



Pr S. HENNEBICQ



Pascal BOUVIER



Pr JE. BAZIN



Pr F. CHAPUIS – Pr JF GUERIN
Mme F. DOIRET



Pr P. VASSAL

Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé
« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

Année Universitaire 2023 - 2024

EQUITE EN SANTE ET HANDICAP

A propos des soins dentaires sous anesthésie générale pour les personnes en situation de handicap

Dr Laurent VALLET

Mémoire soutenu le 5 septembre 2024

Tuteurs :

Tuteur Académique : Dr Jean-Etienne BAZIN- Clermont-Ferrand

Tuteur Professionnel : Monsieur Michel FAURE - Montbrison

« Autrui – quel qu’il soit – est mon prochain »

Jérôme Goffette : NOUS, *Manifeste d’un nouvel Humanisme*

« Le progrès ne vaut que s’il est partagé par tous »

Aristote

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Proverbe africain

« Il y a 3 écoles irréductibles en économie sociale : celle où l’on considère l’homme comme une chose, celle où on le considère comme une bête et celle où on le considère comme un frère »

René De La Tour Du Pin

REMERCIEMENTS

à Martine qui m'a ouvert la porte de cet autre monde à la fois étonnant et proche J'aimerais partager ta conception claire de la dignité et de l'équité

à mes patients différents et pourtant semblables. Vous interrogez mon humanité, ma capacité d'étonnement, mon engagement, ma patience, mon courage, mon respect d'autrui et de moi-même.

à l'association SOSS (<https://www.soss.fr>) et à ses membres. Votre volonté, votre énergie, mais aussi vos doutes, m'ont sorti de ma routine bien-pensante. Je vous offre ce mémoire, espérant qu'il contribue à notre action.

à Jean Etienne et Michel, les tuteurs chargés de redresser ma pensée tortueuse. J'ai pu voir en vous que la rigueur n'exclue pas l'originalité

à Denise, Christian, Arianne, Sonia . Merci de vos réponses spontanées et bienveillantes à mes sollicitations. Vous avez amicalement et efficacement t contribué à l'avancée et à l'aboutissement de ce travail

à Edgard, Claire, Caroline, Laure Elie, Bérangère, Manon, Laurène, Irène, Yannick, Marie-Claire, Véronique, Marc, Sophie. Les enthousiasmes et les doutes partagés, la richesse et la chaleur des échanges nous aurons rapprochés, j'espère, durablement

A mes parents et à mes sœurs. Merci pour votre relecture attentive. Me retrouvez-vous dans ce mémoire ? Me voyez-vous changé ?

A Caroline, perpétuel aiguillon de mon esprit, de ma conscience et de mon cœur. Merci pour ton aide dans ce travail. Je me suis rapidement engagé, j'ai travaillé et souvent erré, je t'ai heurtée, trop peu écoutée, pourtant considérée. Je te remercie à la fois de ton exigence souvent manifestée, et de la distance que tu as su respecter.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

1.1. Handicap

- 1.1.1. Définitions :
- 1.1.2. Accès aux soins
- 1.1.3. Consentement
- 1.1.4. Contention
- 1.1.5. Place de l'accompagnant/communication

1.2. Santé publique

- 1.2.1. Définitions :
- 1.2.2. Objectifs
- 1.2.3. Evaluation des besoins de santé
- 1.2.4. Réponse aux besoins et priorisation

1.3. Santé buccodentaire, santé globale

1.4. Soins spécifiques en odontologie

- 1.4.1. Définitions
- 1.4.2. Parcours de soins en odontologie
- 1.4.3. Non réponse aux besoins

1.5. Les indications de l'anesthésie générale en odontologie

- 1.5.1. Alternatives
- 1.5.2. Indications liées au patient
- 1.5.3. Indications liées à l'intervention

1.6. Contreindications

1.7. Problématique

2. LES PRINCIPES

2.1. Principes en jeux

2.2. Équité

2.3. Respect de l'autonomie

2.4. Bienfaisance, non malfaisance

2.5. Dignité

2.6. Compromis

2.7. Discernement

3. ETUDE, METHODOLOGIE

- 3.1. Objectifs**
- 3.2. Choix de l'outil de l'enquête**
- 3.3. Elaborations du questionnaire**
- 3.4. Limites**
- 3.5. Analyse bibliographique**
- 3.6. Résultats**

4. ANALYSE des RESULTATS

5. INTERPRETATION

- 5.1. Freins liés au patient**
- 5.2. Freins liés aux soignants**
- 5.3. Freins liés aux institutions, à la société**

6. PERSPECTIVES et CONCLUSION

7. BIBLIOGRAPHIE

8. ANNEXES

- 8.1. Résultats**
- 8.2. Lien vers données brutes**
- 8.3. Grille APECS**

INTRODUCTION

L'article premier de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen affirme l'égalité des droits de chacun. Son adoption par les Nations Unies en 1948, qui en fait la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, complète et précise : *« toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »* (1). Elle énonce aussi que la dignité de l'humain tient à son humanité même ; La dignité fait de chaque être un de nos semblables. Pourtant, en 2005, la loi française a jugé nécessaire de préciser que l'égalité des droits et des chances inclut le patient handicapé (2)

Enfant de l'humanisme des Lumières, la France tente d'élever son degré de civilisation en affirmant son souci de la prise en charge des plus vulnérables. Les objectifs énoncés par le Haut Conseil de Santé publique pour 2023-2033 (3) visant à réduire les inégalités d'accès aux soins, à la fois géographiques et sociales nous permettront-ils, en période de réduction des coûts de la santé, d'améliorer la qualité de notre système de santé et de reprendre notre rang aux yeux de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) ?

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, depuis 2005, de nombreuses améliorations ont vu le jour : Parcours personnalisés, réseaux de soins, handi-consult, handi-dents, prise en charge hospitalière, sédation, spécialité de médecine bucco-dentaire, valorisation financière liée au handicap. Cependant dans les faits, la réponse apportée aux besoins médicaux des patients porteurs de handicap reste sans doute insuffisante ainsi que le révèlent les organismes d'évaluation (4).

La loi de 2005 (2) met l'accent sur la nécessité d'adapter l'environnement aux aptitudes de la personne en situation de handicap afin d'instaurer une équité de devenir. Autant la notion d'accessibilité est bien comprise pour le handicap physique, autant l'adaptation est plus difficile à trouver pour le handicap mental, cognitif ou psychique. L'anesthésie générale est un recours parfois indispensable pour assurer au patient en situation de handicap un traitement qui lui assure santé et bien-être équivalent à celui de la population générale. (5)

Par ailleurs, la maîtrise des dépenses de santé tend à la fermeture des plateaux techniques des hôpitaux de proximité et à la raréfaction de la ressource anesthésique.

L'arrivée de cette nouvelle demande est-elle acceptable pour la société, le système de santé, les établissements de santé, les acteurs de soins ? Quelle est sa légitimité par rapport à d'autres indications d'utilisation d'un plateau technique ? Doit-on s'appuyer sur des instances éthiques telles que le CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique) pour établir la priorisation des soins ainsi que cela s'est produit lors de la pandémie de 2020 (6) ? Y-aurait-il des restrictions de prise en charge liées au patient, liées au type d'intervention ? La pertinence des soins doit-elle intégrer une notion de « valeur sociale du patient » ? La notion d'« égale dignité » n'est malheureusement pas une évidence pour chacun de nous.

Le fait d'offrir des soins à tous les patients sans discrimination fait partie de la déontologie des professions de santé. *« Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients quelles que soient leurs origines, leurs mœurs, leur 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 son égard »* (7).

Pourtant, les cliniciens peuvent inconsciemment développer des biais implicites affectant leurs décisions thérapeutiques et traiter de manière différenciée certains patients ou groupes de

patients selon diverses caractéristiques. La prise de conscience de ces biais est essentielle pour améliorer la qualité des soins (60).

Cette discrimination peut être le fait d'un individu envers un autre, mais peut également exister au niveau des groupes, voir des institutions, par le fait qu'elle base leur politique sur les besoins de la majorité, excluant par-là les besoins spécifiques des minorités

Entre efficacité et conscience, le but de ce mémoire est d'identifier sous un éclairage éthique, les freins à la prise en charge sous anesthésie générale pour soins dentaires des patients porteurs de handicap. Il s'appuiera sur la revue de la littérature et un questionnaire adressé à l'ensemble des acteurs : IADES, IBODES, dentistes, anesthésistes, cadres de bloc, cadres de pôle, présidents de CME, directeurs.

Nous nous limiterons au handicap mental, psychique et cognitif de l'adulte, car le problème de l'accès aux soins s'acutise au sortir des parcours de pédiatrie (8).

1. LE CONTEXTE

Le problème des soins dentaires sous anesthésie générale chez les patients en situation de handicap est à saisir dans le contexte global du système de santé. Cela nécessite, après avoir cerné le problème du handicap de préciser les notions de besoins de santé et de santé publique

1.1. Le patient en situation de handicap

1.1.1. Définitions :

Déficiência : « Dans le domaine de la santé, la déficiencia correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ».

Incapacité : « Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficiencia) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain ».

Désavantage « Le désavantage représente les limitations, voire l'impossibilité, de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage, et donc la situation concrète de handicap, résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiencia et/ou d'incapacités et son environnement » (9)

L'article L114 du code de l'action sociale et des familles (2) redéfinit donc le Handicap comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Près de 12 millions de personnes en France sont touchées par le Handicap (10)

La classification internationale des handicaps (CIH) établie par l'OMS en 1980, est remplacée en 2001 par la classification internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé (CIF), et met en évidence les différentes composantes du handicap : les déficiencias, les limitations d'activité, les restrictions de participation. La notion de handicap intervient quand un individu avec des problèmes de santé rencontre des barrières avec son environnement (11). On distingue 5 types de handicap :

Le handicap moteur.

Le handicap sensoriel. ...

Le handicap psychique. ...

Le handicap mental. ...

Les maladies invalidantes.

La CIH a été composée avec des experts en situation de handicap et elle est non stigmatisante. En effet, La CIF définit une déficiencia/inadaptation de fonction et ne désigne pas la personne. Cette déficiencia peut concerner chacun de nous à une période de son existence. La vulnérabilité est inhérente à la condition humaine et nous expose à être un jour ou l'autre, en situation de handicap, Ainsi que l'énonce Joan Tronto, politologue féministe américaine, « Si nous n'avons pas tous besoin de l'aide des autres en toutes circonstances, notre autonomie ne s'acquiert qu'après une

longue période de dépendance et, à bien des égards, nous restons dépendants des autres tout au long de notre vie : cela fait partie de la condition humaine. » (12)

1.1.2. Accès aux soins

La loi du 11 février 2005 « sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes porteuses de handicap » a entre autres pour objectif de favoriser l'accès aux soins de cette population. (2) Autant le handicap physique a été correctement appréhendé, autant l'adaptation aux autres facteurs limitants est plus complexe. Des dispositifs d'accompagnement existent MDPH (, maison départementale des personnes handicapées) PCPE (Pôle de compétences et de prestations externalisées) avec cet objectif dans le parcours de ville et l'adressage ultérieur. Le référent handicap des établissements de santé a pour rôle d'identifier les besoins spécifiques des patients en situation de handicap et de coordonner les moyens à mettre à disposition pour y répondre (13)

Malgré ces dispositifs, La différence d'accès aux soins est objectivé par l'enquête de l'Institut Recherche et de Documentation en Economie de la Santé(IRDES)(9) qui montre un différentiel de consommation de soins de 6% entre les patients reconnus handicapés fonctionnellement ou administrativement, alors que leurs besoins sont certainement plus importants Le rôle des réseaux associatifs, principal acteur actuellement, ne saurait se substituer à la structuration systématique de l'offre de soins(14)

Aussi, l'accès aux soins des patients porteurs de handicap reste problématique, comme en atteste le baromètre de l'accès aux soins d'Handifaction (15), avec 28% de non-réponse à la demande de soins. L'ensemble des réseaux constitués souligne l'importance de l'implication de la famille pour le projet de soins du patient : transmission du dossier médical, interface relationnelle entre le patient et le praticien (16)

Il est nécessaire de neutraliser le différentiel de besoins de soins qui existe entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap en facilitant leur accès aux soins, le premier obstacle résidant dans le manque de guidance des médecins traitants (17)

Les dispositifs dérogatoires sont-ils pourvoyeurs de difficultés propres ? Elles peuvent engendrer une perte de liberté de choix des professionnels ou des structures, voire des réponses incomplètes. A l'inverse, ils peuvent paradoxalement créer un sentiment d'injustice chez les patients qui ne peuvent en bénéficier.

1.1.3. Consentement

Le problème du consentement de la personne en situation de handicap constitue en soi une problématique entière qui a déjà fait l'objet d'un mémoire (18). Le CCNE (Comité Consultatif national d'éthique) c'est ainsi positionné : « *L'altération de la capacité de compréhension n'annule pas le devoir d'informer la personne malade et de recueillir son consentement. L'autonomie n'est pas monolithique et consentir peut nécessiter l'aide d'un tiers. Il est essentiel d'identifier les incompréhensions de la personne, (causes / conséquences, positives-négatives, bénéfiques-risques) et de distinguer celles qui rendent impossible le consentement, de celles qui ne l'invalident pas.* » (19)

Il s'agit surtout d'établir une relation de confiance, une alliance thérapeutique ou le soignant se trouvera investi d'une responsabilité à l'égard du patient vulnérable : responsabilité face à l'accord

donné, face à la réalisation du soin pour lequel il a donné son assentiment face à la gestion de l'opposition toujours possible au moment de la réalisation de l'acte.

Comment peut-on s'assurer d'un consentement éclairé ? Il existe plusieurs moyens d'atténuer les difficultés dans la communication soignant-patient lors de littératie en santé déficiente (capacité d'obtenir, traiter et comprendre les informations permettant de prendre une décision appropriée pour sa santé): teach-back ou reformulation, c'est-à-dire demander au patient de retransmettre les informations qu'il a reçues ; l'utilisation de supports visuels variés (graphiques, schémas) ; l'utilisation d'un langage adapté au niveau éducationnel du patient (FALC= Facile à Comprendre) et bien sûr présence de l'accompagnant.(20)

Bien souvent le « consentement » n'est qu'un document signé par le responsable légal ; on s'efforcera bien sûr d'obtenir, auprès du patient lui-même, un assentiment, un accord sur la nécessité du soin. • En 2019, la loi a placé le majeur protégé au cœur des décisions qui le concernent sa santé et, sauf les cas d'urgence, l'intervention du juge est limitée aux cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne en charge de sa protection. (21)

1.1.4. Contention

Le nouveau terme de stabilisation protectrice souligne bien la problématique éthique liée à l'immobilisation du patient pour la réalisation du soin. Il s'agit là d'une problématique à part entière que nous ne faisons que mentionner, où sont en balance le respect de la liberté du patient qui refuserait la maltraitance de la contention d'une part, et la maltraitance que représenterait la non-réalisation du soin d'autre part.

En fait, l'approche initiale du patient est transférée à l'équipe d'accueil au bloc opératoire (BO) : anesthésiste, infirmier(e)-anesthésiste(IADE). L'opposition au moment de l'induction doit-elle être considérée comme un refus de soins à respecter, ou l'objectif de bienfaisance par la réalisation du soin doit-elle s'imposer ? Quelle est la perception et l'acceptation de cette contention par l'équipe ? L'apprentissage de bonnes pratiques facilite l'acceptation à la fois du fait de la compétence acquise et du fait de la confiance en soi, perceptible par le patient. Cela n'empêche pas la nécessaire personnalisation de l'approche étant donnée l'imprévisibilité des réactions. « *Le travail avec les personnes polyhandicapées exige une vigilance particulièrement forte, un ancrage puissant des pratiques dans des repères partagés pour éviter les risques de maltraitance que l'on sait d'autant plus grands que les capacités communicationnelles d'une personne sont restreintes* » (22)

Dans la pratique courante, peut-on considérer, (selon le degré de verbalisation possible par le patient) que l'accord ou l'assentiment recueillis lors de la consultation marque une acceptation du projet thérapeutique ? La confiance établie entre le patient et le soignant transfère à ce dernier une responsabilité d'autant plus grande qu'elle englobe la vulnérabilité du premier. Pour mener le soin à son terme, une perception utilitariste nous autorise la « contention chimique », l'approche psycho-comportementale à la limite de la manipulation, la stabilisation protectrice et rarement la contention avec contrainte physique. Dans tous les cas la bienveillance est de mise. Le but est la réalisation d'un soin jugé indispensable.

1.1.5. Place de l'accompagnant/communication

La haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que la médiation et l'accompagnement sont un moyen d'amélioration de l'accès au soin, l'accompagnant servant parfois de « traducteur » (23). « la

communication corporel global enseigne sur le bien-être ou le mal-être de la personne mais ce mode de communication n'est souvent compréhensible que par l'environnement proche, car au départ la signification donnée aux différents comportements sera plus ou moins stable et fiable (24). Nous avons besoin de la présence de l'accompagnant, mais l'accord thérapeutique est à rechercher directement avec le patient. Alice Casagrande nous rappelle que les proches des personnes polyhandicapées ont dû traverser eux-mêmes des moments de vie particulièrement éprouvants. (22)

En définitive, l'équilibre est difficile à trouver entre le respect de l'autonomie et le souhait de bienfaisance.

1.2. Santé publique

1.2.1. Définitions :

1.2.1.1. Santé publique

Le terme de « santé publique » définit à la fois l'étude de la santé des populations et les actions mises en œuvre pour la promouvoir et l'améliorer. Elle est consubstantielle au développement de toute société : on retrouve le souci de la qualité de l'eau, de la lutte contre les épidémies, de la prévention des incendies, des recommandations diététiques (régime alimentaire, jeûne, interdits) dès la plus haute antiquité. Déjà Hippocrate dans son « Traité des Airs des Eaux des Lieux » mettait en rapport le développement des épidémies avec le trajet des vents ou le cours des rivières. Jacques Raimondeau rapporte les différentes recommandations hygiéno-diététiques et comportementales, y compris alimentaires et sexuelles des anciennes civilisations (25). En France et en Europe, l'urbanisation progressive va imposer l'organisation de l'habitat et le contrôle des populations par des règles d'hygiène. Le XVIII^{ème} siècle voit naître la « police médicale », qui donnera naissance par la suite à la notion d'hygiène publique. L'industrialisation du XIX^{ème} siècle et les bidonvilles urbains font apparaître la notion de « médecine sociale », nécessaire au maintien de la santé des travailleurs. C'est ainsi que Michel Foucault, dans son ouvrage « Naissance de la santé publique », souligne le caractère normatif de la santé publique et du risque de marginalisation d'une partie de la population, comme le rapporte Marzano : *« derrière la notion de « santé publique » se cacherait en réalité une nouvelle forme de « morale » dont le but serait non seulement la normalisation des individus mais aussi la marginalisation des « anormaux » »* (26)

Actuellement, la santé publique telle que l'a définie l'OMS en 1952 est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus. Plus que l'absence de maladie ou d'infirmité la santé individuelle consiste en un état de complet bien-être physique mental et social.

C'est une science descriptive, reposant sur l'étude de la population (démographie), permettant l'établissement et l'analyse d'indicateurs sanitaires (épidémiologie). Elle permet la mise en œuvre d'interventions amples, non seulement médicales, mais concernant aussi le milieu, les conditions et les modes de vie, l'habitat. Il est bon de rappeler que la prévention, partie intégrante de la santé publique, est, en termes d'efficacité et de coût, bien plus intéressante que la médecine curative ; *« il va de soi que l'accès à la prévention médicalisée et aux soins est une condition essentielle du développement de la santé publique »* (27)

1.2.1.2. Santé publique orale

La santé orale peut-être définie par la capacité à parler, sourire, sentir, goûter, toucher, mâcher, déglutir, voire exprimer des émotions par l'expression du visage (28)

La santé orale est à la fois un excellent marqueur de la santé générale et un de ses déterminants (cf. chap1.2). Par ailleurs la santé bucco-dentaire, par son influence sur le visage, détermine la perception de la personne quelle qu'elle soit ; elle est un élément primordial de la dignité sociale de l'individu. Peut-on accepter que la personne vulnérable, déjà socialement discriminée risque de se voir encore davantage déclassée du fait de sa difficulté d'accès aux soins.

L'appel récent de l'OMS à l'intégration de la promotion de la santé orale au sein d'interventions visant à prévenir les maladies chroniques montre qu'il convient de reconnaître la santé orale comme problème de santé publique à part entière (29)

Doit-on aller jusqu'à penser comme certains que l'avènement d'une spécialité de santé publique orale peut être, à l'heure des parcours de soin intégrés, un facteur d'une meilleure coopération avec les autres professionnels de santé ? S'ils soulignent les efforts des politiques publiques d'un point de vue financier avec la mise en place de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), de la Complémentaire Santé Solidaire et du reste à charge 0, ils s'interrogent sur la nécessité d'une formation intégrant la prise en charge personnalisée. (30)

Enfin, la santé orale possède un marqueur bien identifiable et aisé à suivre qu'est la maladie carieuse. Cela en fait un élément fiable de suivi épidémiologique.

1.2.2. Objectifs

La santé publique a pour objectif de protéger efficacement la santé des populations par l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, la veille sanitaire, la réduction des risques pour la santé ; le développement de la prévention, la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires. Les cinq déterminants de santé sur lesquels elle va agir sont : 1. l'hérédité et la biologie humaines, 2. l'environnement (pollution : eau, air, sonore...), 3. le contexte socio-économique, 4. les comportements individuels (largement conditionnés par le statut socio-économique), 5. le système de santé. Dans le système de santé, l'accès et la répartition est plus impactante que le coût ou la technologie : « *Le niveau de remboursement des prestations, l'étendue de la couverture sociale, l'organisation effective des structures sanitaires comptent tout autant que la qualité des soins dispensés* » (31)

« La santé publique, soucieuse de l'utilisation rationnelle et efficace des ressources se doit de favoriser les soins primaires, efficaces sur la base de preuves scientifiques plutôt que des méthodes coûteuses ne bénéficiant pas forcément à l'ensemble de la population, risquant même parfois d'aggraver les inégalités. »(31). La santé primaire s'appuie effectivement sur 5 principes : 1/répartition équitable afin que ceux qui ont le plus de besoins ne se retrouvent pas à être effectivement les moins consommateurs ; 2/participation des communautés à l'élaboration des objectifs: c'est la définition de la démocratie sanitaire ; 3/ promotion et prévention de la santé : celle-ci se révélant toujours moins coûteuse ; 4/technologies appropriées et validées à favoriser par rapport à des techniques innovantes dont tout le monde ne peut pas bénéficier 5/ solution locale en terme de répartition territoriale à rechercher pour les mêmes raisons

En 2024, parmi les 6 grands enjeux définis par le ministère de la santé en 2024, les 3 derniers concernent les inégalités : approche par populations, Inégalités sociales, vulnérabilités territoriales (32)

1.2.3. Les besoins de santé

1.2.3.1. Evaluation des besoins en santé

Les besoins en santé représentent la différence entre l'état de santé relevé de la population et l'état de santé attendu. Des indicateurs de l'état de santé existent : taux de mortalité, mortalité périnatale, prévalence des maladies cardiovasculaires, ALD (affection de longue durée), maladies de la petite enfance, définissant les besoins diagnostiqués. On connaît également les besoins satisfaits et exprimés qui correspondent à la consommation de soins, mesurée par les données du PMSI. - Les besoins ressentis par la population qui sont le reflet de la santé telle qu'elle est perçue par les individus (enquête décennale santé de l'INSEE, enquête soins et protection sociale du CREDES). Ils incluent les besoins comparatifs, lorsque l'offre de soins n'est pas également répartie, territorialement ou socialement. (33)

C'est l'objectif final de la santé publique de déterminer et répartir quantitativement et qualitativement l'offre de soins en fonctions des priorités de santé identifiées.

1.2.3.2. Besoins en santé orale

L'ampleur des besoins en santé orale a été mise en évidence. La moitié de la population mondiale, soit 3,5 milliards de personnes, est atteinte par au moins une maladie buccale. La maladie carieuse non traitée concerne 2,4 milliards de personnes, et la maladie parodontale atteint 743 millions de personnes dans le monde. Les cancers de la cavité buccale font partie des 15 cancers les plus fréquemment observés et sont à l'origine de 180 000 décès chaque année (34)

Le besoin normatif, qui vise l'absence de maladie, bénéficie, en santé dentaire, d'un marqueur simple et incontesté : la maladie carieuse. Pour l'ensemble de la population, le besoin ressenti va bien au-delà, la santé orale étant partie intégrante de mon image sociale, par la capacité à sourire à parler et être entendu. Chez le patient porteur de handicap, comment ce besoin est-il ressenti, et quand il est là, est-il exprimé et est-il entendu ? Enfin, pour les familles de ces patients intervient aussi la notion de besoin relatif ou comparatif : « pourquoi mon enfant ou mon frère handicapé ne bénéficierait-il pas de tel traitement possible qu'il soit curateur, fonctionnel, et pourquoi pas esthétique ? » L'hypothèse d'un besoin de soins plus important des personnes en situation de handicap peut être envisagée. S'agissant des soins dentaires et ophtalmologiques, des études ont montré qu'il existait effectivement un besoin de soins accru pour cette population tel que rapporté dans le rapport IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) (36).

1.2.4. Réponse aux besoins et priorisation

L'identification des priorités de santé consiste à identifier des pathologies et/ou des populations spécifiques pour qui les besoins dans le domaine sanitaire semblent prioritaires. Ainsi la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a pour rôle de hiérarchiser les différentes actions à mener au niveau du pays, d'une région, d'un territoire. Dans la logique soins sont pris en compte les principes du système de soins (accessibilité, mobilité, délais, ...), ainsi que les pathologies et les traitements prioritaires sur la base de l'importance de la pathologie et des gains potentiels (33). Mais qu'entend-t-on par gain potentiel pour la société ? Les objectifs annoncés par l'agence de santé publique affichent des objectifs de réduction des inégalités Sont-ils suivis d'effets ? Y a-t-il de réelles implications des directives ministérielles envers les établissements de santé soumises à la T2A ? L'établissement de soins, public ou privé, sans injonctions précisément formulée par la tutelle, va exercer lui-même cette priorisation dans un contexte où la percée de la rationalité économique s'exerce dans la sphère du soin. Mais ce qui est admissible dans une économie de marché combative est-il acceptable dans le monde de la précarité, du fragile ? « *Le soin se formate alors sur l'économie et finit par perdre son sens initial. La T2A (tarification à l'activité) en est un des emblèmes récents les plus signifiants. Entre la désinvolture totale, l'indifférence aux coûts*

économiques d'une prise en charge et la tarification autoritaire indifférente à la personne, il y a place pour une réflexion éthique contemporaine. » (11)

Les pays (Oregon, pays Nordiques) qui ont tenté de rationaliser la priorisation des soins basent l'évaluation de l'amélioration des conditions de vie sur l'augmentation des Qualys apportés par un programme de soins. Le Qualy en santé, indicateur alliant espérance de vie et qualité de vie, sert à répartir l'aide sur les thérapeutiques « utiles » en ce sens, quitte à laisser de côté les demandes rares et coûteuses.

La priorisation expose au double écueil de la normalisation et de l'exclusion. L'élaboration de ces critères relève bien sûr de la société elle-même. Saura-t-elle se préserver du « Coût de l'inégalité » en acceptant de prendre en charge sa population vulnérable ou risque-t-elle de sombrer dans un utilitarisme inhumain ?

1.3. Santé buccodentaire, santé globale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la santé bucco-dentaire (ou santé orale) comme un enjeu de santé publique, en la considérant comme un élément indissociable de la santé générale. Elle appelle à la promouvoir en l'intégrant aux politiques nationales de promotion de la santé afin de faciliter la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, cette reconnaissance conditionne l'engagement de l'action publique ainsi que celle des acteurs de terrain.

Les maladies orales, par les incapacités qu'elles occasionnent, impactent l'état de bien-être multidimensionnel définissant la santé. En effet, ces maladies peuvent générer au quotidien des épisodes douloureux, qui augmentent le niveau d'anxiété et perturbent le sommeil, réduisent ainsi la qualité de vie dès l'enfance. À l'âge adulte, une véritable détresse liée aux impacts cumulés d'une santé orale dégradée est parfois décrite chez les personnes en situation de pauvreté avec des difficultés pour s'alimenter et pour gérer la douleur (37)

Sur le plan infectieux, le risque d'endocardite d'origine dentaire est bien connu. Par ailleurs, les troubles de la déglutition liés aux atteintes de la cavité buccale sont à l'origine de micro-inhalations susceptibles d'entraîner des pneumopathies. Les carences dans la prévention des pathologies buccodentaires augmentent la fréquence et la gravité des affections broncho-pulmonaires le lien entre santé buccodentaire et santé générale a commencé à être démontré dès le début des années 1990 (38). Les premières études publiées concernaient les maladies cardiovasculaires. Le lien entre maladies buccales et maladies cardiovasculaires a été confirmé par de nombreux travaux (39)

1.4. Soins spécifiques en odontologie

1.4.1. Définition

Une définition claire des soins spécifiques est nécessaire à l'identification des besoins et à l'attribution rationnelle des ressources. Les modèles médicaux présentant une liste de maladies type ALD n'étant pas adaptés à déterminer le besoin de prise en charge spécifique, il est fait appel à un modèle inclusif dérivé de la CIF (classification internationale du fonctionnement) ; ainsi tout patient en situation de handicap ne relève pas des soins spécifiques et chaque individu peut avoir besoin de cette prise en charge à un moment de sa vie. L'International Association for Disability & Oral Health (IADH) définit les soins spécifiques en odontologie comme « *les soins s'adressant aux individus pour lesquels une déficience ou une limitation de l'activité altère, directement ou indirectement, leur santé orale dans le contexte personnel ou environnemental de l'individu (par*

exemple des personnes en situation de handicap, des personnes avec des antécédents médicaux complexes, des personnes phobiques des soins dentaires » (40). L'échelle APECS (Adaptation pour une Prise en Charge Spécifique), établie par l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, voir annexe) permet d'évaluer les patients relevant d'une prise en charge par la société en fonction de leur comportement, de leur besoin d'assistance dans les démarches, de leur santé.

Le modèle médical prôné par SBDH-RA (santé Bucco-Dentaire et Handicap-Rhône Alpes) listant les pathologies prises en charge (handicap mental avec déficience intellectuelle, paralysie cérébrale avec troubles neurologiques sévères, handicap sensoriel associé à des troubles du comportement, polyhandicap, troubles neurodéveloppementaux, maladie rare associée à une déficience intellectuelle et des troubles du comportement) ne correspond pas toujours aux besoins du patient

1.4.2. Parcours de soins en odontologie

Le cabinet de ville couvre en partie la prise en charge des patients en situation de handicap. Cependant de nombreux praticiens ont refusé la prise en charge demandée (handifaction). Les motifs de refus sont parfois directs (on n'a pas voulu de moi) ou indirect : (délais > 6 mois).

En cas d'échec, l'orientation vers un chirurgien-dentiste spécialisé ou compétent en Médecine buccodentaire, depuis que cette spécialisation existe, permet de couvrir 85 % des demandes des patients à besoins spécifiques. Malgré le travail d'information et de diffusion de l'UFSBD seule la moitié des chirurgiens-dentistes connaissent des correspondants de structure publique ou privée vers lesquels adresser ces patients.

Des solutions mobiles (bus social dentaire) existent aussi en direction des établissements médicaux-sociaux

15 % des patients à besoins spécifiques restants relèvent de la prise en charge par des services de référence, en structure hospitalière.

Il appartient aux réseaux de soins bucco-dentaire (RSBD) d'orienter les patients vers les structures adaptées, d'assurer la coordination et la continuité des soins. (41) En Rhône-Alpes, le réseau SBDH-RA, après identification des patients éligibles selon la grille fonctionnelle APECS, assure l'orientation vers la structure de soin la plus adaptée : cabinet de ville, unités mobiles, centre de santé orale niveau 1, ou niveau 2 (anesthésie générale)

L'essentiel de l'offre de soins pour les populations à besoins spécifiques en France est assuré par les structures hospitalières et par le réseau associatif. Par exemple, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dentaires, permettent aux personnes en situation de grande précarité d'accéder à des soins dentaires de première nécessité, majoritairement au sein de structures hospitalières. La proportion de patients vulnérables, évaluée au CHU de Nantes (42) représente entre 32 et 48% de la patientèle. Ce mode de prise en charge permet sans doute un rattrapage de l'état de santé de cette population, mais la question d'un plus grand engagement de l'ensemble de la profession en faveur des populations à besoins spécifiques est au centre des réflexions de santé publique orale. Le développement de partenariats ville-hôpital paraît aussi indispensable à une meilleure organisation des parcours de santé (43)

1.4.3. Non réponse aux besoins en santé orale

Le Réseau Santé Bucco-Dentaire & Handicap Rhône-Alpes (RSBDH-RA) créé en 2003 pour répondre à un besoin de santé public estime qu'en Rhône-Alpes, 30 à 35 000 personnes en situation de handicap seraient concernées par des situations d'échec de soins. (44)

Parmi l'ensemble des soins courants, les soins dentaires représentent un enjeu particulièrement important pour les personnes en situation de handicap dans la mesure où la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale, mais également un facteur d'intégration sociale. Chez les personnes en situation de handicap qui cherchent à s'insérer dans le monde du travail, une mauvaise santé bucco-dentaire sonne comme une double peine. (45)

Il existe des facteurs liés au patient et à l'accompagnant ; Pour le patient, des enquêtes ont trouvé l'anxiété dans 37% des cas, une cause financière 29%, problème de transport 29%, difficulté de trouver un chirurgien-dentiste 7% (10). A cela s'ajoute les difficultés organisationnelles de l'accompagnement pour les patients hors institution.

En général, le refus des dentistes de recevoir des patients en situation de handicap s'explique par un manque de rentabilité de ces consultations : elles sont plus longues et plus techniques que des consultations classiques, pour une tarification identique. Dans le cas des patients autistes, plusieurs consultations peuvent même être nécessaires pour la réalisation d'un soin, le temps d'instaurer un climat de confiance entre le dentiste et son patient. La peur du handicap est également présente chez les praticiens qui ne savent pas toujours comment traiter les patients handicapés. Sans formation spécifique, ils ne se sentent pas armés pour affronter cette situation et préfèrent orienter les patients vers d'autres structures de soin (cliniques ou hôpitaux), voire refusent de les recevoir. (10). Il n'est pas courant de percevoir ce patient comme une possibilité d'amélioration de nos pratiques qui serait bénéfique à l'ensemble de nos patients du fait de l'attention et de l'empathie qu'elle réclame. (46)

Cette discrimination peut être le fait de l'institution autant que de l'individu par le fait qu'elle base sa politique sur les besoins de la majorité excluant par-là les besoins spécifiques d'une minorité de patients (hôpital non équipé pour les malvoyants absence de budget alloué aux interprètes communautaires, etc.) qui demandent par ailleurs un surcroît de temps et d'écoute. On peut regretter que les intentions exprimées et les injonctions légales telle que l'obligation du référent handicap pour les établissements de santé (47) ne soit pas accompagné de création de poste ; le directeur d'établissement nomme le référent ; libre à lui d'attribuer ou non du temps dédié.

1.5. Les indications de l'anesthésie générale en odontologie

1.5.1. Alternatives

L'HAS recommande de privilégier les actes courants d'odontologie sous anesthésie locale. Des techniques de sédation s'imposent parfois afin de réduire l'anxiété et la perception de la douleur, d'améliorer la coopération du patient, de prévenir le développement d'une phobie aux soins qui empêcherait le suivi ultérieur.

Les différentes techniques à mettre en œuvre avant le recours à l'AG comportent les approches sensitivo-comportementales telles l'hypnose médicale, la sédation consciente sous MEOPA qui nécessite une formation spécifique, les prémédications sédatives (hydroxyzine, benzodiazépine). Au-delà, la sédation consciente comporte des risques. Elle repose sur les benzodiazépines et la kétamine en sublingual, nasal, intra rectale ou intra-veineuse. Elle nécessite un monitoring per et post op (FC, TA, SpO2) et un recours possible à un anesthésiste dans l'établissement. Le collège des enseignants en Odontologie pédiatrique recommande cette pratique sur un patient à jeun.

Lorsque ces méthodes ne permettent pas d'obtenir la coopération nécessaire, le recours à l'anesthésie générale devient légitime (48). La consultation d'anesthésie obligatoire permet

d'évaluer préalablement le rapport bénéfice risque de la prise en charge et d'obtenir le consentement du patient et du représentant légal, et idéalement de réduire l'anxiété fréquemment générée par l'anesthésie générale.

1.5.2. Indications liées à l'état général du patient :

Les conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil prédominant chez nos patients en situation de handicap, mais on retient aussi la remise en état buccal avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes (carcinologie, hématologie, cardiologie, greffe d'organe), la limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat et les réflexes nauséux prononcés ;

1.5.3. Indications liées à l'intervention :

Les interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance, ainsi que les problèmes infectieux urgents sont fréquents chez nos patients du fait des retards dans l'accès au soin.

1.5.4 liées à l'anesthésie locale :

L'anesthésie générale est nécessaire en cas de contre-indication avérée à l'anesthésie locale : porphyrie, épilepsie non contrôlée allergie confirmée par un bilan d'allergologie, ainsi que lors d'impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

1.6. Contre-indications :

Les contre-indications sont rares en dehors du polyhandicap. L'évaluation nécessaire du bénéfice-risque est délicate du fait de la difficulté d'expression du bénéfice attendu par le patient. Les préjugés du praticien, conscients ou non, risquent de modifier les options thérapeutiques visées.

Le refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal est bien sûr à prendre en compte. Cependant, l'information apportée de façon adaptée et la recherche d'entente thérapeutique peuvent venir à bout de refus de prime abord.

1.7. Problématique éthique

Le patient en situation de handicap nécessitant des soins dentaires nous place face à de multiples enjeux éthiques. A-t-il droit au même objectif thérapeutique qu'autrui ? quels aménagements acceptables impose-t-il à nos pratiques ? Peut-on les inclure à la population générale ou relèvent-ils d'une compétence différente ? quels moyens supplémentaires est-il légitime de mettre en œuvre de façon personnalisée ?

Lorsqu'il nécessite une anesthésie générale, Le patient en situation de handicap se retrouve l'objet d'une double discrimination : la place au bloc opératoire pour cette spécialité considérée en marge de la santé d'une part, son acceptabilité du fait de sa différence d'autre part.

2. LES PRINCIPES :

2.1. Principes en jeux

De nombreux principes éthiques sont mis en jeux dans le contexte exposé : **l'équité** en premier lieu : créer pour ces patients la possibilité d'une égalité de traitement et la **justice** que suppose la non-discrimination; **Le respect de l'autonomie** chez ces patients pour qui le **consentement** est particulièrement problématique et ou le paternalisme rôde : « c'est pour son bien » ; la **non-malfaisance** qui est mise à mal soit lors de la contention soit dans le renoncement au soin ; et enfin le **compromis externe** nécessaire entre le besoin du patient et l'aptitude du système de soin. Le compromis est toujours faible et révoquant mais c'est le seul moyen de viser le bien Commun » (49).

2.2. Equité,

L'équité est un principe visant le juste traitement, le respect de ce qui est dû à chacun. L'équité est la vertu qui permet d'appliquer la généralité de la loi à la singularité des situations concrètes. Elle cherche à instaurer une égalité de droit, en tenant compte des inégalités de fait.

Le principe d'égalité des personnes est plus facilement admis dans les sociétés démocratiques, même si son application au quotidien laisse parfois dubitatif. Dans notre système de santé, les soins primaires paraissent disponibles à l'ensemble de la population. Pourtant, l'accessibilité des soins n'est pas la même pour tous, malgré l'existence de parcours dérogatoires de type pôle de compétence et prestations externalisées (PCPE, handicapgouvfr). « *La question des inégalités d'accès aux soins soulève des enjeux de responsabilité individuelle et collective* ». (49). L'objectif d'égalité en santé, c'est-à-dire l'état de bien-être physique et mental, ne peut se contenter d'une justice distributive qui attribue des parts égales aux individus sans tenir compte de leurs besoins propres (50). L'équité nous commande de mettre en place les moyens permettant de compenser la déficience du patient en situation de handicap, afin de lui assurer un devenir équivalent à celui de la population générale.

Ce souci d'équité et de justice n'est pas la même dans tous les systèmes ; Beauchamp et Childress soulignent d'ailleurs que l'égalité des chances, prônée en Amérique du nord ne doit pas faire oublier « *la nécessaire compensation de la loterie de la vie* » (51) et les limites de la justice distributive. Aux Pays-Bas au contraire, la politique de soins donne la priorité aux citoyens vulnérables (personnes âgées, handicapés, malades psychiatriques) considérant que ces services assurent le bon fonctionnement global de la société.

Que désignons nous par justice : à chacun selon son mérite (utilitarisme), selon son souhait (libertarisme), selon ses besoins (communautarisme), selon ses possibilités (égalitarisme) ?

2.3. Respect de l'autonomie

Le principe du respect de l'autonomie est un des fondamentaux de l'éthique et ça impose dans la relation patient/soignant. La loi du 11 février 2005 (2) exprime clairement l'inclusion du patient déficient dans le processus décisionnel. Dans le cas du handicap mental, la question de l'autonomie de décision est mise en doute par la capacité de compréhension, au raisonnement, à

l'aptitude à s'autogouverner. Le soignant est tenté d'« imposer » sa bienfaisance, de passer outre la crainte ou le refus momentané du patient au nom de la sollicitude. *« Nous pouvons approuver le privilège que revêt le principe d'autonomie dans l'éthique médicale contemporaine. Reste à savoir si on peut l'invoquer en tout contexte. N'existe-t-il pas des situations limites où le respect de l'autonomie se heurte à d'autres valeurs non moins légitimes ? »* (52)

2.4. Bienfaisance et non malfaisance

Lors de soins au patient en situation de handicap, la volonté d'améliorer le bien-être du patient est permanente. Mais dès que la réalisation du soin nécessite une contrainte physique, nous risquons d'être maltraitant. Lors de soins sous contrainte, l'acte est-il reconnu comme étant bienfaisant ? *« Au-delà du bénéfice direct sur la santé bucco-dentaire, comment évaluer le bénéfice global pour ces patients ? Le soin, réalisé sous contraintes, n'est-il pas finalement malfaisant ? »* (53). Il est donc capital de déterminer, avec le patient, chaque fois que cela est possible, quelle satisfaction il est susceptible d'en retirer.

Sommes-nous maltraitant dans la contrainte ou dans l'abandon de soin ?

La non-malfaisance s'énonce en termes d'interdits qu'il serait simple d'appliquer systématiquement afin de ne pas nuire. Les interdits sont simples à légiférer. La bienfaisance, au contraire, qui implique une action, n'est pas obligatoire, mais le souhait de bienfaisance oblige ; la sollicitude engage l'attention et la volonté d'agir en faveur d'une personne avec qui nous avons créé un lien (54). Lorsque le patient a manifesté son adhésion au projet de soins, il me délègue sa responsabilité. A nous de faire un accompagnement vers le soin qui ne soit pas maltraitant, par le gain de la confiance, par l'empathie, par l'alliance.

« Comme le souligne Paul Ricoeur, la souffrance oblige », elle crée des obligations. La confiance manifestée, l'attente donnent une responsabilité au service de l'autre. L'action est nourrie par un devoir être (assumer sa responsabilité sans déroba) et par une fin, la « bénévolence » (vouloir le bien de la personne) En plus de vouloir diminuer l'asymétrie existant entre le gestionnaire de cas et la personne vulnérable, comment penser l'articulation entre l'autonomie et la protection dans la recherche de leur consentement ? Comment favoriser le meilleur compromis ? » (55.)

2.5. Dignité

En fin de compte, c'est l'empathie et le respect de la dignité du patient qui guidera la poursuite du soin. C'est le maintien de sa dignité sociale, qui passe par son aspect, son visage qui nous incite à le convaincre de la réalisation du soin. Nous nous efforcerons dans la réalisation de l'acte, de préserver sa dignité de patient en gagnant sa confiance et sa coopération, et en restant bienveillant dans la contention. *« La dignité est inconditionnelle en ce sens qu'elle ne dépend pas des conditions sociales du sujet, elle ne dépend ni du sexe, ni de l'âge, ni de sa santé, ni d'aucune caractérisation particulière. Elle n'est pas relative à l'état de dégradation physique et/ou mentale de la personne. »* (56)

Parfois, la sévérité du handicap nous amène aux limites de ce que nous pouvons percevoir comme humain, c'est-à-dire, selon la notion Socratique ou Kantienne, douée de raison et nous serons tentés de limiter notre objectif thérapeutique. *« Nous sommes confrontés à un choix entre deux risques : celui d'humaniser indûment un être qui n'est pas une personne, et celui de déshumaniser abusivement une personne. Il nous semble que face à un tel dilemme il vaut mieux choisir le moindre risque. Dans le doute, la conduite éthique doit choisir la précaution, la prudence, l'humanisme. »* (57). Il faut accepter la dimension ontologique de la dignité ; elle n'est pas réduite par l'état de santé, l'âge ou les capacités mentales, elle est inhérente à l'humanité.

Mon patient, quel qu'il soit, est digne de recevoir les soins. Il y va de ma dignité de soignant de les lui donner.

2.6. Compromis

Le compromis doit se reposer sur des règles universalisables (principes, valeurs) ; Il vise à produire le plus grand bien pour l'ensemble des parties : le soin qui nous semble nécessaire au patient vulnérable est-il bénéfique pour la société ? Des morales différentes selon la société (utilitarisme ou communautarisme) les valeurs propres du soignant (inclusion ou utilitarisme), la volonté exprimée par le patient (autonomie) vont s'opposer ou s'intriquer dans l'élaboration de la décision de soin.

Pour Paul Ricœur, le compromis est un mode de résolution toujours partiel et insatisfaisant. Il ne peut exister que de manière instable, en se situant entre les exigences contraires et opposées d'ordres différents. « *Le compromis est toujours faible et révoquant, mais c'est le seul moyen de viser le bien commun* » (49)

2.7. Discernement

Le discernement est la vertu qui implique de comprendre si et comment les principes et les règles sont adaptés à la diversité des circonstances. (51) Au milieu de ces multiples dilemmes c'est lui qui nous guidera dans la réalisation du soin de la façon qui nous paraîtra le plus juste compte tenu de l'attitude présente du patient, du bénéfice espéré de la procédure, de la mobilisation de ressources humaines et de moyens techniques.

3. ETUDE, METHODOLOGIE

3.1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de rechercher, sous un éclairage éthique, les freins personnels ou institutionnels à la prise en charge anesthésique des patients en situation de handicap en échec de soins au fauteuil. La forte demande d'anesthésie pour soins spécifiques dentaires ne trouve pas de réponse adéquate de la part du système de soins. L'analyse de la littérature nous a permis d'identifier des causes sociétales, institutionnelles et personnelles. En renfort des données acquises, il m'a paru intéressant d'appuyer ma réflexion sur un recueil direct du ressenti face à cette pratique dans les établissements autour de moi, qu'ils accueillent au bloc opératoire régulièrement ou non des patients en situation de handicap.

Nous avons exploré les axes susceptibles de favoriser l'acceptation de cette pratique formation, valorisation, volonté d'inclusion ou spécialisation.

3.2. Choix de l'outil

Pour une diffusion large de l'enquête, nous avons opté pour un questionnaire en ligne (Google Forms) diffusé sur trois établissements publics du département (42), deux limitrophes connus pour leur pratique (43, 63). Un établissement privé connu pour cette pratique, actuellement problématique, n'a pas répondu à notre sollicitation. Le questionnaire a été approuvé par la directrice des soins de chaque établissement avant diffusion en interne.

3.3. Elaboration du questionnaire

La recherche de travaux antérieurs a permis de retrouver des enquêtes sur la contention (58) ou l'accueil des patients en situation de handicap à l'hôpital (59). Mon expérience passée dans une équipe formée et habituée confrontée à mon exercice actuel ou la pratique est plus épisodique m'a orienté vers des questionnements sur la présence de ces patients parmi les autres, ainsi que vers les problèmes de formation nécessaire dans cette pratique. Mes tuteurs et personnes recours m'ont orienté vers des questions ouvertes afin de pouvoir enrichir ma vision initiale. Je regrette de n'avoir pu réaliser les entretiens semi dirigés initialement envisagés.

Questionnaire soins dentaires sous anesthésie générale

L'objet de ce questionnaire est de préciser la perception de la prise en charge des soins dentaires sous anesthésie générale pour les patients porteurs de handicap mental, sensoriel ou psychique, lorsque les autres méthodes sont en échec. Que vous soyez ou non confronté à cette situation, merci de répondre en toute sincérité afin de pouvoir identifier les freins possibles, qu'ils soient sociétaux, institutionnels, pratiques ou émotionnels. Le traitement des résultats est bien sûr anonymisé. Répondre à ce questionnaire ne doit pas vous prendre plus de 10 minutes. Merci de retourner vos réponses avant le 10 juin 2024.

(cases rondes: une réponse; cases carrées choix multiple)

* Indique une question obligatoire

Prise en charge

1. En comparaison à la population générale, pensez-vous que l'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap est généralement :

*

Une seule réponse possible.

- plus facile
- équivalent
- plus difficile
- ne sais pas

2. Pourquoi à votre avis
-

3. En comparaison à la population générale, pensez-vous que les soins prodigués aux personnes en situation de handicap doivent être, en terme de qualité :

Une seule réponse possible.

- meilleurs
- équivalents
- moindres
- ne sait pas

4. Pensez-vous qu'ils doivent être, en terme d'objectif thérapeutique : *

Une seule réponse possible.

- meilleurs
- équivalents
- moindres
- ne sait pas

5. commentaire éventuel

6. Pensez-vous qu'il puisse être justifiable de refuser la prise en charge d'un * patient sous anesthésie générale pour soins dentaires du fait d'une situation de handicap (hors contre-indication médicale) ? *Une seule réponse possible.*

- Jamais
- Souvent
- Parfois jamais
- Ne se prononce pas

7. Merci d'expliquer votre raisonnement

8. Connaissez vous la charte Romain Jacob ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- J'en ai entendu parler

9. Selon vous, pour l'ensemble des autres patients et accompagnants, la présence * de personnes en situation de handicap dans un établissement de santé favoriserait elle l'ambiance générale en accroissant l'empathie ou serait elle source de discrimination et de crispation ? placez-vous sur l'échelle entre 0 (rejet) et 10(bienveillance) *Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

rejet bienveillance augmentée

Pratique

10. Lors de l'induction anesthésique, pour un patient en situation de Handicap, la présence d'un accompagnant vous paraît : *Plusieurs réponses possibles.* *

- aidante
- souhaitable
- à préciser lors de la consultation d'anesthésie
- à prévoir avec l'équipe
- gênante
- inenvisageable

11. Lorsqu'elle n'est pas évitable malgré la prise en charge adaptée, la contention physique lors de l'induction de l'anesthésie des patients en situation de handicap vous paraît : *Plusieurs réponses possibles.*

- une technique sûre
- une situation à anticiper avec l'équipe
- une situation à anticiper avec le patient et les aidants
- possible dans la bienveillance
- une pratique aléatoire
- un mal nécessaire
- inhumaine

12. Si vous recevez des personnes en situation de handicap, une adaptation de la * prise en charge est souvent nécessaire. Retenez les qualificatifs les plus proches de votre perception de cette activité : *Plusieurs réponses possibles.*

- stimulante
- valorisante
- intéressante
- utile
- nécessaire
- normale
- quelconque
- compliquée
- fatigante
- perturbante
- inutile
- chronophage
- pénible
- dangereuse
- effrayante
- repoussante
- non concerné

Formation valorisation

13. Selon vous, la formation initiale des personnels médicaux et paramédicaux pour la prise en charge des personnes en situation de handicap est, en France :

Une seule réponse possible.

- suffisante
- insuffisante

14. Pensez-vous que la prise en charge des patients en situation de handicap * nécessite une formation spécifique ?

Plusieurs réponses possibles.

- lors de la formation initiale
- formation continue
- aucune formation spécifique nécessaire
- Autre :

15. Commentaire libre éventuel

16. Selon vous en termes d'organisation, la prise en charge des personnes en situation de handicap. *Plusieurs réponses possibles.*

- devrait se faire préférentiellement dans des structures spécialisées
- devrait se faire préférentiellement dans des structures généralistes
- s'envisage au cas par cas

17. Selon vous, le temps et l'expertise nécessaires à la prise en charge des patients en situation de handicap. *Plusieurs réponses possibles.*

- nécessite une valorisation nancière de l'établissement
- nécessite une valorisation nancière directe des personnels impliqués
- nécessite une valorisation statutaire des personnels impliqués
- ne nécessite aucune valorisation
- Autre :

18. Personnellement, seriez-vous prêts à prendre en charge régulièrement des patients en situation de handicap :

Plusieurs réponses possibles.

- en cas de valorisation nancière
 - avec une formation spécifique
 - en unité spécialisée
 - avec valorisation statutaire
 - en aucun cas
 - je les prends en charge régulièrement Autre :
-

Situation professionnelle

Afin de préciser la perception des différents intervenants, merci de renseigner votre situation professionnelle :

19. Dans votre exercice professionnel actuel, vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- directeur ou adjoint de direction
- chef de service, chef de pôle
- cadre de santé
- médecin anesthésiste
- chirurgien-dentiste
- IADE
- IBODE
- IDE
- brancardier
- aide soignante
- autre

20. Depuis combien de temps exercez-vous dans cette fonction

Une seule réponse possible.

- moins de 10 ans
- 10 à 25 ans plus
- de 25 ans

21. Vous êtes : *Une seule réponse possible.*

- une femme
- un homme

22. Votre établissement pratique les soins dentaires sous anesthésie générale au près des patients en situation de handicap :

Une seule réponse possible.

- régulièrement
- occasionnellement
- jamais

Commentaires

23. Commentaires et suggestions éventuelles

3.4. Limites

Le mode de diffusion de l'étude ne permet pas de déterminer un pourcentage de retour ni d'obtenir d'évaluation par établissement. L'exploitation statistique n'est pas possible à cause du faible effectif et des trop nombreux items.

3.5. Analyse bibliographique

La recherche bibliographique est basée sur les mots clefs :

Ethique, soins bucco-dentaires, anesthésie générale, handicap, santé publique

L'exploration sur Cairn info, PubMed et Science direct est bien trop vaste pour avoir pu être exhaustive. J'espère avoir pu nourrir mon propos de façon équilibrée. Elle aura en tout cas considérablement enrichi ma vision du système de santé et multiplié mes interrogations sur ma pratique face à mon patient, ce qu'il m'enseigne, notre place et notre rôle dans ce système.

3.6. Résultats

3.6.1. Les résultats globaux sont extraits sur Excell ou consultables sous forme graphique (cf annexes) ; Les commentaires libres permettant l'interprétation sont reproduits en annexe.

3.6.2. Résultats détaillés :

Q1-Accès aux soins : plus difficiles 84.7%, plus facile 0 ; équivalents, 6.9%, NSP 8.3%

Q2-53 commentaires

Q3-Qualité des soins : équivalents 90.3% ; meilleurs 9.7%

Q4-Objectif thérapeutique : équivalents 77.8% ; meilleurs 20.8%, moindres 1.4%

Q5-19 commentaires

Q6- Refus AG : jamais 70.8%, parfois 23.6% ; NSP 5.6%, souvent 0

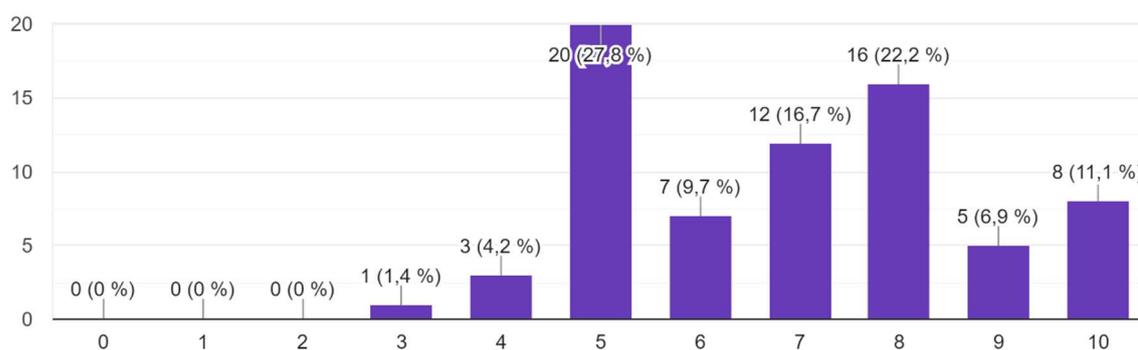
Q7- 51 commentaires

Q8- Charte Romain Jacob : 33.3% oui ; 55.6% non, 11.1% plus ou moins

Q9-crispation/empathie

Selon vous, pour l'ensemble des autres patients et accompagnants, la présence de personnes en situation de handicap dans un établissement de santé...s sur l'échelle entre 0 (rejet) et 10 (bienveillance)

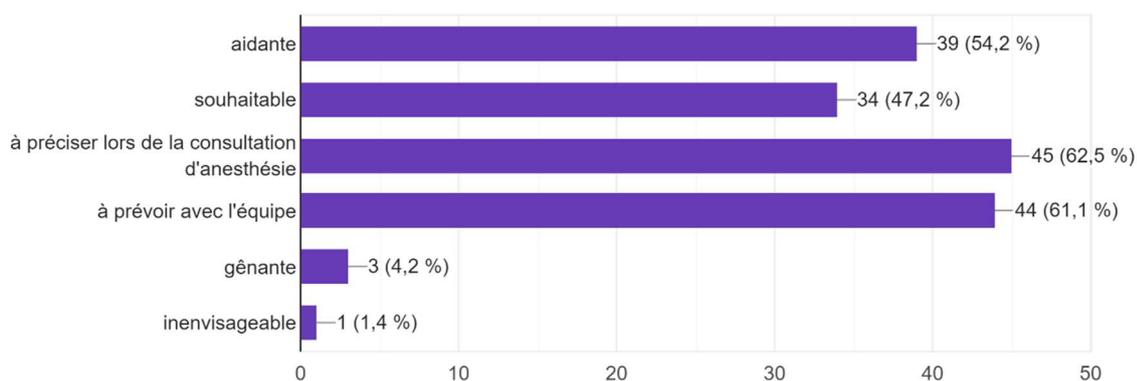
72 réponses



Q10- présence de l'accompagnant

Lors de l'induction anesthésique, pour un patient en situation de Handicap, la présence d'un accompagnant vous paraît:

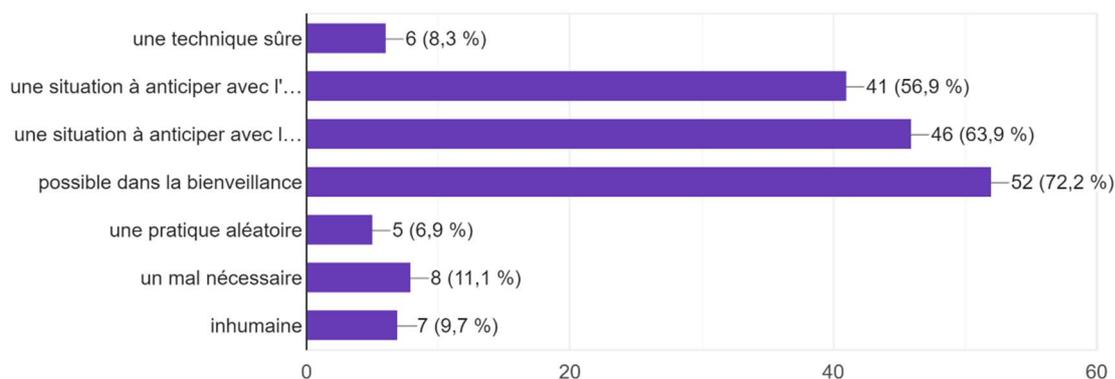
72 réponses



Q11-Contention

Lorsqu'elle n'est pas évitable malgré la prise en charge adaptée, la contention physique lors de l'induction de l'anesthésie des patients en situation de handicap vous paraît:

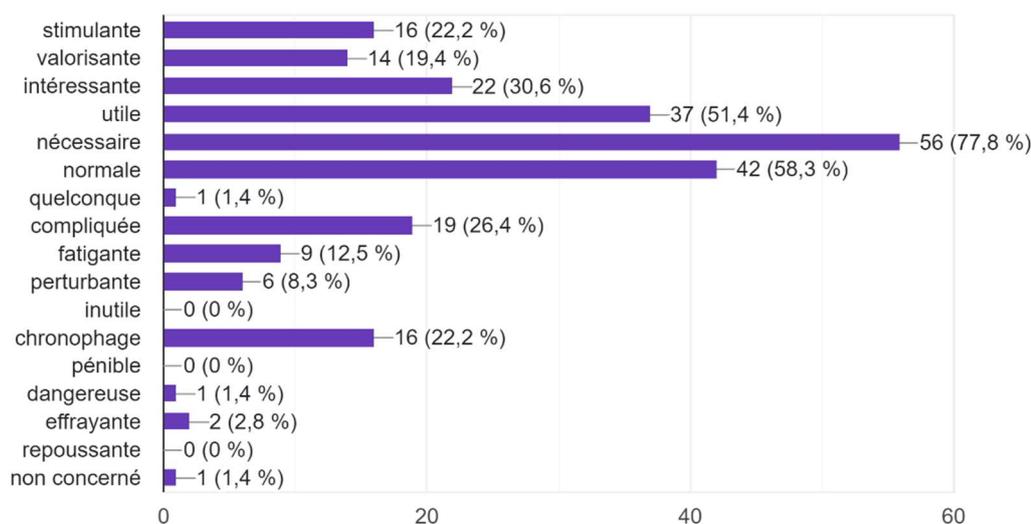
72 réponses



Q12-Perception

Si vous recevez des personnes en situation de handicap, une adaptation de la prise en charge est souvent nécessaire. Retenez les qualificatifs les plus proches de votre perception de cette activité:

72 réponses



Q13-Formation initiale : insuffisante 91.7% ; suffisante : 8.3%

Q14-Formation spécifique nécessaire :

Initiale 66.7%, continue 65,3%, aucune 2.8%, autre 4.2% (100, choix multiple)

Q15- 13 commentaires

Q16-inclusion/spécialité : spécialisé 11.1%, généraliste 22.2 ; cas par cas 72.2%

Q17 : Valorisation de l'expertise :

Valorisation financière établissement 43.1% ; valorisation financière personnel 16% ; valorisation statutaire 27.8%, aucune valorisation 33.3%, autre 4.2%

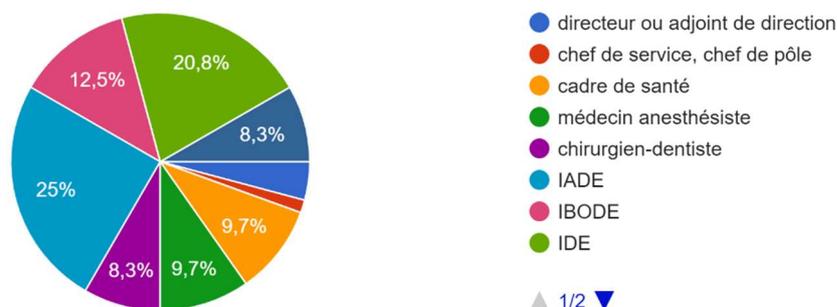
Q18- Conditions de prise en charge

Valorisation financière 8.3%, formation spécifique 38.9%, valorisation statutaire 8.3%, en aucun cas 0%, effective 63.9%, autre 9.1%

Q-19 Répartition

Dans votre exercice professionnel actuel, vous êtes:

72 réponses



Q20- Durée d'exercice

< 10 ans 36.1%, 10 à 25 ans 45.8%, >25 ans 18.1%

Q21- Sex ratio 72.2 femmes

Q22-Habitude : régulier 69.4, % occasionnel 26.4%, jamais 3.4%

Q23- 8 commentaires

4 ANALYSE des RESULTATS

Le détail des résultats de l'enquête met en évidence des craintes à l'égard des patients en situation de handicap générant des freins à leur prise en charge dont certains interrogent quant à la place de l'éthique dans notre pratique quotidienne.

Q1-2-Les commentaires libres de la première ratifient la difficulté d'accès aux soins des patients en situation de handicap et détaillent les freins vraisemblables. De la part des praticiens la spécificité de la prise en charge, la crainte, la discrimination, le temps nécessaire, la complexité. Pour le patient : la communication, la disponibilité des aidants, la difficulté de contrôle, la douleur, la fatigabilité, le niveau de handicap. Côté institutionnel : l'organisation des soins les obstacles administratifs, le défaut d'offre de soins, la difficulté de circuits adaptés, personnalisés. Il est intéressant de noter que ces éléments (patient et institution) constituent les items de la grille APECS. L'analyse des commentaires montre que ces différents freins sont perçus dans leur diversité analysées par toutes les catégories professionnelles

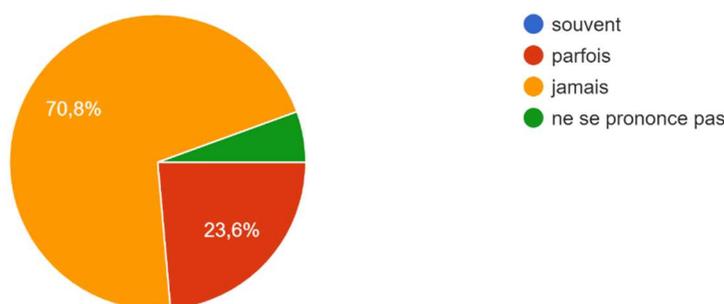
Q3-4-5 Ces questions montrent le souci d'équité de l'ensemble des soignants à l'égard des patients en situation de handicap, ainsi que la volonté de compenser la difficulté d'accès en visant de meilleurs objectifs thérapeutiques et permettre à ces patients de revenir moins souvent vers le lieu

de soin. Le seul item « objectif moindre » envisagé en fait le maintien à long terme du bénéfice du traitement conservateur.

Q6-7 L'accès à l'anesthésie générale semble éveiller une réticence, mais l'analyse des commentaires montre le souci du rapport bénéfice risque (4/17 réponses) que je pensais avoir exclu de la question, ainsi que la non-indication (2/17). Celui de la contrainte, du refus et du risque de report (4/17) est souligné par les IADE et IDE, crainte liée au défaut d'adaptation de la structure et de formation du personnel. La demande inadaptée n'apparaît qu'une seule fois. La majorité (70.8%) reste favorable à la prise en charge lorsque les autres recours sont en défaut, et sous condition d'une structure et équipe adaptées : « S'il n'y a pas de contre-indications et si l'orientation a été faite par une équipe qui a déjà réfléchi ou essayé d'autres prises en charge. » « L'accès au soin doit être le même mais c'est l'adaptabilité du praticien et de son équipe qui doit être performante » ; « Ces patients nécessitent pour obtenir des soins de qualité équivalente une prise en charge comportementale pouvant aller jusqu'à l'anesthésie générale, qui doit être utilisée si nécessaire »

Pensez-vous qu'il puisse être justifiable de refuser la prise en charge d'un patient sous anesthésie générale pour soins dentaires du fait d'une situation de handicap (hors contre indication médicale) ?

72 réponses



Q8- L'information et la diffusion de la charte Romain Jacob, pourtant largement affichée dans les établissements, reste insuffisamment connue, intégrée. L'intention énoncée par l'institution n'est pas suivie d'effet.

Q9- La vision du patient en situation de handicap est plutôt perçue comme positive au sein de la population hospitalière (57%), pouvant même être perçue comme franchement favorable à l'empathie (50% > 6). Les soignants ne voient pas la présence de personnes en situation de handicap comme un facteur de rejet de la part de la population générale.

Q10- 11- La présence d'un accompagnant à l'induction anesthésique est largement plébiscitée, mais nécessite de l'avis de tous d'être organisée et préparée. Si la plupart des soignants estiment que la contention est réalisable dans la bienveillance, environ 10% d'entre eux la perçoivent négativement (plusieurs réponses possibles, total > 100%). Dans tous les cas, la nécessaire anticipation avec l'équipe, avec le patient, avec l'accompagnant, relève bien du souhait d'adapter la structure au patient.

Q12- La spécificité de la prise en charge des patients en situation de handicap, malgré le surcroît d'effort qu'elle suscite (compliquée, fatigante, chronophage) reste un facteur de motivation pour la plupart (stimulante, intéressante) et relève de toute façon du sens du devoir (utile, nécessaire) inhérent au rôle de soignant (normal). Seules 3 personnes sur 72 n'ont retenu aucun item d'utilité : 1 directeur qui estime que cette activité relève de la spécialité, 1 aide soignante non concernée et une IBODE. La charge de travail (compliqué, fatiguant, chronophage), est davantage exprimée

chez les acteurs au premier plan : IDE, IADE. L'intérêt particulier est souligné par les dentistes, les anesthésistes et les IADE. A noter que la complexité et l'intérêt ne s'opposent pas ; 16/72 retiennent à la fois des items d'intérêt et de difficulté. 22 personnes sur les 72 n'expriment que du positif ; on les retrouve dans toutes les catégories professionnelles, avec une prédominance chez les dentistes et les anesthésistes. On retient 2 mentions pour effrayant (IDE) et une fois dangereux (anesthésiste) ; Chronophage reste bien présent (16/72), mais seulement 6 mentions de perturbant

Q13-14-15- Il existe un gros déficit estimé sur la formation en général. La compétence et la confiance en sa pratique sont-elles les principaux déterminants de la capacité d'inclusion ? L'intégration de la notion d'inclusion dans la formation médicale initiale est sans doute un impératif pour la facilitation de l'accès au soin pour les patients vulnérables. C'est un axe évoqué dans deux commentaires libres (ci après), par ailleurs développé, à l'horizon 2026, par le Canada dans sa directive de formation et d'évaluation de compétence. (60)

« -Je pense qu'une formation à la prise en charge de ces patients lors de la formation initiale paraît indispensable au même titre que les autres disciplines enseignées. »

« -La nécessité d'une alliance thérapeutique soignant/soigné doit être intégrée dans les études médicales, ainsi que l'éthique en santé »

Q16-Il est évident que le circuit de soins doit être individualisé, mais les réponses révèlent aussi la difficulté d'identifier un parcours prédéfini selon le type et le degré de handicap. Par ailleurs, la formulation n'est pas claire et les réponses prennent-elles compte du soin en général, du soin dentaire, des établissements publics, des cabinets de ville ? Les avis en faveur d'une prise en charge généraliste sont deux fois plus nombreux que pour la spécialisation, quelles que soient les catégories professionnelles . Cependant la majorité ne se prononce pas . L'inclusivité n'est donc pas évidente . Cette incertitude ne révèle-t-elle pas la nécessité d'une meilleure orientation des patients ?

Q17-Valorisation

Un tiers (24/72) des soignants pensent qu'aucune valorisation n'est nécessaire. La valorisation financière de l'établissement apparaît 31 fois/72 et la valorisation statutaire 20/72. Quelques réponses libres mentionnent le temps ou le personnel nécessaire. 22 avis pour la valorisation financière des personnels impliqués, toutes les catégories professionnelles étant représentées. Il est à noter qu'il s'agit de soignants hospitaliers, la clinique sollicitée n'ayant pas répondu à l'enquête.

Q18-Conditions envisagées

64 % des personnes interrogées prennent déjà en charge régulièrement des patients en situation de handicap. La demande de formation spécifique est bien supérieure (38.9%) à la demande de valorisation financière (8.3%) ou de spécialisation (8.3%)

Q19-Les différentes catégories professionnelles sont assez représentative de la population hospitalière. Je n'ai pas réussi à identifier de tendances catégorielles dans la répartition des réponses. Chaque catégorie identifie avec la même répartition les différents problèmes : appréhension des soignants, crainte des patients, difficulté du circuit, manque de formation, spécificité de la prise en charge, démographie médicale, temps nécessaire. Les variations inter-individuelles étant plus importantes que les variations catégorielles, on peut imaginer que l'accueil fait aux patients vulnérables a plus à voir avec les valeurs propres à chacun qu'avec la politique de santé. La promotion des principes éthiques lors des études et dans la gestion du système de santé serait-elle à même d'amener une pratique plus inclusive et plus équitable ?

Q20-21 La pyramide des âges et le sex ratio sont révélateur de la population hospitalière. Je n'ai pas pu déceler d'incidence sur la bienveillance globale des réponses .

Q22-Les personnels non confrontés à la prise en charge des patients en situation de handicap sont rares. Les établissements n'effectuant pas de soins dentaires sous anesthésie générale ont-ils été moins répondeurs, ou les réponses ont-elles considéré le handicap dans d'autres spécialités chirurgicales ?

Q23-Les derniers commentaires libres font ressurgir les principales problématiques : le défaut d'organisation spécifique pour ces patients, le défaut d'orientation et de parcours patient, et le souci de qualité de soins passant par une formation adéquate.

5. INTERPRETATION

L'ensemble du corps soignant perçoit bien les différents freins à l'optimisation juste des soins dentaires pour les patients en situation de handicap pouvant nécessiter le recours à l'anesthésie générale, qu'ils relèvent de leur propre perception, des réticences du patients et des accompagnants, de l'offre de soins, des parcours spécifiques, ou de la nécessaire adaptation de l'hôpital public.

5.1. Freins liés au patient

Le premier écueil dans le parcours de soins du patient vulnérable réside parfois dans le ressenti de la douleur (autisme) et dans son expression. « Un aspect important, non discuté, de ce problème est celui de la capacité du patient à exprimer son besoin. De nombreux patients ayant des besoins spéciaux ont des capacités de communication limitées et sont incapables d'exprimer leur douleur ou leur inconfort (61).

Le besoin une fois identifié, il n'est pas facile pour les accompagnants d'identifier la structure adaptée : cabinet de ville, méthodes psycho-comportementales, sédation vigile, anesthésie générale. Parmi les facteurs de non-réponse, on constate souvent un renoncement des familles devant les refus.

Le mode de communication du patient en situation de handicap est un autre obstacle à l'établissement de l'alliance thérapeutique susceptible de conduire à un assentiment et une conduite des soins acceptée. La verbalisation étant parfois absente, l'expression des émotions peut se traduire de façon paradoxale, déroutante, parfois incomprise et évaluée comme de l'hétéro-agressivité. La présence de l'accompagnant est bien souvent aidante, à la fois comme traducteur et comme facilitateur de l'interaction. « *Chez la personne polyhandicapée, la pauvreté d'expression peut être surdéterminée par la pauvreté des interactions proposées. L'accompagnant voit plus quand il observe attentivement et la personne polyhandicapée, lorsqu'elle est « regardée », donne plus à voir.* » (24.)

5.2. Freins liés aux soignants

Les émotions ont longtemps été considérées comme perturbatrices d'une attitude professionnelle. La distanciation émotionnelle accompagne la formation du soignant. Le calme, l'apaisement, la complicité, sont appréhendées comme positives, tandis que la peur, l'angoisse, l'appréhension sont

perçues comme négatives source d'inconfort émotionnel (62) . Plutôt que condamner ces émotions, sachons les accepter chez nos patients et les identifier chez nous.

« Les professionnels sont tentés de lire la dissemblance là où ils pourraient trouver la ressemblance. Inlassablement, la puissance des affects en jeu (peur de ne pas comprendre l'autre, peur des réactions de l'autre, de ses propres réactions...) aboutit à la tentation de la disqualification, qui est toujours le premier péril éthique auquel il nous faut résister. » (22.)

« Si nous restons victimes de nos ressentis archaïques, faute de les identifier, il est facile de se laisser entraîner vers la négligence, la maltraitance, le rejet ou l'épuisement. » (63.)

5.3. Freins liés aux institutions, à la société

Le système de soins français n'a de cesse d'imaginer et de promouvoir des circuits personnalisés, des réseaux, des chartes (64). Pourtant, en l'absence de mise en place de système de valorisation ou d'obligation, la réponse des établissements et structures reste aléatoire et dépendant de bonnes volontés locales. La gouvernance comptable des établissements de santé (T2A) ne favorise pas le maintien ou la mise en place de solutions de soins peu rentables car chronophage. De fait, sans valorisation de cette activité, les soins dentaires sous anesthésie générale, correspondant pourtant à un réel besoin, deviennent une variable d'ajustement du remplissage des blocs opératoires en manque d'activité.

Peut-être que cette activité est trop marginale pour en attendre un réel bénéfice pour la société, mais qu'en est-il de soins extrêmement coûteux développés sans limitation d'indication de remplacements valvulaires, défibrillateurs implantés, radiologie interventionnelle, chirurgie prothétique, chimiothérapies de 12^{ème} ligne, pratiqués à tout âge de la vie ?

Après les années fastes de l'enveloppe globale, peut-être est-il nécessaire que le pouvoir exécutif et les tutelles déterminent les plans d'action et les soins faisant l'objet de prise en charge, comme on le voit dans certains états : Orégon, Pays-Bas.

Les intentions sont pourtant affirmées en France par le haut conseil de santé publique « Portée par la SNS (stratégie nationale de santé), le système de santé doit évoluer vers un nouveau modèle à 10 ans permettant d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé avec une gouvernance propre, et des objectifs à court, moyen et long terme. » énoncées pour 2023-2033 : 1/ permettre à tous nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie ;2/répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre de santé adaptée ;3/ rendre notre système de santé plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises. (3)

6. PERSPECTIVES et CONCLUSION

Les initiatives développées ces dernières années nous montre que le recours à l'éthique, au travers d'une perception humaniste et inclusive de la santé, est capable de mobiliser des ressources. Les plans annoncés, les recherches des causes, en nous mettant face à nous-même, nous incline vers la bienveillance : les intentions / les modes d'actions.

On constate pourtant une insuffisance dans la mise en place de ces intentions en grande partie liée aux politiques actuelles de réduction des coûts. Les politiques budgétaires ne sont pas des fins mais des moyens à mettre en œuvre pour servir des objectifs qui dépassent forcément la conception comptable.

S'agit-il d'un simple retard à la mise en place d'objectifs sincères face à la demande croissante de reconnaissance et d'intégration du handicap, ou d'une incohérence réelle entre des souhaits moralement acceptables et les moyens que nous sommes prêts à mettre en œuvre ?

Le système de santé en lui-même se trouve face à un dilemme éthique : assurer le bien-être du plus grand nombre quitte à délaissier une partie de la population, déjà partiellement exclue du schéma social, ou accepter de limiter sa prise en charge des innovations coûteuses pour rétablir l'équité dans la répartition des soins en incluant les populations les plus vulnérables.

On pourrait penser que laisser-faire le progrès technologique permettra des avancées qui seront secondairement bénéfiques à l'ensemble de la population. Personnellement il me semble que le coût actuel de la médecine technologique creuse les inégalités et accroît l'injustice et l'inéquité. Le parti pris de l'équité et de l'inclusion des plus vulnérables, en quelque sorte pris en charge par leurs pairs « socialement compétents », n'est-il pas susceptible, en amenant un surcroît d'humanité, de générer un bien-être social bénéfique à tous ?

Le système de santé que nous élaborons révèle le type de société que nous envisageons. Le progrès que je souhaite pour moi, s'il n'est pas partagé par l'autre, n'est-il pas un facteur d'isolement, de destruction du lien social ? À l'inverse le partage est-il susceptible de limiter mon bien être propre ?

« Si nous ne pensons plus l'autre comme notre prochain et notre semblable, il devient l'étranger et le rival. Alors on se retrouve seul, et, étant seul, notre propre humanité se perd parce que nous n'avons plus personne avec qui la partager. » (65)

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Déclaration Universelle des droits de l'Homme: Universal Declaration of the Humans Rights, UN general assembly, 1948 <https://www.un.org/> consulté 15/11/2023
- (2) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté 15/11/2023
- (3) Haut Conseil de Santé Publique : <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/strategie-nationale-de-sante-2023-2033-ouverture-d-une-consultation-publique-en> consulté 22/11/2023
- (4) Direction de la Recherche en Economie de la Santé <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/02-les-enquetes-handicap-sante> consulté 22/11/2023
- (5) Bracconi M, Kheng R, Quels enjeux pour les soins bucco-dentaires sous anesthésie générale chez les adultes, Médecine § droit, 30 mai 2018, vol 2018, issue 150, p,68-71
- (6) CCNE, saisine du 16 /11/2020 : Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19, en ligne https://www.sfm.u.org/upload/30_vieprofessionnelle/4_outils_pro/6_alertessanitaires/ccne_-_saisine_triage.pdf , consulté 22/11/2023
- (7) Code de la santé publique-Art R4127-211 ,en ligne, le 03/04/2024, <https://www.doctrine.fr/l/texts/codes/LEGITEXT000006072665/articles/LEGIARTI000006913009> , consulté 22/11/2023
- (8) Tiffreau V, Schill A , Popielarz S, Herbau C, Blanchard A, Thévenon A. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, Volume 49, Numéro 9, décembre 2006 , pages 652-65
- (9) IRDES L'accès aux soins des personnes en situation de handicap doit être amélioré Publié le 07 mars 2014 - Mis à jour le : 23 août 2019, en ligne, consulté 05/11/2023 <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-acces-aux-soins-et-a-la-prevention-des-personnes-en-situation-de-handicap.pdf>
- (10) DREES le handicap en chiffre , en ligne, consulté le 05/11/2023 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>
- (11) Sicard D. Dans L'éthique médicale et la bioéthique. Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p115-116
- (12) Tronto J, un monde vulnérable . Dans Pour une politique du care, Paris, La Découverte, Textes à l'appui / philosophie pratique, 2009, p. 212
- (13) Décret n° 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre de l'intervention du référent handicap dans le parcours du patient en établissement de santé, en ligne , consulté 06/11/2023 https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000046821281?origin=list&etatTexte=ABR_OGE_DIFF&etatTexte=VIGUEUR
- (14) Denis F, Guyet P, Moussa-Badran S, Handicap et santé bucco-dentaire : les réseaux de soins, une solution temporaire qui perdure , *Santé Publique*, 2018/4 (Vol. 30), p. 533-534

- (15) l'Assurance Maladie : <https://www.handifaction.fr/barometre/5> , en ligne, consulté 21/11/2023
- (16) Croze J et al. Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, *Santé Publique*, vol. 30, no. 6, 2018, pp. 821-827.
- (17) Bodenmann P et al. Chapitre 1.16. Renoncement aux soins : dépistage et prise en charge. Dans Patrick Bodenmann éd., *Vulnérabilités, diversités et équité en santé. Médecine & Hygiène*, 2022, pp. 185-195.
- (18) Chantalou L. Du consentement aux soins chez les personnes en situation de handicap mental [mémoire DIU] , Lyon, France, Université Claude Bernard, 2019 2020
- (19) CCNE, avis 136 p18, l'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin en ligne : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-02/CP%20Avis136.pdf>
- (20) Zenklusen S., Bischoff T., Panese F., Bodenmann P. Chapitre 1.4. Évaluation de la littératie en santé. Dans : Patrick Bodenmann éd., *Vulnérabilités, diversités et équité en santé. Médecine & Hygiène*. 2022, p. 59-68
- (21) Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, en ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/> consulté 14/11/2023
- (22) Casagrande A. Questions d'éthique au sujet du polyhandicap, Dans Gérard Zribi éd., *Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple. Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions*. Rennes Presses de l'EHESP, 2013, pp. 177-188.
- (23) HAS: Accompagnement de la personne handicapée, en ligne, consulté 18/10/2024 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215404/fr/l-accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite
- (24) Boutin AM. Comment communiquer avec la personne handicapée ? Dans Gérard Zribi éd., *Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple. Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2013, pp. 103-113.
- (25) Raimondeau J, Carmona E : Histoires de la santé publique ; in Manuel de santé publique chap 1 (2020), Rennes, Presses de l'EHESP, 2020, p23
- (26) Marzano, Michela. « Foucault et la santé publique », *Les Tribunes de la santé*, vol. 33, no. 4, 2011, p39-43
- (27) Morelle A, et Tabuteau D. Chapitre I. La notion de santé publique , Dans Aquilino Morelle éd., *La santé publique*. Paris, Presses Universitaires de France, 2017, pp. 3-42.
- (28) Glick, Michael, et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British dental journal* 221.12 (2016) : 792-793.)
- (29) Moussa-Badran S, pratiques et formation en médecine physique et de réadaptation, journal de réadaptation médicale : Volume 33, Issue 1, Mars 2013, Pages 26-30
- (30) Vergnes JN et Azogui S « « Santé Publique Orale » : contexte, enjeux et perspectives , *Santé Publique*, vol. 35, no. HS1, 2023, pp. 9-16.
- (31) Faulks D, Santé orale des personnes en situation de handicap, comment réduire les inégalités ? Sarrebruck, 2011, p 46

- (32) *Santé Publique France : six grands enjeux ; en ligne, consulté 12/10/2024* <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/programme-de-travail-2024-de-sante-publique-france-les-travaux-menes-autour-de-six-grands-enjeux>
- (33) Lebrun L., Estellat C. Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé DHOS-O1 mai 2004 1/25, en ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_ebs.pdf
- (34) Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E. Reconnaître la santé orale comme un enjeu de santé publique. *La Revue de Santé Scolaire et Universitaire* 12.71, 2021 : 8-1.
- (35) Dorin S. et al, HAS 2011 <https://www.unapei.org/article/laccompagnement-de-la-personne-avec-un-trouble-du-developpement-intellectuel-parutions-de-recommandations-de-bonnes-pratiques-professionnelles-de-la-has/> , en ligne
- (36) IRDES : Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France.Tome1- Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-1-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>
- (37) Zribi,G. Quel sort fait-on aux personnes polyhandicapées ? Gérard Zribi éd., Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple. Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions. Rennes, Presses de l'EHESP, 2013, pp.189-93
- (38) Benzian H, Beltràn-Aguilar E. The return of oral health to global health is significant for public health everywhere. *J Public Health Dent.* 2021 Jun ;81(2):87-89
- (39) Pettenati-Soubayroux, Isabelle, et al. Association entre pathologie parodontale et maladie cardio-vasculaire. *J. Periodont* 23 (2004) : 257-264.
- (40) Julien Camiat, Juliette Bailly, Sahar Moussa-Badran, Les soins spécifiques en odontologie en France : enjeux, état des lieux, perspectives *Santé Publique* 2023/HS1 (vol. 35), pages 57 à 75
- (41) Gondlach C, Catteau C, Hennequin M, Faulks D. Evaluation of a Care Coordination Initiative in Improving Access to Dental Care for Persons with Disability. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Aug 1;16:2753.
- (42) Pascal J et al. Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public., *Santé Publique*, vol. 17, no. 3, 2005, pp. 357-369.
- (43) Héron-Longé, Bénédicte. « Chapitre 57. Les parcours de santé des personnes polyhandicapées. Acteurs et organisations », Philippe Camberlein éd., *La personne polyhandicapée. La connaître, l'accompagner, la soigner.* Dunod, 2021, pp. 1013-1025.
- (44) Ordre National des chirurgiens-Dentistes : Pr Declerk D, 2015, POITIERS, 1er colloque de Médecine bucco-dentaire : Handicap-Dépendance-Précarité Poitiers, 2015, ed Atlantique, Poitiers, pp 88
- (45) Dominicé Dao M et Bodenmann P. Chapitre 1.8. Ce que l'autre peut susciter chez nous : préjugés, stéréotypes et discrimination dans la pratique clinique », dans Patrick Bodenmann éd., *Vulnérabilités, diversités et équité en santé.* Médecine & Hygiène, 2022, pp. 95-101.
- (46) Art 43, CSP Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé
- (47) Assayag-Gillot L. Le compromis selon Paul Ricœur , *Négociations* vol. 29, no. 1, 2018, pp. 103-120
- (48) CNERER : Conférence nationale des espaces éthiques régionaux, Fiches repères, juin 2023. En ligne <https://www.cnerer.fr/ressources/cnerer> consulté le 26/01/2024
- (49) T. Beauchamp J Childress principes de l'éthique bio médicale p 223-233 Ed Les Belles Lettres, Paris, 2020
- (50) La bioéthique à l'heure de la transition individualiste Pierre Le Coz Dans *Études*, Mai 2018, pages 59 à 70 Éditions S.E.R., Paris, 2018

- (51) B. Bouquet, Droit et place des personnes en perte d'autonomie, éthique de l'intervention Dans Vie sociale, Éditions Érès, Toulouse 2014/2 (n° 6), pages 121 à 127
- (52) A. Camoin, C. Tardieu, P. Le Coz. Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap. *Éthique & Santé*, 2016, 13 (2), pp.91-98
- 53) Corine Pelluchon, L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie, paris, puf, 2009
- (54) Bouquet, Brigitte. Droit et place des personnes en perte d'autonomie, éthique de l'intervention, *Vie sociale*, vol. 6, no. 2, 2014, pp. 121-127.
- (55) La bioéthique à l'heure de la transition individualiste, Pierre Le Coz Dans *Études* mai 2018 pages 59 à 70
- (56) Hodgkinson I, Gofette J, André E : Pour une éthique commune dans les soins apportés aux personnes polyhandicapées, *Motricité cérébrale*, Paris, Masson ,2004 ; 25(4), pp. 172-176,
- (57) T. Beauchamp J Childress les principes l'éthique biomédicale page 58, Ed Les Belles Lettres, Paris, 2020
- (58) Camoin A Le Chirurgien-dentiste face au Refus de soins chez l'Enfant avec Troubles Psychiques ou Cognitifs, thèse universitaire soutenue le 03/07/2019, Aix-Marseille
- (59) Lavielle J, bordeaux 2017, thèse de médecine. Jeanne Lavielle. État des lieux de la prise en charge des patients handicapés aux urgences de l'hôpital Pellegrin .
- (60) Osei-Tutu K Redefining excellence in health care: uniting inclusive compassion and shared humanity within a transformative physician competency model , *CMAJ* 2024 March 25;196:E381-383
- (61) M Hennequin, D Faulks, D Roux: Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients , *J dentistry*, Tome 28, N°2, , fev 2000 Cork, Ireland, pp131-6
- (62) Miceli P L'attention aux émotions dans la prise en charge familiale de la maladie d'Alzheimer, *Gérontologie et société*, vol. 38/150, no. 2, 2016, pp. 59-72.
- (63) Garo M. Angoisses archaïques chez les personnes polyhandicapées, Gérard Zribi éd., *Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple. Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions*. Presses de l'EHESP, Rennes, 2013, pp. 75-82
- (64) HCSP : (Haut Conseil de la Santé Publique) en ligne [consulté le 12/01/2024 ; https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1285](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1285) ,
- (65) Jérôme Gofette, Nous, manifeste d'un nouvel humanisme, Association Académique pour les Humanités, Liège, mars 2020

8. ANNEXES

- 8.1. Résultats**
- 8.2. Lien vers données brutes**
- 8.3. Grille APECS**

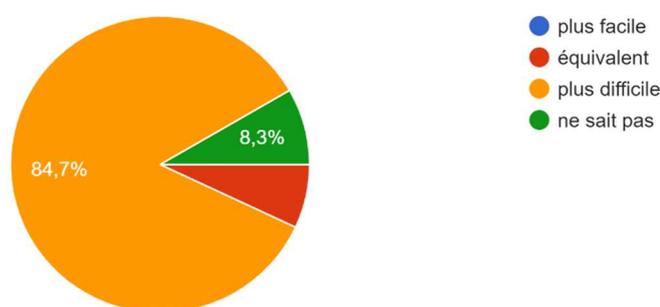
8. ANNEXES

8.1 Résultats de l'enquête

Q1

En comparaison à la population générale, pensez-vous que l'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap est généralement:

72 réponses



Q2 : 34 réponses ouvertes

- Démographie médicale, formation, représentations du handicap
- plus nous augmentons le nombre d'intermédiaires, moins c'est facile
- par méconnaissance et peurs des praticiens parfois par manque de rentabilité
- la prise en charge est plus complexe donc moins d'établissement offre une prise en charge
- Difficile d'avoir des places de bloc pour les soins dentaires sous AG (lien financier ?)
- manque de structure,
- Difficulté ou incapacité à se gérer, à se contrôler
- Les patients sont plus difficiles à gérer et prennent plus de temps.
- demande des rendez vous plus longs, parfois pas de locaux adaptés aux fauteuils roulants (escaliers..)
- difficultés de communication concernant les symptômes la douleur
- La réaction du patient peut parfois être plus difficile
- déjà l'accès au bâtiment, et ensuite le délai des rendez vous nécessite beaucoup d'organisation
- la peur, l'inconnu, la douleur
- Stresse, peur,
- Manque de professionnels en général. Manque de professionnels motivés pour prendre le tps avec ces patients spécifiques
- La nécessité généralement des sédation et/ou anesthésie générale

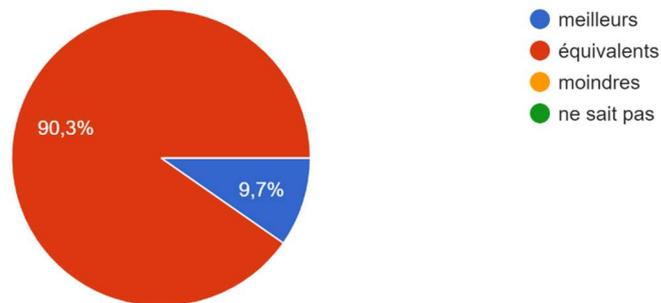
- Souvent les gestes doivent se faire sous AG . Les dentistes en cabinet n'ont pas le temps de prendre le temps avec ces patients. Manque de formation de l'approche de l'handicap
- Une prise en charge plus complexe
- Prise en charge accompagnement
- Compétences des opérateurs, possibilités d'adapter les prises en soins plus compliquées dans certains cabinets
- difficulté à rester calme et maître de leur comportement si le geste devient douloureux ou si appréhension
- difficulté de trouver une structure adaptée permettant leur prise en charge
- plus complexe
- spécialité de part du temps consacré et de la population accueillie
- chronophage, demande plus de personnel
- Moins accès aux soins que les autres , plus difficile à avoir des soins dans un cabinet du fait de leurs handicaps
- patient plus difficile à prendre en charge (ouverture de bouche ...)
- L'accès est le même pour tout le monde
- Structures non adaptées à l'accueil de patients en situation de handicap. Personnel n'ayant pas suivi de formation spécifique.
- Peu de créneaux et de dentiste pour s'occuper d'eux
- accès aux locaux compliqué ; méthodes de traitement spécifiques
- Professionnels de santé peu formés pour la prise en charge des personnes en situation de handicap, plateau technique non adapté, manque de temps, manque de volonté. Difficulté d'accès pour les patients (prise de rendez vous, déplacements, accueil), difficulté de communication.
- Suivi plus compliqué
- par discrimination, par crainte, par peur de "perdre du temps"(de l'argent)
- Par difficultés de communication , de mobilité , de coopération aux soins
- Défaut de communication (surtout il s'agit d'un patient non communiquant) et deuxièmement pas d'accès direct car généralement ces patients sont placés dans des centres et foyers avec des procédures assez complexes pour accéder aux soins avec beaucoup de freins administratifs (titulaire, curatelle,,,,,)
- prise en charge parfois plus complexe que la population générale donc plus difficile à organiser
- Soins souvent impossibles chez un dentiste, et nécessité de se tourner vers le milieu hospitalier avec délais rallongés.
- il y a trop de délais et très peu de dentiste qui savent et/ou veulent faire
- Prise en charge plus difficile qui mobilise du personnel, tous les établissements de soins ne le font pas
- difficulté d'accès aux soins en cas de handicap
- nécessité d'une prise en charge spécifique, plus longue, sans valorisation financière pour le praticien donc difficulté d'accès aux soins pour ces patients
- Tout dépend du degré du handicap....
- Difficultés de langage, de compréhension, entourage, parents, souvent enfants, polyhandicapés, autiste, etc.
- patient peut être moins coopératif, avoir plus peur, difficulté pour les explications données
- peu de cabinets acceptent les patients porteurs de handicap
- La consultation prend sûrement plus de temps et souvent dans l'impossibilité de soigner au fauteuil ces patients
- manque d'offres de soins

- stress plus important
- manque de medcin formé
- Il est peut être difficile de trouver un praticien qui accepte de faire des soins aux personnes en situation de handicap
- manque de praticien pour une prise en charge qui reste spécifique et individuelle à chaque patient et non à une typologie

Q3

En comparaison à la population générale, pensez-vous que les soins prodigués aux personnes en situation de handicap doivent être, en terme de qualité:

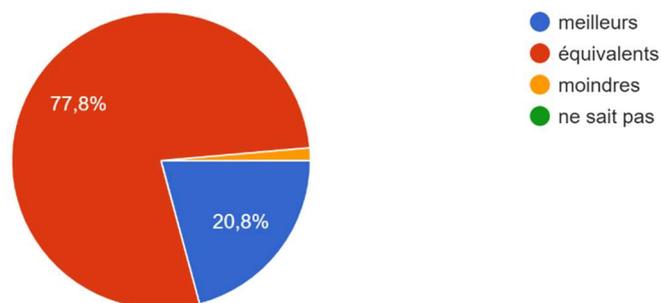
72 réponses



Q4

Pensez-vous qu'ils doivent être, en terme d'objectif thérapeutique:

72 réponses



Q5 : 19 commentaires

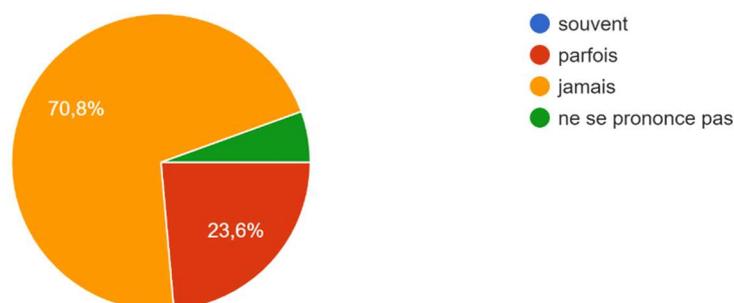
- Ethiquement l'objectif c'est l'égalité des soins pour la population
- les soins doivent être identiques quelque soit sa pathologie ou sans pathologie
- J'ai mis meilleur parce que c'est des patients qui vont pas pouvoir revenir plusieurs fois. Donc il va falloir essayer d'être très dans la globalité et par exemple une installation hyper rigoureuse au niveau des points d'appui, des antalgiques, un petit peu plus poussé parce qu'en fait les gens s'expriment pas sur leur Douleur par exemple et essaie de prendre en charge aussi la famille, les parents pour les rassurer et tout ça

- ceci ne signifie pas qu'il doivent être de moins bonne qualité mais ils ne doivent peut être pas avoir le même objectif, par exemple ne pas faire des soins trop complexes sachant qu'il n'y a aucun brossage de dents et peut être aller plus rapidement vers l'extraction dentaire plutôt que vers le ttt à tout prix d'une dent qui ne sera pas entretenu dans les suites ...
- En tenant compte des spécificités du patient, comme pour la population ordinaire, la prise en soins est individualisée
- Les familles doivent avoir accès à des dentistes proche de leur domicile. Et non faire parfois une centaine de kilomètres. Crée une pièce d'accueil chaleureuse , réservée à ces personnes
- Importance de suivis annuels, pour éviter si possible une AG /an pour soins dentaires
- Car il ne faut pas y retourner
- Patients qui ont parfois du mal à s'exprimer, notamment sur la douleur. Hygiène dentaire parfois diminuée d'où le risque accru d'infections et pathologies.
- car ils ne savent pas exprimer leur douleurs ni les complication qui puisse arriver avec la négligence
- il faut miser sur un objectif suffisamment haut afin d'éviter d'y revenir (pb de l'AG)
- reviendront moins souvent
- On préfère qu'ils seront soignés correctement et parfaitement car ils ont un accès un peu difficile par rapport les autres
- Réaliser les soins les mieux adaptés au handicap
- Ils doivent plus réfléchir dans leurs objectifs de maintien dans la durée. Et également réfléchir dans l'acceptation possible du patient afin de garder un relationnel par la suite sans
- on se doit de prodiguer le meilleur soin possible comme à toute personne lambda
- l'assiduité ou la compréhension d'une personne handicapée sur le soin a réalisé est sans doute plus difficile à faire comprendre
- Je pense que l'objectif thérapeutique est identique, c'est à dire que le résultat doit être le même, avec une prise en charge qui sera adaptée au patient dans sa globalité et non uniquement d'un point de vue médical

Q6

Pensez-vous qu'il puisse être justifiable de refuser la prise en charge d'un patient sous anesthésie générale pour soins dentaires du fait d'une situation de handicap (hors contre indication médicale) ?

72 réponses



Q7: 51 réponses ouvertes

- même accès aux soins que la population générale

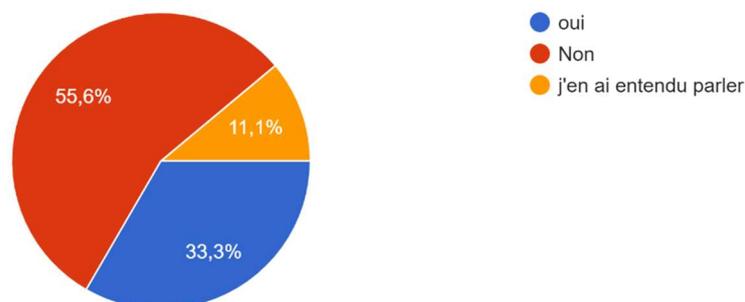
- Hors contre indication médicale, il est normale de chaque personne handicapée ou non puisse bénéficier de soins de qualité
- Les personnes en situation de handicap doivent être soignées; il est inadmissible que les soins soient refusés du fait de leur handicap, et encore plus l'anesthésie générale. Il faut aider ces personnes et leur famille, donc il faut leur faciliter l'accès aux soins, et les soins en eux mêmes.
- Un handicap n est pas une raison de non soin
- Bénéfice/risque
- Chaque personne doit être pris en charge de façon égalitaire
- le recours à l'anesthésie générale ne doit pas être une facilité pour gagner du temps, chaque situation doit être évaluée avec discernement
- une personne handicapée a le droit aux mêmes soins qu'un autre patient.es soins qu'une personne normale
- Mêmes droits que le reste de la population
- Nous avons tous le droit d'avoir un accès aux soins que nous soyons porteur de handicap ou non!!
- tout les patients doivent avoir accès aux mêmes soins en terme de qualité, de délais, de choix du praticien...
- Ces patients nécessitent pour obtenir des soins de qualité équivalente une prise en charge comportementale pouvant aller jusqu'à l'AG qui doit être utilisée si nécessaire.
- autisme/trisomique qui peuvent être dans le refus complet du soins et qui nécessite parfois un report pour ne pas être dans la violence du soins
- Prise en charge plus complexe, qui demande plus de temps et de personnel avec sentiment d'effectuer l'anesthésie générale sois contrainte
- C'est horrible de penser que des puissent être refuser parce que la personne est porteuse de handicap!
- il n'y pas bcp de contre-indication a l'anesthésie
- On refuse des fois mais pour des raisons administratives ou paperasse ou paperasse
- Le droit à l'accès aux soins est pour tout le monde identique. Le handicap ne doit représenter un frein.
- S'il n'y a pas de contre indications et si l'orientation a été faite par une équipe qui a déjà réfléchi ou essayer d'autres prises en charge.
- Si les conditions de prise en charge en aval et en amont ne sont pas satisfaisantes
- sans contre indication médicale et bénéfice/risque pris en compte, il n'y a pas de raison de refuser
- bénéfice/ risque
- à évaluer selon le degré d'urgence et de priorité en terme de programmation
- C'est discriminant comme le serait l'origine sociale, la couleur de peau...
- Il est pas justifiable de refuser l'accès au soins en général et encore moins du a un handicap
- Toute personne a droit à des soins
- par défaut de compétence, selon les types de handicap, pour des demandes excessives compte tenu des difficultés
- c'est au professionnel de s'adapter, de se procurer et d'utiliser les moyens existants
- Toute personne a le droit de se faire soigner...handicapé ou non!
- Les soins doivent être facilités à tous
- Pourquoi sous prétexte de handicap on ne soigne pas les patients !
- Peur de l'anesthésie, mauvaise compréhension de la part du patient pouvant conduire à de l'agitation

- Toute personne a le droit à des soins dentaires, si il est plus simple de le faire sous anesthésie générale pour les personnes porteur de handicap pourquoi n'aurait il pas le droit à ses soins.
- 1ère consultation pour évaluer le type de prise en charge futur, MEOPA, relation de patience et confiance, ou AG si essais infructueux
- Une personne handicapé souffre comme les autres . C'est un être humain..Le manque de soin peut engendrer d'autres pb de santé
- au contraire, c'est important que la personne et sa famille aient ce choix la pour le confort du patient
- la personne handicapée nécessite un accompagnement adapté et donc les équipes doivent être formée au préalable au risque d'avoir un échec au bloc avant ou après
- L'accès à l'anesthésie générale doit être le même pour tout le monde
- l'accès au soin doit être le même mais c'est l'adaptabilité du praticien et de son équipe qui doit être performante
- hormis contre indication à l'anesthésie générale
- Je pense que sauf contre-indication médicale, toute personne a le droit à une prise en charge optimum et ça pour le confort de la personne pour l'angoisse et pour la facilité du chirurgien et de la prise en charge, c'est mieux de faire une anesthésie générale
- S'il y a une contre indication à l'AG
- Jamais, Si la personne concerné est bien au courant des risques (patient ou tuteur)
- Si l'AG est la seule alternative et qu'il n'y a pas de CI, pourquoi ne pas le faire ?
- Rapport bénéfices/risques lié au handicap
- Toute personne à le même droit d'accès aux soins quelle soit ou non en situation de handicap
- s'il y a un besoin de soins pour un patient en situation de handicap, il faut le soigner sous AG si nous n'avons pas d'autres alternatives
- Les soins peuvent se faire correctement sans que la personne soit stressée
- ceci dépend bien entendu des autres comorbidité du patient, au même titre que n'importe quel autre patient lambda, rapport bénéfice/risque de l'AG...
- égalité à l'accès aux soins

Q8

Connaissez vous la charte Romain Jacob ?

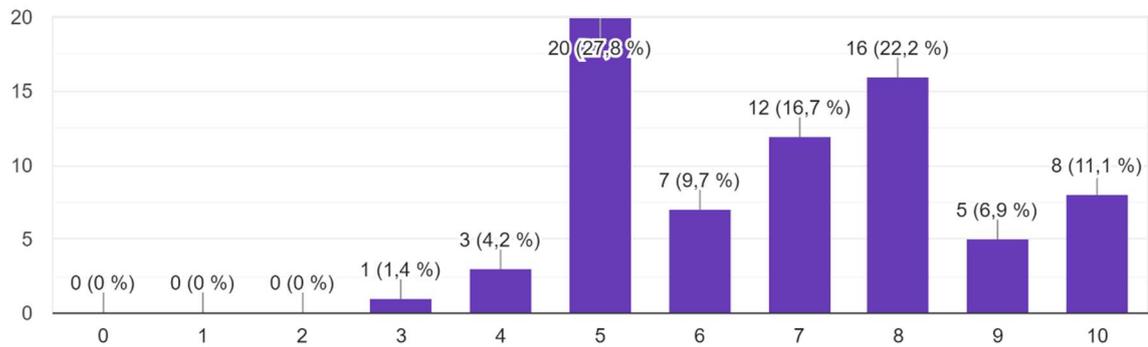
72 réponses



Q9

Selon vous, pour l'ensemble des autres patients et accompagnants, la présence de personnes en situation de handicap dans un établissement de santé...s sur l'échelle entre à(rejet) et 10(bienveillance)

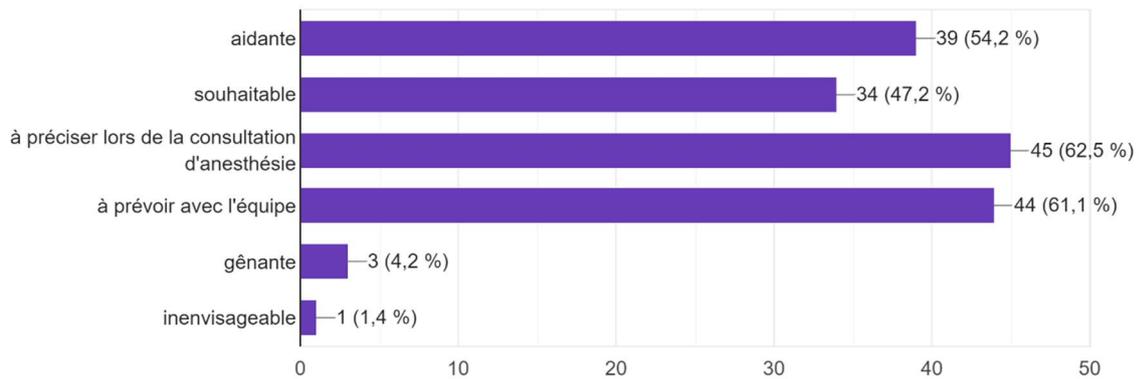
72 réponses



Q10

Lors de l'induction anesthésique, pour un patient en situation de Handicap, la présence d'un accompagnant vous paraît:

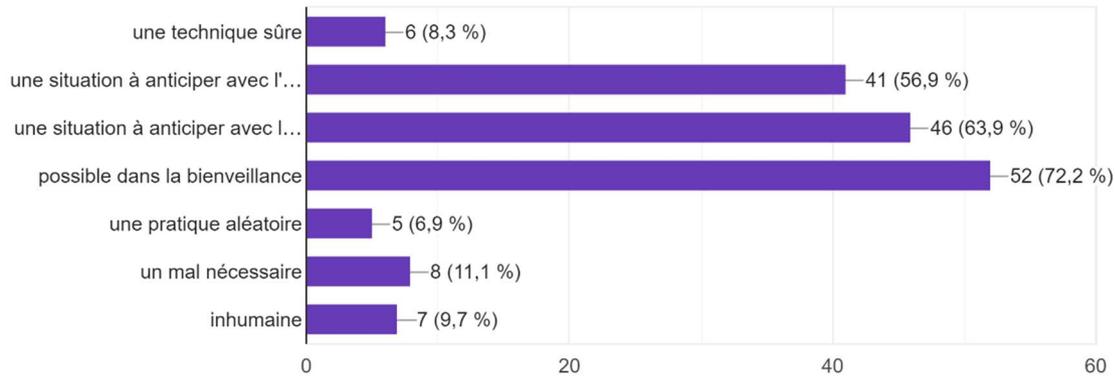
72 réponses



Q11

Lorsqu'elle n'est pas évitable malgré la prise en charge adaptée, la contention physique lors de l'induction de l'anesthésie des patients en situation de handicap vous paraît:

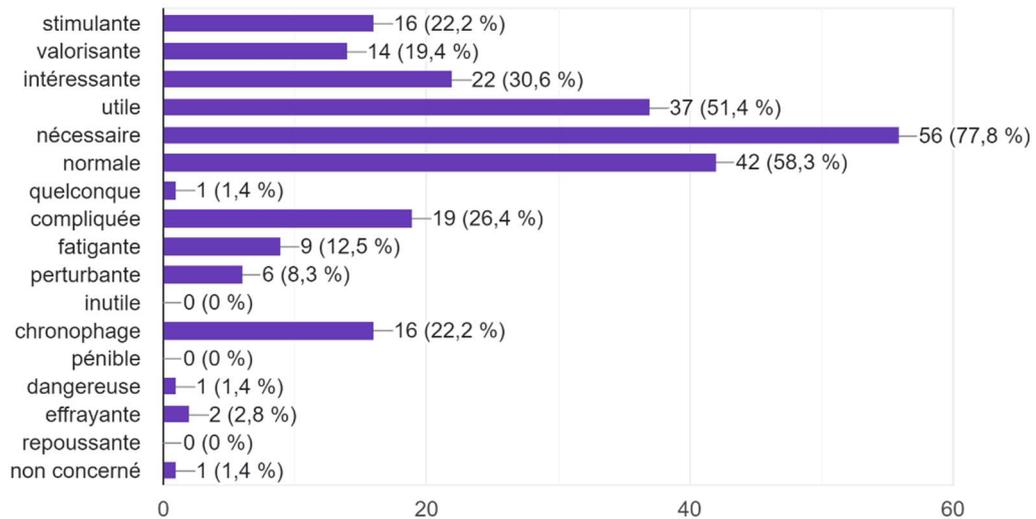
72 réponses



Q12

Si vous recevez des personnes en situation de handicap, une adaptation de la prise en charge est souvent nécessaire. Retenez les qualificatifs les plus proches de votre perception de cette activité:

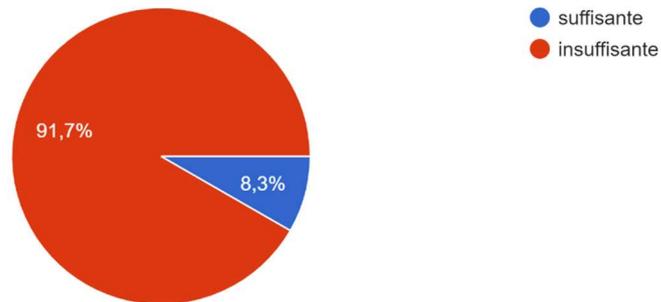
72 réponses



Q13

Selon vous, la formation initiale des personnels médicaux et paramédicaux pour la prise en charge des personnes en situation de handicap est , en France:

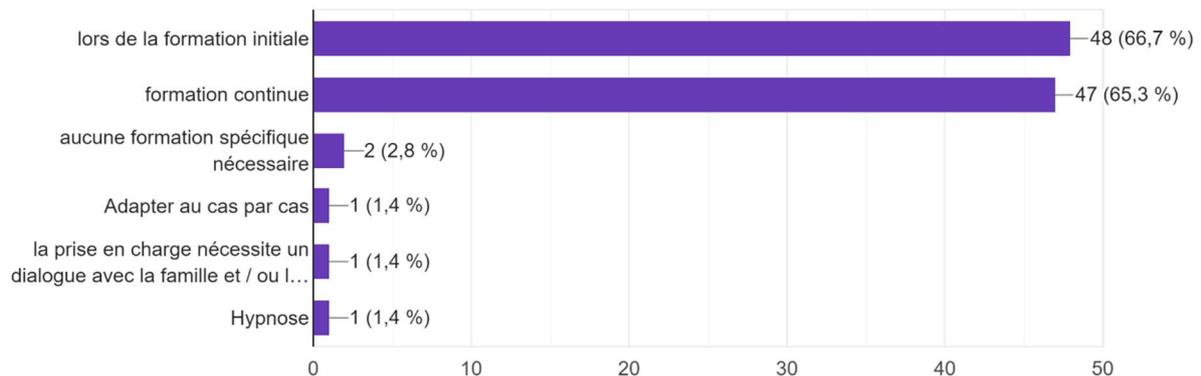
72 réponses



Q14

Pensez vous que la prise en charge des patients en situation de handicap nécessite une formation spécifique?

72 réponses



Q15 : Formation : commentaires

-Je pense qu'une formation à la prise en charge de ces patients lors de la formation initiale paraît indispensable au même titre que les autres disciplines enseignées. Pour autant, continuer les formations au cours de notre exercice nous permet aussi de voir les choses avec un meilleur recul clinique

-pas de réel consensus dans l'équipe sur la prise en charge, les drogues d'induction, la présence ou non de l'accompagnant, ceci entraîne parfois un peu de confusion dans les équipes

-il me semble que l'expérience compte aussi beaucoup et permet d'améliorer l'adaptation de la prise en charge du patient en situation de handicap

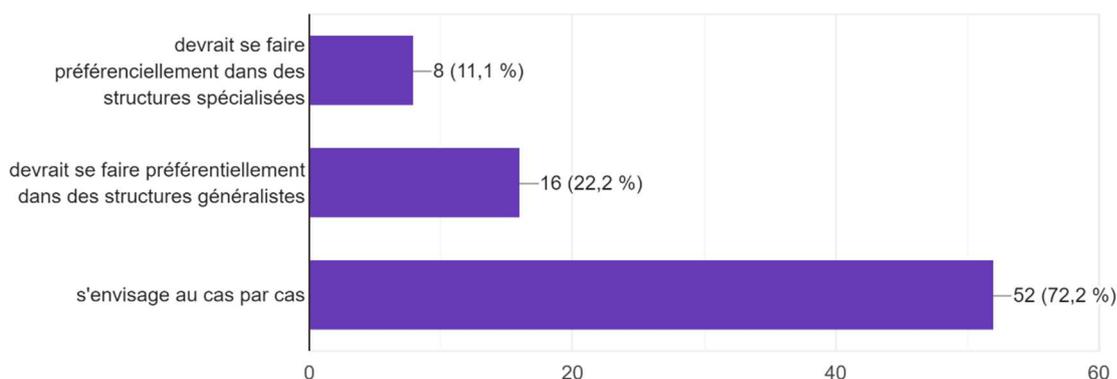
-La nécessité d'une alliance thérapeutique soignant/soigné doit être intégrée dans les études médicales, ainsi que l'éthique en santé

- La formation continue est nécessaire pour éviter d'éventuelles routines et permettre la remise en question
- Apprendre à parler positivement amène beaucoup de confiance et de réassurance pour le patient
- Crée une formation sur l'accueil et encadrement de la personne handicapée mentale au bloc
- pour acquérir des connaissances nouvelles et adaptées aux différents handicaps
- les mentalités évoluent et nous devons faire face à une certaine demande
- et formation harmonisée au niveaux des différents organismes formateurs
- l'inclusion du handicap dans la société en général doit être améliorée
- Une formation ponctuelle, institutionnelle peu être envisageable
- à voir en fonction des corps de métier et de leur spécialité

Q16

Selon vous en termes d'organisation, la prise en charge des personnes en situation de handicap

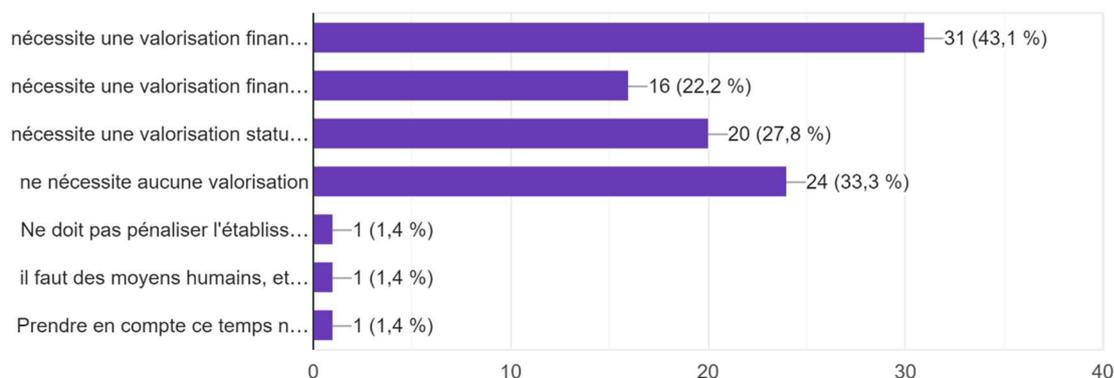
72 réponses



Q17

Selon vous, le temps et l'expertise nécessaires à la prise en charge des patients en situation de handicap

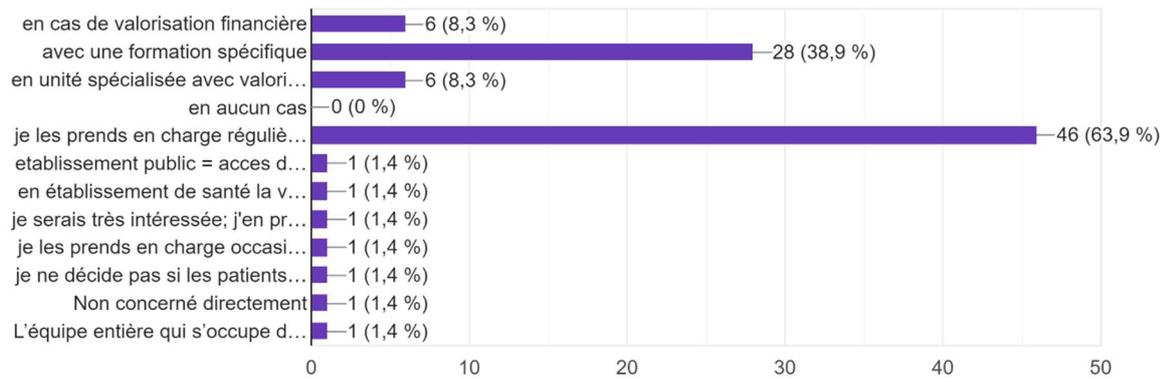
72 réponses



Q18

Personnellement, seriez vous prêts à prendre en charge régulièrement des patients en situation de handicap:

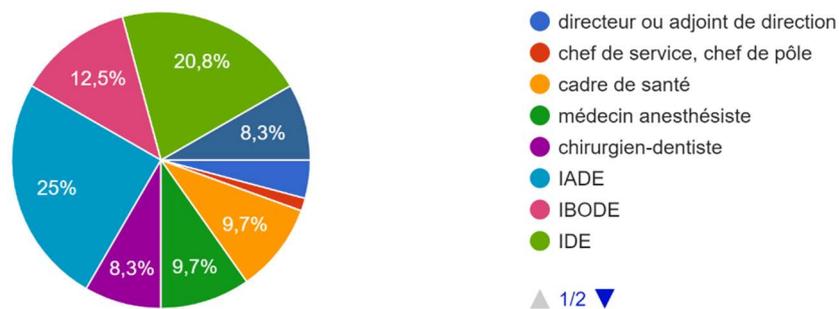
72 réponses



Q19

Dans votre exercice professionnel actuel, vous êtes:

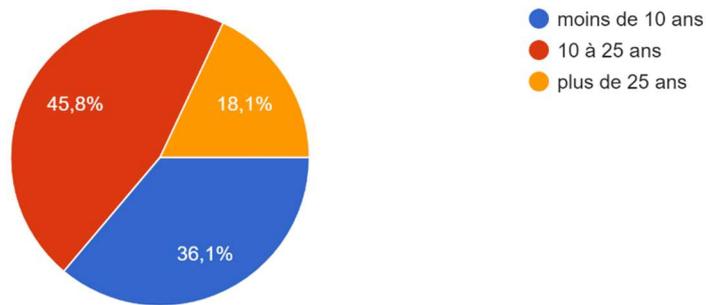
72 réponses



Q20

Depuis combien de temps exercez vous dans cette fonction

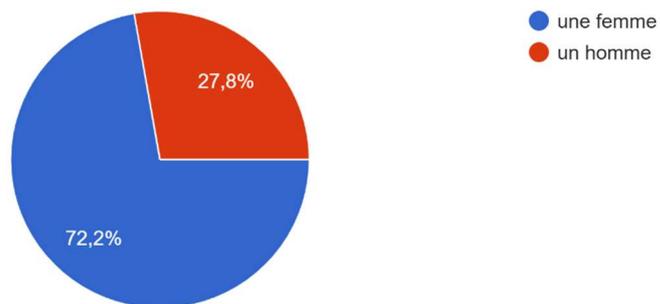
72 réponses



Q21

Vous êtes:

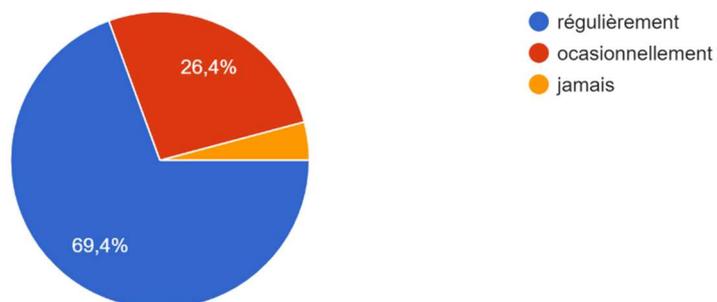
72 réponses



Q22

Votre établissement pratique les soins dentaires sous anesthésie générale au près des patients en situation de handicap:

72 réponses



Titre :

EQUITE EN SANTE ET HANDICAP

A propos des soins dentaires sous anesthésie générale pour les personnes en situation de handicap

Résumé

Le principe d'égalité des droits est bien établi dans les nations démocratiques depuis la rédaction de la déclaration universelle des droits de l'homme par l'ONU en 1948. Parmi ces droits, le droit à la santé est un des déterminants essentiels du devenir de la personne. L'évaluation de l'état et des besoins de santé de l'ensemble de la population, ainsi que la répartition de l'offre relèvent de la santé publique. Les outils actuels permettent de constater un différentiel notable d'accès aux soins entre les patients en situation de handicap et l'ensemble de la population.

Des moyens sont envisagés pour pallier cette difficulté, mais le contexte actuel de réduction des dépenses de santé n'est pas favorable à la réussite de ces programmes.

La prise en charge des patients en situation de handicap nécessite un surcroît de moyens pour assurer une équité de devenir et de bien-être. En ce qui concerne la prise en charge des soins bucco-dentaire chez le patient porteur d'un handicap mental psychique ou émotionnel, le recours à l'anesthésie générale s'avère parfois indispensable à l'achèvement des soins. Ce parcours adapté est-il légitime aux yeux de la société, du système de soins, des soignants eux-mêmes ? Ce souci d'équité est-il socialement réaliste ? Quel regard adopter ou modifier, à l'égard de notre pratique et de nos patients ?

Le but de ce mémoire est de dégager la dimension éthique personnelle, institutionnelle ou sociétale, des différents freins à la prise en charge au bloc opératoire des soins bucco-dentaires pour les patients en situation de handicap mental, psychique ou émotionnel. Il est basé sur la revue de la littérature renforcée par une enquête ouverte adressée aux différents acteurs de santé.

La société énonce sa volonté d'une politique d'intégration du handicap. Les acteurs de santé qui ont une vision inclusive du handicap ont besoin de formation et de reconnaissance. Certains pays (Canada, Suède, Norvège) commencent à intégrer cette orientation non seulement à la formation initiale mais également à l'évaluation de la qualité des soins. La France s'en donnera-t-elle les moyens ?

Mots clés :

Ethique, handicap, santé publique soins bucco-dentaires, anesthésie générale.

Adresse de l'auteur :

Laurent Vallet , 320 Boulevard des Vingtaines, 42 260 Saint-Germain-Laval
Vallet-cascades@wanadoo.fr