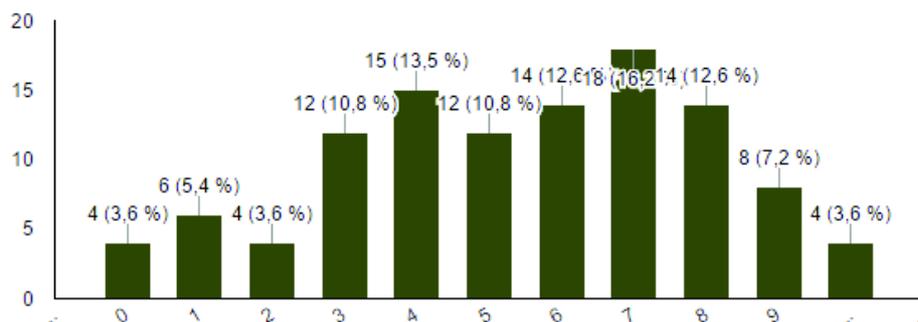
Une analyse détaillée séparant les promotions a été réalisée.

Concernant les T1, 15 soit 45% d'entre-eux ne sont pas gênés en posant cette question, 15 soit 45% ressentent une gêne mais osent poser la question clairement et enfin, 5 soit 10% reformulent la question à cause de la gêne ressentie.

Aucun D3 ne reformule cette question lors de la réalisation de l'anamnèse médicale, mais ils sont 16 soit 48% à ressentir une gêne en posant la question ouvertement et 18 soit 52% à ne pas ressentir de gêne.

Ce sont 16 D2 soit 38% qui ne ressentent pas de gêne lors du questionnaire médical. Ils sont 21 soit 50% à être gênés mais à oser poser la question clairement et seulement 5 soit 12% à la reformuler.

- Question 6 : Évaluez votre stress, sur la même échelle que précédemment, lorsque vous découvrez que votre patient est atteint d'une maladie transmissible (lors de la réalisation du questionnaire médical).

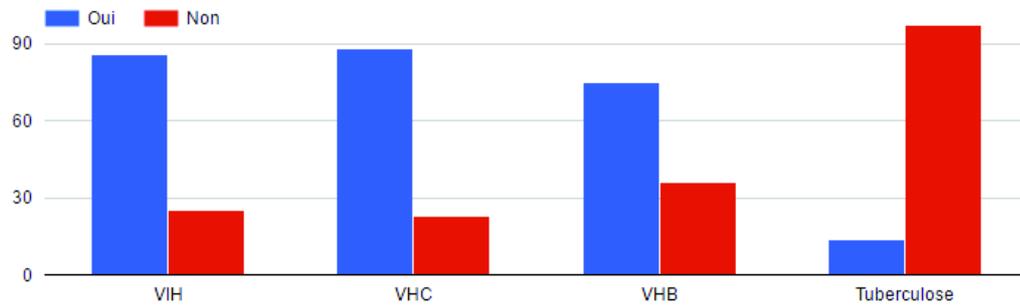


La moyenne de ces résultats est de 5,4/10 toutes promotions confondues.

Les T1 évaluent leur stress à 4,5/10 lors de la découverte de la sérologie positive de leur patient. Les D3 et les D2 l'estiment respectivement à 6,7/10 et 6,1/10.

Un test t de Student montre que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D2 apparaît faiblement significative ($p=0.07$), alors que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D3 apparaît fortement significative ($p=0.007$).

- Question 7 : Avez-vous déjà pris en charge un patient atteint du VIH, du VHC, du VHB ou de la tuberculose ?



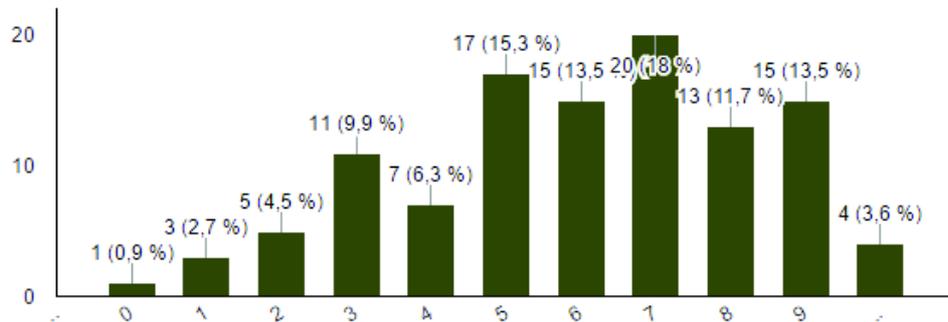
Les étudiants sont 86 soit 77% à avoir déjà pris en charge un patient porteur du VIH. Ils sont 88 soit 79% à avoir pris en charge un patient porteur du VHC et 75 soit 68% pour le VHB. Enfin, ils sont 14 soit 13% à avoir soigné un patient porteur de la tuberculose.

En T1, tous les étudiants ont déjà pris en charge un patient porteur du VIH. Ils sont 33 soit 94% et 26 soit 76% à avoir pris en charge des patients porteurs du VHC et du VHB respectivement. Concernant la tuberculose, 15% soit 5 étudiants ont été face à cette pathologie.

En D3, ils sont 31 soit 92% à avoir déjà soigné un patient porteur du VIH, 33 soit 98% et 28 soit 81% à avoir pris en charge un patient porteur du VHC et VHB respectivement. Enfin, 25% soit 8 étudiants de D3 ont déjà soigné un patient atteint de la tuberculose.

Concernant les D2, ils sont 20 soit 48% à avoir pris en charge un patient porteur du VIH, 22 soit 52% pour le VHC et 20 soit 48% pour le VHB. Aucun d'entre eux n'a soigné de patient atteint de la tuberculose.

- Question 8 : Évaluez votre stress lors de la réalisation d'un soin chez un PAMIT, sur la même échelle que précédemment.

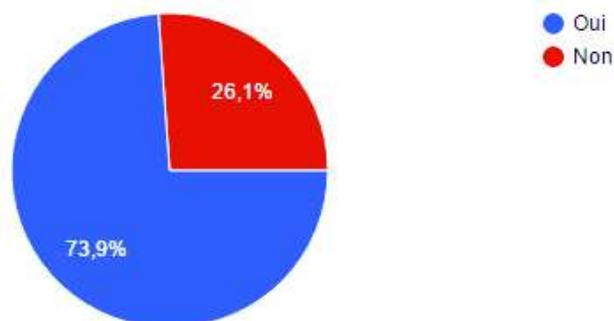


La moyenne de ces résultats est de 6/10 toutes promotions confondues.

Respectivement, les T1, D3 et D2 évaluent leur stress lors de la réalisation d'un soin chez un PAMIT à 5,1/10, 6,7/10 et 6,1/10.

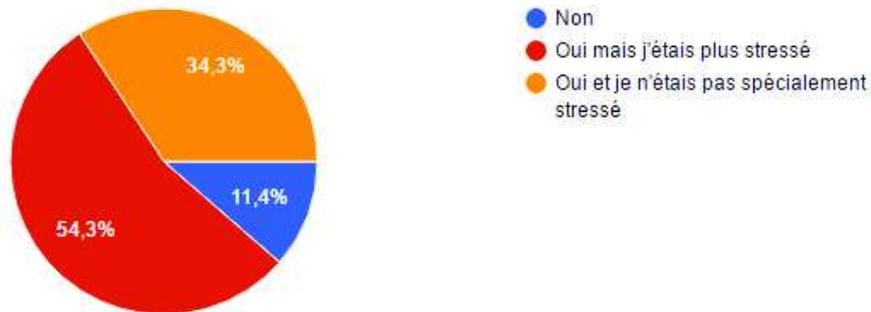
Un test t de Student montre que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D2 apparaît faiblement significative ($p=0.08$), alors que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D3 apparaît très fortement significative ($p=0.001$).

- Question 9.a. : Avez-vous toujours reçu les dispositifs médicaux adaptés lorsque vous avez signalé que votre patient était atteint d'une maladie infectieuse transmissible ?



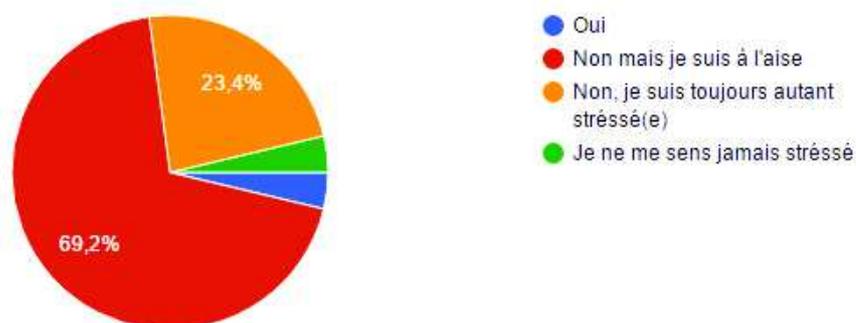
Ils sont 82 soit 73,9% à avoir répondu oui et 29 soit 26,1% à avoir répondu non à cette question.

Question 9.b. : Si vous avez répondu non à la question précédente avez-vous réalisé le soin aux PAMIT ?



Les étudiants sont 4 soit 11,4% à avoir répondu non. Puis, ils ont été 19 soit 54,3% à répondre qu'ils ont réalisé le soin mais en étant davantage stressés. Enfin, ils sont 12 soit 34,3% à avoir réalisé le soin sans être davantage stressés.

Question 9.c. : Lorsque vous disposez des dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des PAMIT à la faculté de Strasbourg, votre stress est-il diminué au point d'en oublier la maladie ?



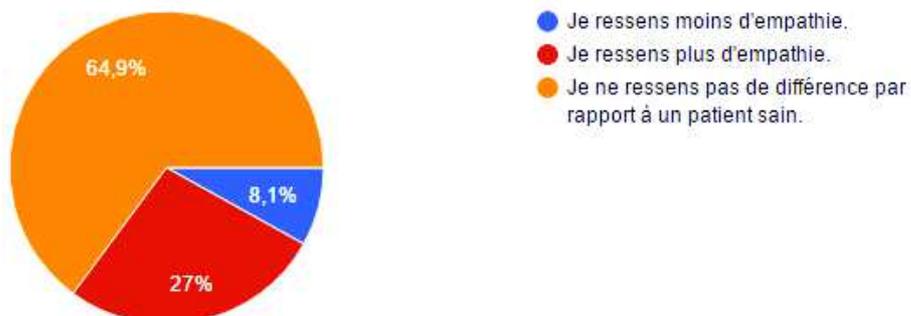
Ils sont 4 soit 3,7% à ne jamais se sentir stressés et 4 également à avoir répondu oui. Puis, ils sont 25 soit 23,4% à être toujours autant stressés malgré les dispositifs médicaux supplémentaires. Enfin, ils sont 74 soit 69,2% à avoir répondu non mais à se sentir à l'aise au cours du soin.

- Question 10 : Discutez-vous autant avec un PAMIT qu'avec un patient sain ?



Ce sont 3 étudiants soit 2,7% qui ont déclaré ne jamais discuter avec leur patient. Puis, ils sont 29 soit 26,1% à moins discuter avec leur patient car ils sont plus concentrés sur leurs gestes que d'habitude. Enfin, ils sont 79 soit 71,2% à ne pas faire de différence quant à la discussion entre un PAMIT et un autre patient.

- Question 11 : Ressentez-vous plus ou moins d'empathie envers les PAMIT ?



Les étudiants sont 9 soit 8,1% à ressentir moins d'empathie pour les PAMIT. Ils sont 30 soit 27% à en ressentir plus que pour des autres patients. Enfin, ils sont 72 soit 64,9% à ne pas ressentir de différence.

Une analyse par promotion a été réalisée :

Ce sont 23 T1 soit 66% qui ne ressentent pas de différence concernant l'empathie. Ils sont 9 soit 28% à ressentir plus d'empathie envers les PAMIT qu'envers les patients sains et enfin ils sont 3 soit 6% à en ressentir moins.

Concernant les D3, ils sont 24 soit 72% à ressentir autant d'empathie envers les PAMIT qu'envers les patients sains. Ils sont 6 soit 17% à en ressentir plus et 4 soit 11% à en ressentir moins.

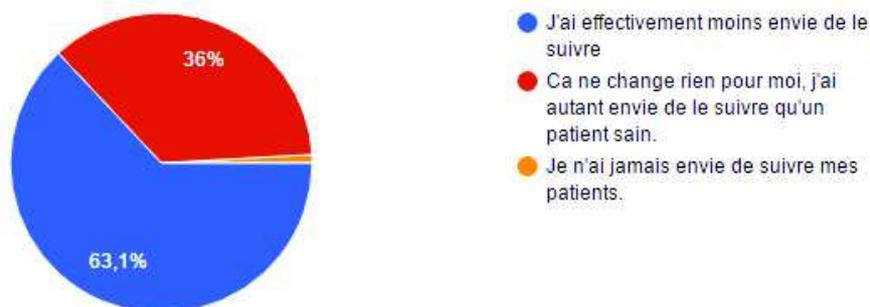
Concernant les D2, ils sont 20 soit 47% à ne pas ressentir de différence d'empathie. Enfin, ils sont 19 soit 46% à ressentir plus d'empathie envers les PAMIT et 3 soit 7% à en ressentir moins.

De plus, une analyse par catégorie d'âge a été réalisée. Les étudiants ont été séparés en deux groupes, ceux ayant moins de 25 ans et ceux ayant 25 ans ou plus. Ce sont donc 18 étudiants sur les 111 participants qui ont 25 ans ou plus et 93 qui ont moins de 25 ans.

Commençons par les étudiants ayant moins de 25 ans. Ils sont 64 soit 69% à ressentir la même empathie envers les PAMIT et envers les patients sains. Ils sont 25 soit 27% à en ressentir plus et 6 soit 6% à en ressentir moins.

Concernant les étudiants ayant au moins 25 ans. Ils sont 12 soit 67% à ne pas ressentir de différence entre les PAMIT et les patients sains concernant l'empathie. Ils sont 4 soit 22% à ressentir plus d'empathie pour les PAMIT et 2 soit 11% à en ressentir moins.

- Question 12 : Avez-vous moins envie de suivre un PAMIT qu'un patient sain à cause des « contraintes » supplémentaires engendrées par la prise en charge ?



Un étudiant soit 0,9% n'a jamais envie de suivre ses patients. Puis, 40 soit 36% ont autant envie de les suivre que les autres patients. Enfin, 70 soit 63,1% ont moins envie de suivre les PAMIT.

Les promotions ont été étudiées séparément :

Les étudiants de T1 sont 20 soit 57% à avoir moins envie de suivre les PAMIT et 15 soit 43% à avoir autant envie de les suivre que si le patient était sain.

Les étudiants de D3 sont 22 soit 66% à avoir moins envie de suivre les PAMIT et 12 soit 33% à ne pas faire de différence dans le suivi.

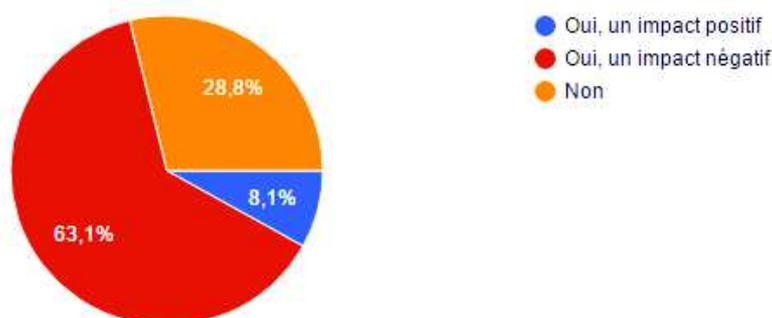
Les étudiants de D2 sont 28 soit 66% à ne pas avoir envie de suivre les PAMIT autant que les patients sains et 14 soit 33% à ne pas les différencier.

Comme pour la question précédente, les étudiants ont été séparés en fonction de leur âge.

Les étudiants ayant au moins 25 ans sont 7 sur 18 soit 39% à avoir autant envie de suivre un PAMIT qu'un patient sain. Ils sont donc 11 soit 61% à avoir moins envie de les suivre.

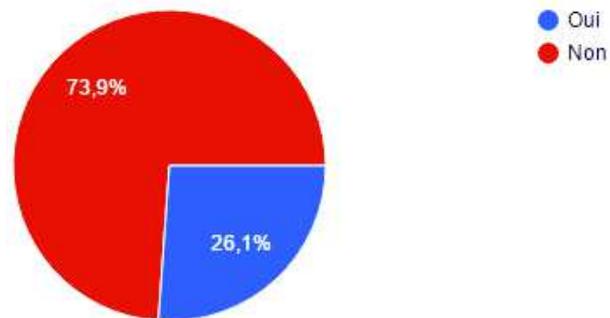
Les étudiants ayant moins de 25 ans sont 33 sur 93 soit 35% à ne pas différencier le suivi des PAMIT et des patients sains. De ce fait, ils sont 60 soit 65% à avoir moins envie de les suivre.

- Question 13 : Pensez-vous que lorsque vous êtes plus stressés que d'habitude, cela a un impact sur la qualité de vos soins ?



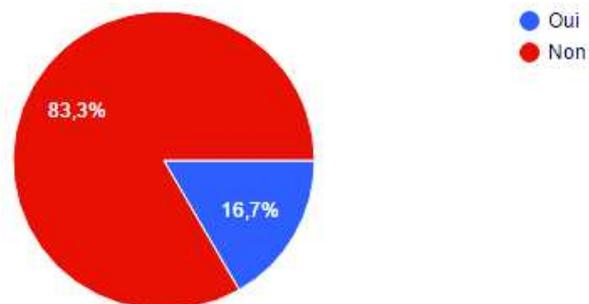
Ils sont 9 soit 8,1% à trouver que le stress a un impact positif, 70 soit 63,1% que cela a un impact négatif et 32 soit 28,8% que cela n'a pas d'impact sur la qualité de leurs soins.

- Question 14.a. : Avez-vous déjà été victime d'un AES ?



Les étudiants sont 82 soit 73,9% à ne pas avoir été victime d'un AES et 29 soit 26,1% en ont été victime.

Question 14.b. : Si vous avez répondu oui à la question précédente, cet AES est-il arrivé au cours d'un soin pendant lequel vous étiez plus stressés que d'habitude ?



Ils sont 5 soit 16,7% à avoir répondu oui et 25 soit 83,3% à avoir répondu non.

- Question 15 : Etes-vous autant concentré sur vos soins lorsque votre patient est atteint d'une maladie transmissible, ou votre concentration est-elle plus portée sur votre sécurité et le respect de la chaîne d'asepsie ?



Les participants sont 44 soit 39,6% à avoir la même concentration qu'importe la situation. 67 soit 60,4% trouvent leur concentration plus centrée sur leurs gestes, leur sécurité et le respect de l'asepsie.

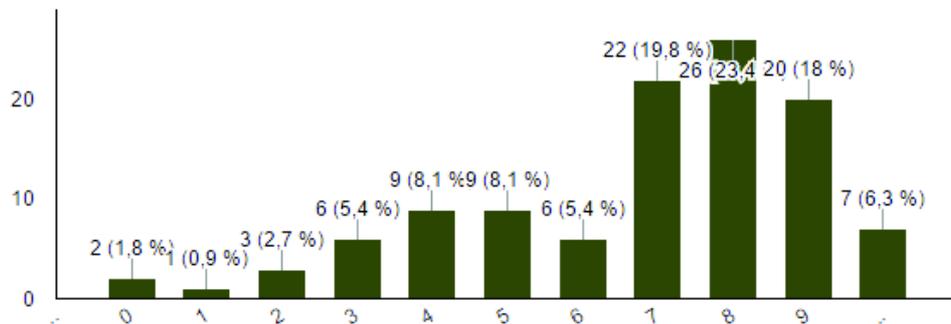
Les promotions ont été analysées séparément pour cette question :

Les T1 sont 18 soit 51% à voir leur concentration modifiée lors de la réalisation d'un soin chez un PAMIT, et ils sont 17 soit 49% à avoir la même concentration qu'importe la situation.

Concernant les D3, 22 d'entre eux soit 66% ont une concentration différente et 12 soit 33% ont la même concentration lors de la prise en charge d'un PAMIT.

Les D2 sont 27 soit 64% à être plus concentrés sur leurs gestes, leur sécurité et sur le respect de la chaîne d'asepsie, et 15 soit 36% à ne pas ressentir leur concentration se modifier.

- Question 16 : Évaluez votre formation reçue en hygiène et sécurité des soins quant aux mesures à prendre concernant la prise en charge d'un PAMIT. L'évaluation se fait à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10 (0 étant l'absence de formation et 10 une formation parfaite).

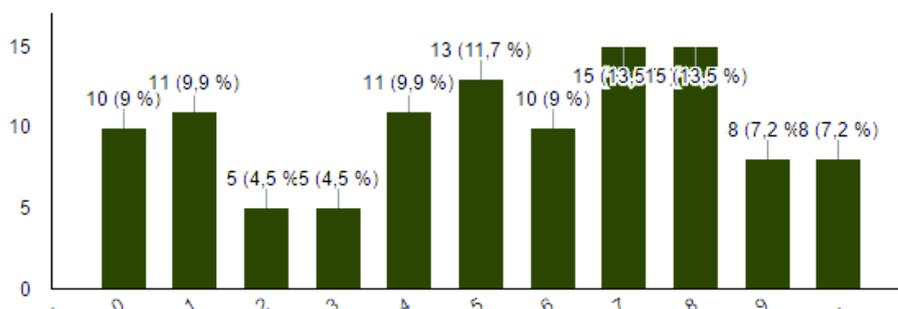


En moyenne, les étudiants toutes promotions confondues évaluent leur formation en hygiène à 6,8/10.

Les étudiants de T1, de D3 et D2 évaluent respectivement leur formation à 7,9/10, 6,8/10 et 6/10.

Un test t de Student montre que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D3 apparaît fortement significative ($p=0.014$), alors que la différence retrouvée entre les réponses des T1 et des D2 apparaît très fortement significative ($p<0.001$).

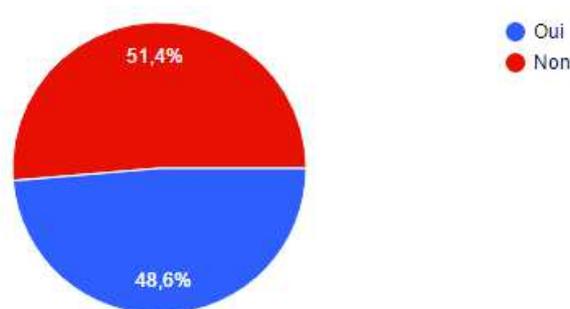
- Question 17 : Évaluez votre formation reçue en éthique quant aux mesures à prendre pour la prise en charge d'un PAMIT, sur la même échelle que précédemment.



En moyenne, les étudiants évaluent leur formation en éthique à 5,2/10. Les étudiants de T1 évaluent leur formation en éthique à 6,4/10, les D3 à 6,3/10 et enfin les D2 estiment leur formation à 3,4/10.

Un test t de Student montre que les différences retrouvées entre les réponses des T1 et des D2, ainsi qu'entre les réponses des D3 et des D2 apparaissent très fortement significatives ($p < 0.001$).

- Question 18.a. : Souhaiteriez-vous plus de formation dans le but de mieux prendre en charge les patients à risque ?



Ils sont 54 soit 48,6% à répondre oui et 57 soit 51,4% à répondre non toutes promotions confondues.

Les étudiants de T1 sont 16 soit 45% à souhaiter plus de formation et 19 soit 55% à ne pas en vouloir.

Concernant les D3, 12 étudiants soit 36% aimeraient plus de formation et ils sont 22 soit 64% à ne pas en désirer.

Les étudiants de D2 sont 27 soit 64% à souhaiter plus de formation et 15 soit 36% à ne pas en souhaiter.

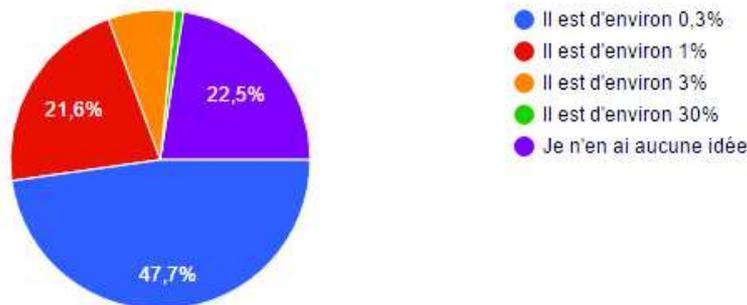
Question 18.b. : Si vous avez répondu oui à la question précédente, sur quels points la formation fait-elle défaut ? (Cette question est rédactionnelle, les étudiants n'avaient pas de proposition de réponse.)

Malgré l'absence de proposition pour aiguiller les réponses des étudiants, plusieurs thèmes sont spontanément revenus.

Les étudiants aimeraient :

- davantage de travaux pratiques ou de présentation de cas cliniques afin d'apprendre à gérer l'asepsie dans des conditions particulières.
- davantage de formation en éthique et en psychologie.
- davantage de cours magistraux concernant les maladies infectieuses transmissibles et particulièrement pour avoir des notions de risque infectieux pour le bien des patients et pour être aptes à discuter de leur charge virale.

- Question 19 : Connaissez-vous le risque de transmission du VIH en cas d'AES (en cas d'accident percutané) ?



Ils sont 53 soit 47,7% à avoir donné la bonne réponse (0,3%). 25 soit 22,5% n'en avaient aucune idée. 24 soit 21,6% pensaient que le risque est d'environ 1%. Puis, 8 soit 7,2% pensaient que le risque était de 3% et un étudiant soit 0,9% le pensait de 30%.

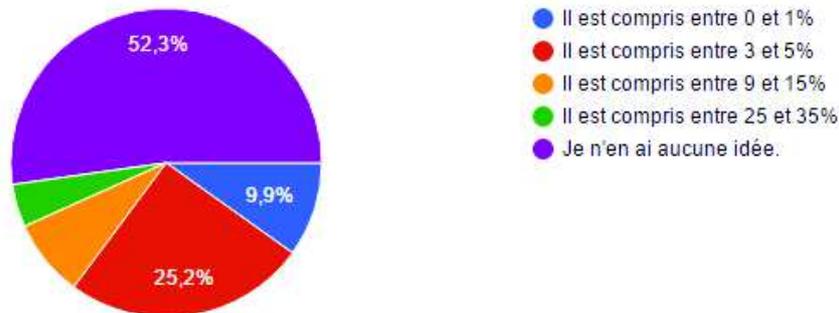
Les promotions ont été analysées séparément pour cette question :

Les T1 ont été 28 soit 79% à donner la bonne réponse et donc 7 soit 21% à donner une mauvaise ou à n'avoir aucune idée de la réponse.

Les D3 ont été 14 soit 42% à connaître le taux de transmission et 20 soit 58% à se tromper ou à ne pas le connaître.

Les D2 ont été 13 soit 31% à donner la bonne réponse et 29 soit 69% à donner une mauvaise réponse ou à n'avoir aucune idée de la réponse.

- Question 20 : Connaissez-vous le risque de transmission du VHC en cas d'AES ?



Ils sont 28 soit 25,2% à connaître la bonne réponse (entre 3-5%). Puis, ils sont 58 soit 52,3% à n'en avoir aucune idée. 11 soit 9,9% des étudiants pensent que le risque est de moins de 1%, 9 soit 8,1% qu'il est compris entre 9-15% et enfin, ils sont 5 soit 4,5% à le penser compris entre 25-35%.

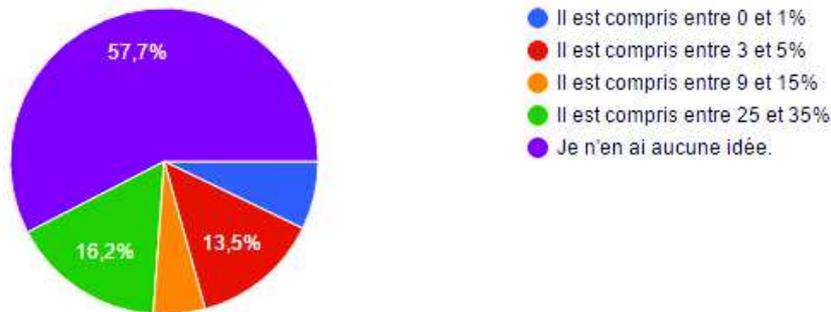
Comme pour la question précédente, les résultats ont été étudiés en séparant les promotions :

Les T1 sont 12 soit 33% à donner la bonne réponse. Ils sont 23 soit 66% à s'être trompés ou à n'avoir aucune idée du taux de transmission du VHC.

Les étudiants de D3 sont 7 soit 22% à avoir donné la bonne réponse à cette question. Ils sont donc 27 soit 88% à avoir donné une mauvaise réponse ou à n'avoir aucune idée du résultat.

Les D2 sont 11 soit 26% à avoir répondu correctement. Ils sont donc 31 soit 74% à s'être trompés ou à ne pas connaître le taux de transmission du VHC.

- Question 21 : Connaissez-vous le risque de transmission du VHB en cas d'AES ?



Ils sont 18 soit 16,2% à connaître la bonne réponse (25-35%). Ils sont 64 soit 57,7% à n'en avoir aucune idée. Puis, 8 soit 7,2% pensaient le risque inférieur à 1%. 15 soit 13,5% pensaient le risque compris entre 3-5% et enfin, 6 soit 5,4% le pensaient compris entre 9-15%.

Les étudiants de T1 sont 7 soit 21% à avoir donné la bonne réponse à cette question. Ils sont donc 28 soit 79% à n'avoir aucune idée du taux de transmission du VHB ou à s'être trompés.

Les D3 sont 5 soit 14% à avoir répondu correctement et 29 soit 86% à n'avoir pas donné la bonne réponse à cette question.

Enfin, les étudiants de D2 sont 5 soit 12% à avoir donné la bonne réponse concernant le taux de transmission du VHB. Cela signifie qu'ils sont 37 soit 88% à n'en avoir aucune idée ou à s'être trompés.

D. Analyses et discussions

Deux fois plus de femmes que d'hommes ont participé à cette enquête et en moyenne les participants avaient 23ans. La répartition entre les différentes promotions d'étudiants est plutôt équilibrée. En effet, il y a eu 42 soit 37,8% de DFSAO1 (D2), 34 soit 30,6% de DFSAO2 (D3) et 35 soit 31,5% de T1 dans les réponses.

1. Stress

Cette étude a tout d'abord permis de savoir si le stress était augmenté chez les étudiants lorsqu'ils prenaient en charge un patient dont la sérologie était connue.

Il leur a été premièrement demandé sur une échelle de 0 à 10 (pour laquelle 0 est une absence de stress et 10 le stress maximum déjà ressenti) d'évaluer leur degré de stress au cours d'un soin sur un patient sain. En moyenne, les étudiants ont répondu être à 3,3/10, ce qui signifie que généralement, les étudiants ne sont pas très stressés lorsqu'ils réalisent un soin courant. Dans le but d'amener la comparaison, les étudiants ont dû par la suite évaluer sur la même échelle, leur niveau de stress lorsqu'ils découvrent le statut infectieux de leur patient au cours du questionnaire médical. A ce moment précis, en moyenne, leur niveau de stress est de 5,4/10. Enfin, le stress passe à 6/10 en moyenne lors de la réalisation d'un soin chez un PAMIT. **Le stress des étudiants n'est donc pas exagérément élevé au cours d'un soin chez un patient dont le statut sérologique est connu, mais malgré tout, il est deux fois plus important que lorsque le patient se dit sain.** Le stress des étudiants augmente donc lorsque le patient confie sa pathologie infectieuse.

Si nous étudions les promotions d'étudiants séparément, nous pouvons distinguer des différences bien que le stress évolue toujours de la même manière que les moyennes calculées précédemment.

Les D2 évaluent leur stress à 3,6/10 lors de la prise en charge d'un patient sain. Cette valeur est proche de celle des D3 qui est de 3,5/10 en moyenne. Les T1 ressentent un stress à un niveau de 2,8/10 seulement en moyenne avec un patient sain. Nous constatons qu'en dernière année, les étudiants sont moins stressés au cours d'un rendez-vous avec un patient qu'au début de leur cursus. Les T1, après trois années de stages cliniques, ont acquis de l'expérience leur permettant d'être de plus en plus à l'aise avec les patients tant pour leur accueil qu'au cours du soin.

Au cours de l'anamnèse médicale, lorsqu'un étudiant de D2 apprend que son patient est atteint d'une maladie infectieuse transmissible, il évalue son stress à 5,6/10. Les D3 sont un peu plus stressés que les D2. En effet, leur niveau de stress se situe en moyenne à 6,1/10. Enfin, les T1 situent leur stress à 4,5/10 à ce moment de la consultation. Les T1 sont encore une fois les moins stressés : ils ont plus souvent pris en charge des PAMIT, ce qui leur permet d'avoir des repères avec ces patients. Là

encore, l'expérience des T1 joue certainement un rôle dans la diminution du stress ressenti par les étudiants lors de l'anamnèse médicale.

Lors de la réalisation d'un soin chez un PAMIT, les T1 dépassent enfin la moitié de l'échelle d'évaluation en notant leur stress à 5,1/10. Cela montre qu'en dernière année, les étudiants ne ressentent pas plus qu'un stress de niveau moyen en clinique, et ce, qu'importe le statut sérologique de leur patient. Les D2 et les D3 évaluent leur stress à 6,1/10 et 6,7/10 respectivement. Ces résultats montrent que c'est en T1 que les étudiants prennent confiance en eux et acquièrent de l'assurance. En effet, grâce à l'expérience des deux années passées dans le centre de soins et à une responsabilité croissante émanant des encadrants, les T1 gagnent en maturité rapidement et prennent confiance en leur savoir-faire et savoir-être.

De ce fait, trois années cliniques apparaissent comme être pertinentes dans la gestion du stress lors du soin aux PAMIT.

Toujours en rapport avec le stress, ils sont 63,1% à penser que lorsque le stress est supérieur à d'habitude, il a un impact négatif sur la qualité de leurs soins. Nous avons vu que les participants étaient plus stressés face à un PAMIT. La qualité de leurs soins serait peut-être influencée par ce stress. De plus, ils sont 60,4% à trouver que leur concentration est différente lorsqu'ils connaissent le statut infectieux de leur patient. En effet, ils sont plus centrés sur leurs gestes, leur sécurité et sur le respect de la chaîne d'asepsie que sur le patient à proprement parler.

2. Empathie, échange et suivi

Malgré cela, lorsqu'il leur a été demandé s'ils discutaient autant avec les PAMIT qu'avec les patients sains, ils ont été 71,2% à répondre oui et seulement 26,1% à se trouver être moins sociables et plus centrés sur eux. Cela montre que malgré une augmentation du stress et de la concentration, en général, les étudiants arrivent à gérer leurs émotions en essayant de ne pas le faire remarquer au patient. Dans le même sens, ils sont 64,9% à ne ressentir ni plus ni moins d'empathie envers les patients atteints de maladies transmissibles et 27% à en ressentir plus. Ainsi, 8,1% des étudiants seulement ressentent moins d'empathie envers les PAMIT et risquent d'avoir un comportement plus négatif.

Si nous étudions les résultats en séparant les étudiants par leurs années d'étude, nous obtenons des moyennes différentes. Les D2 sont les étudiants ressentant le plus de différence lors de la prise en charge d'un PAMIT par rapport à un patient sain. En effet, ils sont 46% à ressentir plus d'empathie envers eux et 7% à en ressentir moins. Cela signifie que seulement 47% des D2 ne ressentent pas de différence pour un PAMIT par rapport à un patient sain.

Les participants de D3 sont les étudiants ressentant le moins de différence envers les PAMIT. Ils sont 72% à ressentir la même empathie envers un PAMIT qu'envers un patient sain. De ce fait, ils ne sont que 17% à en ressentir plus pour eux et 11% à en ressentir moins. Paradoxalement, ils représentent la promotion d'étudiants faisant le moins de différence avec les PAMIT mais ressentant le moins d'empathie envers eux.

Enfin, les T1 ne sont que 6% à ressentir moins d'empathie envers les PAMIT qu'envers les patients sains mais ils sont 28% à en ressentir plus. Cela signifie que 66% des T1 n'éprouvent pas de sentiments différents lors de la prise en charge d'un PAMIT.

En étudiant les résultats par classe d'âge, nous observons qu'il n'y a pas de réelle différence concernant l'empathie ressentie avant et après 25 ans, alors que nous aurions pu penser qu'une notion de maturité liée à l'âge aurait pu avoir un impact sur la question.

Cette étude montre effectivement que les étudiants strasbourgeois sont plus stressés et plus concentrés lors de la prise en charge d'un PAMIT mais que ce n'est pas pour autant que leur attitude est différente de celle qu'ils ont envers des patients sains. Malgré cela, lors de la réalisation du questionnaire médical, ils sont 54% à ressentir une gêne au moment de demander si leur patient est atteint d'une de ces pathologies mais 46,8% posent la question clairement tout de même. 7,2% seulement sont si gênés qu'ils la reformulent. Les étudiants n'ont donc pas de comportement foncièrement différent avec les patients séropositifs ou atteints de tuberculose ou d'hépatite, mais ils restent bien souvent mal à l'aise.

Les D2 sont les plus gênés lors de l'anamnèse médicale. En effet, ils ne sont que 38% à ne pas ressentir de gêne en réalisant le questionnaire, 50% sont gênés

mais posent toutes les questions clairement et 12% reformulent la question concernant les maladies infectieuses transmissibles.

Il semble que les T1 aient plus l'habitude de faire face à ces questions, car ils sont 45% à ne pas ressentir de gêne au cours de l'anamnèse. Ils sont 45% à être embarrassés, néanmoins ils posent les questions ouvertement. Enfin, 10% reformulent la question qu'ils trouvent gênante.

Les résultats des D3 sont similaires à ceux des T1 ; la seule différence est qu'aucun d'entre eux ne reformule la question.

C'est donc bien moins d'un étudiant sur deux qui se sent à l'aise qu'importe la situation au cours de l'anamnèse médicale. Bien qu'ils estiment leurs comportements inchangés en ce qui concerne l'empathie et les discussions, ils se sentent gênés donc mal à l'aise lorsque le patient se révèle être un PAMIT. Les étudiants strasbourgeois font preuve de savoir-être, car ils ne le laissent pas transparaître. Toutefois, nous pouvons nous demander si cette gêne pourrait être évitée via un renforcement de la formation non seulement en éthique mais également à propos de ces pathologies spécifiques. L'expérience joue un rôle moins important que précédemment, car nous voyons que les réponses des D2, D3 et T1 ne sont pas très éloignées.

Discutons à présent de la volonté des étudiants de suivre leurs patients. L'enquête a permis de leur demander s'ils avaient autant envie de suivre un PAMIT qu'un patient sain. Les participants ne sont que 36% à avoir répondu oui. **Ce sont donc 63,1% des cliniciens qui ne désirent pas réaliser tout le plan de traitement des PAMIT.**

En analysant les réponses des étudiants en fonction de leur année d'étude, nous avons observé que 66% des D2 et des D3 ont moins envie de suivre les PAMIT que les patients sains. Concernant les T1, ils sont 57%. Cela pourrait signifier qu'avec l'expérience, les étudiants prennent conscience de l'importance du suivi et font moins de différence dans le suivi de leur patient au centre de soins. Malgré cela, cela montre que, même en dernière année du cursus de chirurgie dentaire, plus de la moitié des étudiants ne désirent pas réaliser tout le plan de traitement des PAMIT. **Si les refus de soin et les réorientations réalisées en pratique privée peuvent choquer, ce type de comportement en pratique publique apparaît similaire et peut être considéré comme un acte discriminatoire. Il semble pertinent de faire preuve de vigilance quant à l'attitude des étudiants concernant le suivi des PAMIT.**

3. Méconnaissance

Il a ensuite été demandé aux participants s'ils connaissaient le risque de transmission lors d'un accident percutané lorsque le patient est atteint d'une maladie infectieuse transmissible.

L'enquête montre que la moitié des étudiants ne connaissaient pas le taux de transmission du VIH lors d'un accident percutané (pour rappel : 0,3%). Plus important, ils ne sont que 22% à avouer n'en avoir aucune idée, ce qui signifie qu'environ 30% des étudiants surévaluent le risque de transmission de cette pathologie.

En D2, ils ne sont que 31% à connaître le risque de transmission du VIH lors d'un accident percutané. Or ils sont 48% à avoir déjà pris en charge un patient séropositif au VIH.

En D3, ils sont 42% à connaître le taux de transmission du VIH et 92% à déjà avoir soigné un patient en étant atteint.

Tous les étudiants de T1 ont déjà pris en charge un patient atteint du VIH, et 79% de la promotion connaît le risque de transmission de cette pathologie.

Les T1 représentent la promotion la moins stressée face aux PAMIT et, parallèlement, ils sont ceux ayant le plus de connaissances de ces pathologies. La diminution du stress pourrait bien être liée à la connaissance que nous avons de ces pathologies et des risques qui les accompagnent.

En ce qui concerne l'hépatite C, nous avons vu qu'ils n'étaient qu'un quart à savoir que le risque de transmission était compris entre 3% et 5% lors d'un accident percutané. Cette fois, c'est la moitié des étudiants qui n'avaient aucune idée de ce taux. Ils n'étaient qu'environ 12% à surestimer le risque de transmission de cette pathologie. Ce qui signifie que les étudiants avouent moins bien connaître l'hépatite C que le VIH et qu'ils surestiment malgré tout la transmission du VIH.

Les D2 ne sont que 26% à connaître le risque de transmission du VHC alors qu'ils sont 52% à déjà avoir soigné un patient séropositif au VHC.

Les D3 sont encore moins à connaître le taux de transmission de cette maladie. En effet, ils ne sont que 22%. Parallèlement, c'est 98% de cette promotion qui a déjà traité un patient atteint du VHC.

Tous les T1 ont déjà pris en charge un patient séropositif au VHC, mais seulement 33% d'entre eux connaissent le risque encouru en cas d'accident percutané.

Concernant le virus de l'hépatite B, les étudiants n'étaient que 16% en moyenne à savoir que le risque de transmission était compris entre 25% et 35%. Néanmoins, ils étaient 57% à dire qu'ils n'avaient aucune idée de ce taux malgré la vaccination obligatoire lors du passage en deuxième année du cursus. Les étudiants ont eu tendance à croire que le risque de transmission était le même que pour l'hépatite C (13% d'entre eux).

En D2, ils sont 48% à déjà avoir pris en charge un patient atteint du VHB, mais seulement 12% d'entre eux connaissent le risque de transmission de cette maladie.

En D3, 81% de la promotion a déjà été face à cette pathologie alors qu'ils ne sont que 14% à en connaître le taux de transmission.

Enfin, seulement 21% des T1 connaissent le risque de transmission du VHB en cas d'accident percutané alors qu'ils sont 76% à déjà avoir soigné un patient en étant atteint.

En résumé, c'est en moyenne 70% des étudiants de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg qui ne connaissent pas le risque de transmission de ces pathologies qu'ils côtoient régulièrement. Les étudiants soignent toutes sortes de patients sans connaître précisément les risques auxquels ils sont exposés au quotidien.

4. *Evaluation de la formation des étudiants*

Cette enquête a permis aux étudiants d'évaluer leur formation en hygiène et sécurité quant aux mesures à prendre concernant la prise en charge d'un PAMIT. En moyenne, les étudiants estiment cette formation à 6,8/10 (0 étant l'absence de formation et 10 une formation parfaite) ce qui laisse à penser que les participants sont plutôt satisfaits des notions d'hygiène apprises au cours du cursus en chirurgie dentaire.

Encore une fois, les résultats ont été triés par année d'étude. L'augmentation de la moyenne est proportionnelle au niveau d'étude des participants. En effet, les D2 ont évalué leur formation en hygiène et asepsie à 6/10, les D3 à 6,8/10 et les T1 lui

ont attribué 7,9/10. **Les étudiants sont donc de plus en plus satisfaits de leurs notions en hygiène et aseptie au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus de chirurgie dentaire.**

La même question leur a été posée concernant leur formation en éthique. Cette fois, la moyenne calculée est de 5,2/10. Nous pourrions en déduire que les étudiants pensent que leur formation en éthique est moyenne.

Mais si nous prenons les résultats des étudiants par année d'étude, les D2 notent leur formation en éthique à 3,4/10, les D3 à 6,3/10 et les T1 à 6,4/10. Ici également, les étudiants les plus formés sont ceux valorisant le plus cet enseignement. Les D2 notent cette discipline si basement par le fait que l'éthique est enseignée après la quatrième année. **Les différences importantes retrouvées avec les autres promotions sont très fortement significatives. L'enseignement d'éthique qui est dispensé a, par conséquent, un réel impact sur les étudiants.**

A partir du moment où l'éthique commence à être traitée avec les étudiants, ces derniers l'évaluent entre 6,3/10 et 6,4/10, une moyenne qui se rapproche de celle donnée pour leur formation en hygiène.

Nous pouvons noter qu'entre les D3 et les T1 la différence est minime. Cette discipline est surtout enseignée en cinquième année et n'est plus abordée, ou très peu en dernière année, bien qu'elle présente un aspect pratique indéniable et qu'elle doit être mise en œuvre au quotidien lors des stages cliniques des étudiants. Une nouvelle manière d'aborder cette discipline en T1 serait peut-être à envisager pour la valoriser et répondre à la demande des étudiants avant leur passage à la vie active.

Par la suite, l'enquête permet de demander aux cliniciens s'ils souhaitaient plus de formations concernant la prise en charge des PAMIT. Les réponses sont mitigées. En effet, la moitié des étudiants ont répondu oui et l'autre moitié non. Malgré tout, cela signifie qu'un étudiant sur deux aimerait plus d'informations et souhaiterait améliorer sa prise en charge des PAMIT.

Les étudiants étant les plus demandeurs de formation sont les D2, à 64%. Les D3 ne sont que 36% à désirer plus de formation sur ces points. Cela pourrait être lié au fait qu'à Strasbourg, la cinquième année est déjà une année très chargée en cours magistraux. Les dernières années sont 45% à souhaiter plus de formation avant de

finir leur cursus en chirurgie dentaire. Cette requête est surement renforcée par une forme d'inquiétude provoquée par le futur passage à la vie active.

Les D2 sont donc les étudiants qui valorisent le moins leur formation en hygiène et en éthique, mais ce sont ceux qui désirent le plus une augmentation et une valorisation de celles-ci. Cela prouve leur envie d'améliorer leurs pratiques dans ces différents domaines. Et c'est justement ce qui leur sera proposé dans leurs années d'études futures.

Enfin, il a été demandé aux étudiants, désirant plus de formations quant à la prise en charge des PAMIT, de citer les points sur lesquels la formation fait défaut. Ce sont 54 étudiants qui ont expliqué ce qu'ils souhaitaient approfondir avant de quitter la faculté. Bien qu'aucune réponse n'ait été proposée, trois demandes majeures ressortent de toutes les années confondues :

- La demande la plus citée concerne le manque de travaux pratiques ou de présentation de cas cliniques dans le but d'apprendre à gérer la chaîne d'asepsie et d'adapter les dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des PAMIT au Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires de Strasbourg (gants ou sur-blouses, par exemple).
- La deuxième demande des étudiants concerne l'éthique. En effet, de nombreux étudiants souhaiteraient avoir plus de formations dans le but de savoir comment aborder ces pathologies avec les PAMIT, comment apprendre à discuter avec eux sans être gênés ou plus généralement comment construire une relation praticien-patient. Les étudiants sont donc soucieux de ce qu'ils dégagent envers leurs patients.
- Le troisième thème le plus cité par les participants est le manque de cours magistraux sur les maladies infectieuses transmissibles. Les étudiants aimeraient des rappels sur ces pathologies et leurs risques de transmission.

Trois autres idées ont été émises par les cliniciens en plus faible nombre que les trois premières mais de façon notable malgré tout : en général, les étudiants aimeraient plus de cours de psychologie dans le but de mieux communiquer avec les patients. Les deux idées suivantes sont liées et concernent les PAMIT. Les étudiants aimeraient avoir plus de connaissances sur ces maladies afin de pouvoir discuter des modalités de la maladie (par exemple de la charge virale) des PAMIT dans le but

d'adapter leur examen clinique, traitement et suivi en conséquence. Ils souhaiteraient enfin mieux connaître ces pathologies dans le but d'être capables de gérer le risque infectieux pour les patients.

Ces remarques se sont globalement révélées différentes en fonction de l'année d'étude des participants.

Les D2 sont les plus soucieux du protocole à suivre et les plus inquiets de leur sécurité. Ce sont eux qui ont demandé à avoir plus de travaux pratiques pour apprendre à s'équiper de la meilleure manière face à un PAMIT et savoir comment bien respecter la chaîne d'asepsie. En plus de cela, ils se soucient de l'abord du patient au cours de l'anamnèse médicale.

Les D3 sont les plus axés sur la biologie des maladies infectieuses transmissibles. Ils aimeraient être aptes à discuter de la charge virale des pathologies concernées dans le but de gérer le risque infectieux pour le bien du patient.

Enfin, les T1 ont réalisé qu'ils aimeraient des rappels à propos de ces pathologies et leurs risques de transmission. Vers la fin des études de chirurgie dentaire, les étudiants souhaiteraient plus de notions de psychologie et d'éthique pour mieux cerner les patients et apprendre à créer une relation de confiance avec eux.

Ce classement n'est pas à interpréter de manière stricte. Il nous permet cependant de voir que **les étudiants les plus jeunes en clinique désirent avoir plus de connaissances techniques et pratiques tandis que les plus expérimentés aimeraient développer leurs notions humaines et morales et ne souhaitent pas rester sur leurs acquis.**

5. Discussions

Tout d'abord, l'enquête a mis en valeur le stress ressenti par les étudiants lorsqu'ils réalisent un soin chez un patient. Les réponses permettent d'affirmer que le stress éprouvé est plutôt modéré au cours de la prise en charge d'un PAMIT. Néanmoins, ce stress est deux fois plus élevé en moyenne que lorsque le patient est sain ou qu'il ne communique pas sa sérologie (le stress passe de 3,3 à 6/10).

L'enquête révèle que plus de 90% des cliniciens ressentent autant, voire plus, d'empathie pour les PAMIT que pour les autres. Dans le même sens, ils sont plus de 70% à discuter avec ces patients comme avec les patients sains. Nous comprenons bien que les étudiants font des efforts pour ne pas stigmatiser ces patients à risque et créent un réel échange comme ils le feraient si le patient se disait sain. En général, les étudiants réussissent donc à gérer et canaliser leur stress grâce à un apprentissage tout au long du cursus. Néanmoins, il serait intéressant de réussir à diminuer ce stress face aux PAMIT.

Malgré de bons points, les cliniciens sont plus de la moitié à ressentir une gêne lors de la réalisation du questionnaire médical, au moment de demander au patient s'il est atteint d'une maladie infectieuse transmissible. Malgré les efforts entrepris, ils ne sont pas à l'aise avec ces pathologies. De plus, malheureusement, ils sont plus de 63% à déclarer avoir moins envie de suivre ces patients sur le long terme à la clinique dentaire de Strasbourg. Cette information est dommageable, car nous avons appris que le suivi de ces patients est extrêmement important. Nous pouvons alors nous demander si ce manque d'envie de suivi est lié à la mise en place de dispositifs médicaux supplémentaires lors de la prise en charge d'un PAMIT au Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires de Strasbourg. En effet, les étudiants revêtent des gants et une casaque stérile, utilisent une aspiration chirurgicale externe en chirurgie et doivent se faire assister autant que possible. Cette mise en place rend le soin nécessairement plus contraignant et peut diminuer l'envie de suivi des étudiants. De plus, l'étudiant, et *a fortiori* son patient, ont des signes distinctifs perceptibles des autres tandems patient-praticien au sein du Pôle.

Il a été montré précédemment que le simple respect des précautions standard était suffisant à la prise en charge de tout patient. Ces précautions ont justement été établies pour protéger tout professionnel de santé, dans le doute de l'état de santé de son patient qui pourrait ne pas révéler certaines informations. Nous pouvons alors nous poser la question de l'intérêt de renforcer ces précautions au centre de soin. De plus, la mise en place de ces dispositifs supplémentaires attire l'attention des autres étudiants et des autres patients et pourrait éventuellement mettre en danger le respect du secret médical.

Le risque de transmission, même s'il est très faible, n'est certes pas à minimiser compte tenu de la gravité des pathologies susceptibles d'être transmises. Toutefois, il

convient de ne pas s'en affoler au risque de majorer la survenue d'accidents d'exposition au sang liés au stress ressenti lors de la prise en charge des PAMIT. **La difficulté du maintien de ces équipements supplémentaires réside dans l'évaluation qui est accordée aux risques liés à ces pathologies. Il apparaît donc opportun et légitime de se poser la question de leur maintien.**

Les cours magistraux concernant les généralités sur ces maladies infectieuses transmissibles ont lieu au premier semestre de la troisième année du cursus de chirurgie dentaire et toutes les informations concernant la transmission ne s'y trouvent pas avec précision. La connaissance de ces informations relèverait donc de la culture générale d'autant plus qu'aucun rappel de ces enseignements n'est délivré lorsque les cliniciens commencent à travailler dans le pôle de soin. On rappelle que ces cours sont toutefois censés être sus et que les étudiants peuvent les retravailler s'ils se sentent hésitants sur certains points. Néanmoins, les cours magistraux concernant les comorbidités et notamment les co-infections de ces pathologies infectieuses transmissibles ont lieu au cours de la cinquième année et semblent laisser plus de souvenirs aux étudiants. D'après l'enquête, les étudiants aimeraient remédier à ces lacunes avant de quitter la faculté.

Nous pourrions nous demander si l'absence de cours à propos de la prise en charge des PAMIT relève encore du tabou ou laisse supposer que, justement, rien n'est à modifier dans notre comportement. Si tel est le cas, alors pourquoi ajouter des dispositifs médicaux supplémentaires lors de leur prise en charge au centre de soin ?

La gêne ressentie par les étudiants au cours de l'anamnèse médicale et, par la suite au moment de discuter de la pathologie, pourrait être réduite si le sujet était abordé plus fréquemment tout au long du cursus.

Les patients sont de plus en plus sensibles aux qualités humaines et au savoir-être de leur praticien. Dans le même sens, les étudiants désirent être plus ouverts et souhaitent avoir plus de notions en éthique et en psychologie. **C'est la preuve que les patients et praticiens ne désirent plus avoir une simple relation technique soignant-soigné mais qu'ils veulent créer un vrai lien et former une équipe de soin.**

6. *Stratégies pédagogiques*

De nos jours, le VIH s'apparente à une maladie chronique et la mortalité, qui y est liée, continue de diminuer. Le rôle que joue la santé bucco-dentaire dans le traitement du VIH est clair : une bonne hygiène est importante pour éviter les co-morbidités, maintenir la qualité de vie et maintenir une bonne nutrition, clefs du maintien de la santé générale du patient (55).

a. POUR LES ETUDIANTS

En plus de nos résultats viennent s'ajouter ceux d'une étude réalisée en 2006 (55). Celle-ci a été réalisée sur 127 patients afro-américains séropositifs dans le but d'étudier la discrimination qu'ils peuvent subir au quotidien et l'incidence que cela a sur leur accès aux soins (55). Tout d'abord, ce sont 18% des patients qui n'ont pas dévoilé leur statut sérologique à leur chirurgien-dentiste. Ensuite, 8% des participants n'ont pas confiance en leur praticien en ce qui concerne leur vie privée et le respect du secret médical (55). Concernant les étudiants, ils sont 76% à penser que les chirurgiens-dentistes ont comme devoir de traiter les patients séropositifs, mais seulement 62% disent qu'ils sont prêts à le faire (55).

La situation est ambivalente : les praticiens et les étudiants savent qu'il est de leur devoir de traiter tous les patients sans exception, mais ils ne se sentent pas prêts à le faire. La décision des chirurgiens-dentistes de ne pas prendre en charge ces patients est liée à la notion d'autonomie professionnelle et peut être compliquée par une perception exagérée des risques de transmission (55). Encore une fois, d'autres études ont montré que la connaissance de cette pathologie était liée au fait de se sentir prêt à prendre en charge les PAMIT. **Il semble donc indispensable de promouvoir la connaissance et l'expérience comme un moyen pour engendrer des attitudes plus positives envers les PAMIT et améliorer leur accès aux soins.**

Nous avons vu précédemment que les attitudes négatives comme le stress, la distance ou la stigmatisation étaient corrélées à la méconnaissance de ces pathologies infectieuses. **Une première solution pour améliorer ces comportements serait d'effectuer des rappels plus fréquents concernant ces maladies. Ces rappels**

pourraient concerner la biologie et la physiologie de ces pathologies infectieuses mais également leurs moyens de transmission ainsi que les risques liés.

Dans le même sens, des travaux pratiques ou dirigés pourraient être instaurés pour approfondir des notions d'éthique et de psychologie, mais ce avant d'entrer en dernière année. Il serait également envisageable de réaliser des séances de jeux de rôle avec les étudiants. Au cours de ces sessions, un étudiant jouerait un PAMIT et un autre le soignant, voire l'assistante ou la secrétaire. Cela permettrait aux étudiants de mieux maîtriser et d'appréhender le vocabulaire adapté à la situation.

Si l'opportunité de maintenir la mise en place de dispositifs médicaux supplémentaires lors de la prise en charge des PAMIT est validée, il serait intéressant de réaliser des travaux pratiques en fin de troisième ou début de quatrième année. Les étudiants apprendraient à respecter l'asepsie dans de telles conditions et acquerraient des repères pour faire face à une première situation en clinique. Si, à l'avenir, ces DM supplémentaires viennent à disparaître pour la prise en charge des PAMIT, cet apprentissage restera utile pour les séances de chirurgie et d'implantologie.

« La non-discrimination en pratique dentaire repose essentiellement sur la responsabilité individuelle du praticien. Le Droit médical et le Code de déontologie dentaire édictent les droits et devoirs qui règlent l'harmonie entre patient et praticien. Au-delà du coercitif, cela passe par la pédagogie, par l'éducation dans ces domaines lors du cursus » (56). La réforme des études odontologiques qui se met progressivement en place va en ce sens avec « une augmentation importante des heures d'enseignement dans les trois domaines du droit médical, de la déontologie et de l'éthique » (56). Si cette réforme est prévue, cela signifie que la demande des étudiants, mise en lumière à l'aide de l'enquête réalisée pour ce travail, n'est pas nouvelle.

Du côté des patients, l'étude américaine de 2006 (55) révèle que la gestion de la confidentialité des informations les concernant n'est pas optimale et que de ce fait, le secret médical est remis en cause au sein des structures publiques. Les patients voient la confidentialité comme une marque de respect. Dans le groupe étudié, par exemple,

l'attente la plus fréquemment exprimée par les personnes vivant avec le VIH est d'être « traité comme un être humain » (55). « Les recherches suggèrent que l'attitude des étudiants pourrait être améliorée en fournissant plus d'expériences et d'informations et que les procédures mises en place aux centres de soin devraient être surveillées en continu pour s'assurer que la confidentialité des patients est préservée » (55). Le même respect doit être accordé aux PAMIT et aux patients sains.

« Les écoles et facultés dentaires vont augmenter l'éthique dans le cursus » (55). **« Clairement, il y a un besoin précis de promouvoir l'instruction et l'expérience auprès des étudiants en chirurgie dentaire au-delà du contexte général des obligations éthiques » (55).** Il semble important que les étudiants comprennent l'influence que génère la stigmatisation sur l'accès aux soins de ces patients.

Plusieurs idées pouvant servir de stratégies pédagogiques ont été énumérées dans l'étude américaine de 2006 et ne semblent pas hors de notre portée :

- inviter des patients séropositifs à discuter avec les étudiants à propos de leurs perspectives et ressentis en tant que patient ;
- demander à la faculté un modèle sur la façon appropriée d'interagir avec les patients ;
- effectuer périodiquement des entraînements dans les services pour vérifier que le respect du secret médical est conservé ;
- évaluer la capacité des étudiants à respecter le secret médical ;
- mettre en place des jeux de rôle pour permettre aux étudiants d'appliquer ce qu'ils ont appris sur le terrain et d'acquérir de l'expérience ;
- examiner la manière dont fonctionne le centre de soin de la perspective des patients pour vérifier si la confidentialité est compromise ;
- évaluer la façon dont l'équipe soignante se comporte avec les patients en dehors des zones de soins dans le but de vérifier si la confidentialité est respectée (cela a été beaucoup rapporté par les patients) ;
- continuellement être ouvert à résoudre les problèmes qui se présentent. (55)

b. POUR LES PRATICIENS

De nos jours, le challenge le plus important des professionnels de la santé bucco-dentaire est de continuer à donner la priorité au bien-être du patient et de construire une relation praticien-patient éthiquement correcte dans la prise de décision avec le patient, et, en même temps, de maintenir une entreprise dynamique (56).

« De nombreux moyens pédagogiques sont mis à disposition des praticiens (cours, séminaires, audit, coaching) au sein des cabinets de conseil en management et en organisation de cabinets dentaires » (52). Il serait intéressant d'organiser des séminaires réels ou virtuels pour échanger sur ce sujet et de pouvoir poser ses questions sans appréhension et comparer la manière dont les patients sont pris en charge dans d'autres cabinets. A la fin de ces réunions, il serait bon de rappeler aux praticiens les risques de transmission, mais également les symptômes engendrés par une baisse de l'immunité dans le but de dépister précocement certains patients. De plus, il serait important de rappeler aux chirurgiens-dentistes les pathologies le plus souvent associées aux maladies infectieuses transmissibles pour adapter les examens cliniques et les soins chez les PAMIT. Pourquoi ne pas créer une plaquette annuelle récapitulative de toutes ces informations de base qui serait distribuée aux cabinets privés ? La formation continue des praticiens sur ces pathologies serait améliorée et cela renforcerait les attitudes positives et bienveillantes envers les PAMIT.

7. Elargissement

Qu'en est-il de la pratique clinique d'un praticien infecté par le VIH ?

« Le chirurgien, en dehors de l'aléa thérapeutique, a pour vocation de soigner et non de faire prendre des risques au patient » (56). Pour le moment, en France comme aux Etats-Unis, « les autorités de tutelle n'exigent pas l'arrêt de l'exercice aux chirurgiens-dentistes séropositifs au VIH ou au VHC » (56). Il paraît certain qu'un praticien atteint mettra en œuvre tous les moyens possibles de protection, sera attentif aux risques de transmission et suivra les règles de bonnes pratiques. De ce fait, c'est au praticien de prendre la décision d'arrêter ou de continuer son exercice (ou de réduire une activité axée vers la chirurgie). Une condition est fondamentale pour

continuer à pratiquer, c'est que le chirurgien-dentiste soit traité et que « sa charge virale soit indétectable (inférieure à 50 copies) et ce, de façon prolongée » (56).

Cette réflexion peut nous amener à penser aux confrères dont l'activité est surtout chirurgicale. Ne serait-il pas logique de leur faire réaliser des tests de sérologie vis-à-vis du VIH et du VHC dans leur intérêt ainsi que celui de leurs patients ?

Nous pouvons raisonnablement nous demander si le statut sérologique des chirurgiens-dentistes a une importance pour les patients, mais « comme le risque de transmission est très faible, beaucoup de personnes, dont des professionnels de santé, pensent qu'il est irrationnel pour les patients de connaître cette information et qu'il ne serait pas nécessaire que le praticien discute de son statut sérologique » (5).

Conclusion

« Il est aujourd'hui admis que dans un couple stable séro-différent, l'usage du préservatif peut être abandonné si la charge virale est contrôlée sous traitement depuis au moins 6 mois, l'observance du traitement optimale et en l'absence d'IST » (49). L'importance n'est pas la séropositivité mais la charge virale des patients atteints de maladies infectieuses transmissibles. La connaître et la maîtriser pourrait nous permettre d'adapter notre prise en charge dans un sens positif, c'est-à-dire en voyant plus souvent les patients dont la charge virale est inquiétante (et non l'inverse) et en considérant les autres comme des patients stables.

Nous sommes censés traiter tous nos patients avec la même considération en mettant en place les précautions standard, universelles. Connaître la sérologie de nos patients n'est pas indispensable pour les soigner, mais connaître l'état de santé du patient est important pour une prise en charge optimale. En effet, cela permet d'orienter certains diagnostics différentiels, de mettre en place un suivi plus rigoureux, etc.

Le patient a le choix de ne pas nous révéler sa sérologie. Il est évident que si le praticien la connaît et qu'il ne discrimine en aucun point son patient, ce dernier sera mieux encadré et mieux suivi, mais cela reste le choix du patient. De plus, « l'inquiétude est parfois génératrice de mouvements mal contrôlés » (56). Une étude américaine réalisée en Floride a été entreprise auprès d'un chirurgien qui souhaitait connaître la sérologie de ses patients. Cette étude a compris 400 patients dont la moitié étaient séropositifs. Au final, « les AES furent plus nombreux avec les patients séropositifs » (56).

Ce travail de thèse permet de répondre à notre interrogation de départ. La relation entre le praticien et son patient se voit modifiée lorsque le patient révèle être atteint d'une maladie infectieuse transmissible.

Les étudiants sont souvent pleins de bonne volonté mais celle-ci s'estompe parfois au cours de leur pratique en cabinet privé. Plusieurs solutions pourraient être mises en place pour tenter de diminuer la stigmatisation des patients atteints de maladies infectieuses transmissibles.

De plus, au vu du nombre de patients ignorant leur statut sérologique, pourquoi discriminer ceux qui le connaissent alors qu'ils sont suivis et que de ce fait leur charge virale est contrôlée ? L'objectif devrait être de renforcer la prévention et de motiver la population à effectuer des dépistages réguliers pour diminuer le nombre de patients atteints de maladies infectieuses transmissibles ignorant leur statut, et de ce fait de diminuer les risques de transmission pour leur entourage. Le rôle des chirurgiens-dentistes serait donc de mieux connaître les signes et symptômes des maladies infectieuses transmissibles afin d'encourager les patients à se faire dépister et à se faire prendre en charge.

Enfin, n'oublions pas que le praticien est évalué et jugé par ses patients. La relation est donc primordiale. Comme les étudiants souhaitent se perfectionner dans ce domaine, les enseignements, tout en continuant à s'appuyer sur l'apprentissage de la technicité, ne devraient-ils pas aussi développer l'éthique ?

Références bibliographiques

1. Code de la Santé Publique. Article R4127-211. [En ligne]. <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-r4127-211>. Consulté le 26 novembre 2015.
2. P Pirnay. Ethique en médecine bucco-dentaire. Espace ID. 2012.
3. ADF. Fiches pratiques : La Relation Praticien-Patient. 2011. [En ligne]. <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/la-relation-praticien-patient>. Consulté le 26 novembre 2015.
4. UFSBD. La relation praticien-patient. [En ligne]. <http://www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-vision-de-la-sante-une-profession-en-mouvement/la-relation-patientpraticien/>. Consulté le 26 novembre 2015.
5. J Rule, R Veatch. Ethical questions in dentistry. Quintessence books, 1993.
6. HAS. Guide - Affection de Longue Durée - Tuberculose Active. 2007. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-029_tuberculose-guide_edite_sans_lap.pdf. Consulté le 06 juillet 2016.
7. Santé et Services Sociaux Québec. Tuberculose - Symptomes et Transmission. 2016. [En ligne]. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/tuberculose/index.php?Symptomes_et_transmission. Consulté le 06 juillet 2016.
8. Sida Info Service. Quels sont les modes de transmission du VIH ? 2015. [En ligne]. <https://www.sida-info-service.org/?Generalites-sur-la-transmission-du>. Consulté le 22 novembre 2015.
9. InVS. Hépatites virales - Généralités. 2014. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatites-virales-Generalites/Modes-de-transmission-des-virus-des-hepatites-differents-selon-les-virus>. Consulté le 22 novembre 2015.
10. Le Nouvel Observateur. 2013, 2555.
11. CNSD. Les Chirurgiens-Dentistes en chiffres. 2016. [En ligne]. <http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>. Consulté le 07 juillet 2016.

12. M Schulte. Dentophobie. 2010-2013. [En ligne].
<http://www.dentophobie.ch/francais/download/dentophobie.pdf>. Consulté le 9 novembre 2015.
13. J Weinmann. La peur du dentiste. [En ligne].
<https://www.peurdudentiste.ch/phobie-dentiste/peur-dentistes/symptomes-angoisses/>. Consulté le 9 novembre 2015.
14. Dr A Amzalag, R Cochet. Les nouveaux codes de la relation dentiste-patient. L'information Dentaire. 2011.
15. RJ Gatcher. The prevalence of dental fear and avoidance : expanded adults and adolescents surveys. J Am ent Assoc. 1989 p. 591-593.
16. MEA Stouthard, J Hoogstrate. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. Community Oral Dent Epidemiol. 1990. vol 18, p.139-142.
17. DW Mc Neil, ML Berryman. Components of dental fear in adults ?. Behav Res The. 1989. vol 27, p. 233-236.
18. IPOF. Le classement des métiers préférés des Français. 2011. [En ligne].
http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=1396. Consulté le 07 juillet 2016.
19. Code de Déontologie Médicale. Article R.4127-4. [En ligne].
<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>. Consulté le 26 novembre 2015.
20. SFODF. Les relations du patient avec le praticien. [En ligne].
<https://www.sfodf.org/Les-relations-du-patient-avec-le>. Consulté le 26 novembre 2015.
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 36 - Consentement du patient. 2012. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>. Consulté le 26 novembre 2015.
22. A Sbaraini, S Mc Carter, R Wendell Evans and A Blinkhorn. Experiences of dental care : What do patients value ? 2012. [En ligne].
https://www.researchgate.net/publication/228060978_Experiences_of_dental_care_What_do_patients_value. Consulté le 9 novembre 2015.
23. AIDES. Les Hépatites en chiffres. 2014. [En ligne]. <http://www.aides.org/info-sante/chiffres-hepatites>. Consulté le 22 novembre 2015.
24. ANRS et AFEF. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. 2014. [En ligne]. <http://social->

- sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf.
Consulté le 7 décembre 2015.
25. AIDES. Le VIH/SIDA en chiffres. 2011. [En ligne]. <http://www.aides.org/info-sante/chiffres-vih-sida>. Consulté le 22 novembre 2015.
 26. CCLIN Sud-Est. Conduite à tenir autour d'un cas de tuberculose en établissement de santé. 2010. [En ligne]. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Signalement/CAT/tuberculose_oct2010.pdf. Consulté le 06 juillet 2016.
 27. InVS. L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013. 2015. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html. Consulté le 06 juillet 2016.
 28. CRIPS. Infection à VIH et discriminations, dossier de synthèse documentaire et bibliographique. 2007. [En ligne]. <http://paca.lecrips.net/spip.php?article77>. Consulté le 22 novembre 2015.
 29. SERONET. VIH : victime de "discrimination dentaire". 2011. [En ligne]. <http://www.seronet.info/article/vih-victime-de-discrimination-dentaire-41524>. Consulté le 9 novembre 2015.
 30. Refus de soins aux séropositifs : rappel à l'ordre. L'Information Dentaire. 2015, 24.
 31. Bioethique Online. Dévoiler ou non son statut VIH à son professionnel de la santé ? Un dilemme important. 2013. [En ligne]. <http://bioethiqueonline.ca/2/8>. Consulté le 9 novembre 2015.
 32. Ministère de la Justice. Code Pénal. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418508&dateTexte=20091207>. Consulté le 10 juillet 2016.
 33. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DGS/DH n°98-249. 1998. [En ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf. Consulté le 10 juillet 2016.
 34. ADF. Grille technique d'évaluation - Pour la prévention des infections liées aux soins. 2012. [En ligne]. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/adf/2012_odontologie_ADF.pdf. Consulté le 5 juillet 2016.

35. ONCD. Sécurisez votre exercice- déchets. 2012. [En ligne]. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens.../securisez-votre-exercice/dechets.html>. Consulté le 5 juillet 2016.
36. Code de la Santé Publique. Section 1 : déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés. Article R-1335-1. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006910436&dateTexte=&categorieLien=cid>. Consulté le 5 juillet 2016.
37. A David. Ethics, Empathy, and the Educations od dentist. Journal of dental education. 2010. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20516296>. Consulté le 5 novembre 2015.
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le secret médical. 2012. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-secret-medical-1217>. Consulté le 5 juillet 2016.
39. Droit-Finances. La violation du secret professionnel. 2015. [En ligne]. Droit-Finances. La violation du secret professionnel. 2015. Consulté le 10 juillet 2016.
40. X Tribonnière. AES risque d'exposition au VIH, VHC et/ou VHB. 2005. [En ligne]. http://www.infectio-lille.com/Fichiers_infectio-lille/vih/11h25_AES_XDLT.pdf. Consulté le 7 décembre 2015.
41. D Abiteboul. AES et VHB. 2007. [En ligne]. http://www.anmtp.fr/_documents/07161007.pdf. Consulté le 10 décembre 2015.
42. GERES. Epidémiologie du risque lié aux AES. [En ligne]. <http://www.geres.org/docpdf/MaContaProf4.pdf>. Consulté le 10 décembre 2015.
43. AIDES. Testing : ces praticiens qui ont une dent contre les séropo ! 2015. [En ligne]. <http://www.aides.org/actu/testing-ces-praticiens-qui-ont-une-dent-contre-les-seropos-2966>. Consulté le 22 novembre 2015.
44. J Seacat, M Litt and A Daniels. Critical Issues in Dental Education : Dental Students Treating Patients Linving with HIV/AIDS. 2009. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19339430>. Consulté le 9 novembre 2015.

45. B Corsino, D Psy, E Donald and Jr Patthof. The Ethical and Pratical Aspects of Acceptance and Universal Patient Acceptance. Journal of Education. 2006. [En ligne]. <http://www.jdentaled.org/content/70/11/1198.long>. Consulté le 10 novembre 2015.
46. Code de la Santé Publique - Devoirs des Chirurgiens-Dentistes envers les malades. Article R 4127 - 232 [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196414&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090909>. Consulté le 26 novembre 2015.
47. M Coogan, J Greenspan and Challacombe. Lésions buccales liées aux infections par le virus de l'immunodéficience humaine. [En ligne]. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/coogan0905abstract/fr/>. Consulté le 15 juillet 2016.
48. S Chemlali, J Kissa, N Khilil, A Chakib. Manifestations parodontales du VIH. Le courrier du Dentiste. 2012. [En ligne]. <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/manifestations-parodontales-du-vih.html>. Consulté le 15 juillet 2016.
49. CCLIN Sud-Est. Infection par le VIH : Evolutions dans le domaine de la prévention et de la prise en charge. [En ligne]. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Antennes/LR/Documents&outils/vih_dentistes.pdf. Consulté le 15 juillet 2016.
50. Université Médicale Virtuelle Francophone. Thrombopénie. 2010-2011. [En ligne]. http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MIB/Referentiel_national_Hemato/335.pdf. Consulté le 16 juillet 2016.
51. Inserm. La thérapie anti-VIH augmente le risque d'ostéoporose. 2013. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/la-therapie-anti-vih-augmente-le-risque-d-osteoporose>. Consulté le 16 juillet 2016.
52. R Cochet. Comment le patient choisit son dentiste : raison et sentiments. Le Fil Dentaire. 2015, 107.
53. F Renouard. Pourquoi le stress ? L'information Dentaire. 2015, 41/42.
54. InVS. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. 2009. [En ligne]. <http://www.corevih->

idfnord.fr/wp-

content/uploads/2011/02/10_2009.12.31_INVS_rapport_vihvhcvhb_personnel_sante.pdf. Consulté le 10 décembre 2015.

55. E Rohn, A Sankar, D Hoelscher, M Luborsky and M Parise. How do Social-Psychological Concerns impede the delivery of care to people with HIV ? Issues for Dental Education. American Dental Education Association. 2006. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213128/>. Consulté le 9 novembre 2015.
56. Professionalism : Challenges for Dentistry in the Future. Journal of Forensic Odonto-Stomatology. 2012. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23221268>. Consulté le 4 novembre 2015.

Annexes

Enquête auprès des étudiants cliniciens de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg.

* Obligatoire

1. Quel est votre âge ? *

.....

2. Quel est votre sexe ? * Une seule réponse possible.

- F
 M

3. En quelle année êtes-vous ? * Une seule réponse possible.

- DFSAO 1 (D2)
 DFSAO 2 (D3)
 T1

4. Évaluez votre degré de stress sur l'échelle, lorsque vous effectuez un soin chez un patient sain. *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucun stress	<input type="radio"/>	Stress maximum										

5. Au cours du questionnaire médical, osez-vous clairement demander si le patient est atteint d'une hépatite ou du VIH, ou ressentez-vous une gêne à poser cette question ? * Une seule réponse possible.

- Je ressens une gêne, je le formule avec d'autres mots.
- Je ressens une gêne mais je pose la question clairement.
- Je ne ressens pas de gêne.

6. Évaluez votre degré de stress lorsque vous découvrez (lors de la réalisation du questionnaire médical) que votre patient est atteint d'une maladie infectieuse transmissible. *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucun stress	<input type="radio"/>	Stress maximum										

7. Avez-vous déjà pris en charge un patient atteint d'une des maladies infectieuses transmissibles suivantes ? * Une seule réponse possible par ligne.

	<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<u>VIH</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>VHC</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>VHB</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Tuberculose</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Évaluez votre degré de stress lors de la réalisation d'un soin chez un patient porteur d'une maladie infectieuse transmissible. * Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucun stress	<input type="radio"/>	Stress maximum										

9. a. Avez-vous toujours reçu les dispositifs médicaux adaptés lorsque vous avez signalé que votre patient était porteur d'une maladie infectieuse transmissible ? (Par exemple : gants stériles, surblouse, aspiration chirurgicale, etc) * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. b. Si vous avez répondu non à la question 9. a., avez-vous réalisé le soin ? Une seule réponse possible.

- Non
- Oui mais j'étais plus stressé
- Oui et je n'étais pas spécialement stressé

9. c. Lorsque vous disposez des dispositifs médicaux, votre stress est-il diminué au point d'en oublier la maladie ? Une seule réponse possible.

- Oui
- Non mais je suis à l'aise
- Non, je suis toujours autant stressé(e)
- Je ne me sens jamais stressé

10. Discutez-vous autant avec un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible qu'avec un patient sain ? * Une seule réponse possible.

- Oui, je ne fais pas de différence.
- Non, je suis plus concentré(e) sur mes gestes que d'habitude.
- Je ne discute jamais.

11. Ressentez-vous plus ou moins d'empathie pour un patient porteur d'une maladie infectieuse transmissible ? * Une seule réponse possible.

- Je ressens moins d'empathie.
- Je ressens plus d'empathie.
- Je ne ressens pas de différence par rapport à un patient sain.

12. Avez-vous moins envie de suivre un patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible qu'un patient sain à cause des "contraintes" supplémentaires engendrées par la prise en charge ? *

Exemple : nécessité de dispositifs médicaux particuliers : gants, surblouse, aspiration chirurgicale...

Une seule réponse possible.

- J'ai effectivement moins envie de le suivre
- Ca ne change rien pour moi, j'ai autant envie de le suivre qu'un patient sain.
- Je n'ai jamais envie de suivre mes patients.

13. Lorsque vous êtes plus stressé ou anxieux que d'habitude, pensez-vous que cela a un impact sur la qualité de vos soins ? * Une seule réponse possible.

- Oui, un impact positif
- Oui, un impact négatif
- Non

14. a. Avez-vous déjà été victime d'un Accident d'Exposition au Sang (AES) ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. b. Si vous avez répondu oui à la question 14. a. : est-il arrivé au cours d'un soin pendant lequel vous étiez plus stressé que d'habitude ? Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. Etes-vous autant concentré sur votre soin lorsque votre patient est porteur d'une maladie infectieuse transmissible ? Ou est-ce que votre attention est plus portée sur votre propre sécurité et le respect de la chaîne d'asepsie ? * Une seule réponse possible.

- Ma concentration est la même qu'importe la situation.
 Ma concentration est différente, je suis plus centré(e) sur mes gestes et ma sécurité et sur le respect de la chaîne d'asepsie.

16. Évaluez votre formation reçue en hygiène et sécurité des soins quant aux mesures à prendre concernant la prise en charge d'un patient porteur d'une maladie infectieuse transmissible *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absence de formation	<input type="radio"/>	Formation suffisante et complète										

17. Évaluez votre formation reçue en éthique quant aux mesures à prendre concernant la prise en charge d'un patient porteur d'une maladie infectieuse transmissible * Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absence de formation	<input type="radio"/>	Formation suffisante et complète										

18. a. Souhaiteriez-vous plus de formation dans le but d'apprendre à mieux prendre en charge les patients à risque ? * Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. b. Si vous avez répondu oui à la question précédente, sur quel point la formation fait-elle défaut ? *

Si vous avez répondu non à la question 18. a. : écrivez "0" dans la case texte.

.....
.....

19. Connaissez-vous le risque de transmission du VIH en cas d'AES ? *

En cas d'accident percutané.

Une seule réponse possible.

- Il est d'environ 0,3%
 Il est d'environ 1%
 Il est d'environ 3%
 Il est d'environ 30%
 Je n'en ai aucune idée

20. Connaissez-vous le risque de transmission du virus de l'hépatite C en cas d'AES ? *

En cas d'accident percutané.

Une seule réponse possible.

- Il est compris entre 0-1%
- Il est compris entre 3-5%
- Il est compris entre 9-15%
- Il est compris entre 25-35%
- Je n'en ai aucune idée.

21. Connaissez-vous le risque de transmission du virus de l'hépatite B en cas d'AES ? *

En cas d'accident percutané.

Une seule réponse possible.

- Il est compris entre 0-1%
- Il est compris entre 3-5%
- Il est compris entre 9-15%
- Il est compris entre 25-35%
- Je n'en ai aucune idée.

Fourni par Google Forms.

Lien :

<https://docs.google.com/forms/d/1fpoz62HUUWAZ3AkwxvJgXb8klcdmOYkMPDu-iVZVXlw/prefill>