Patients en situation de précarité et accès aux soins dentaires sous anesthésie générale : approche qualitative

Cécile Delpech

▶ **To cite this version:**

Cécile Delpech. Patients en situation de précarité et accès aux soins dentaires sous anesthésie générale : approche qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-03052700

HAL Id: dumas-03052700

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03052700

Submitted on 10 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2015 **Thèse n°**

T H E S E

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 12 novembre 2015

par

Cécile DELPECH

(Née le 26 février 1990)

PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE ET ACCES AUX SOINS DENTAIRES SOUS ANESTHESIE GENERALE : APPROCHE QUALITATIVE

J U R Y :

Présidente : Madame Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités

Assesseurs : Madame Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités

Monsieur Pierre Yves COUSSON, Maître de Conférences des Universités

Monsieur Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2015 **Thèse n°**

T H E S E

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 12 novembre 2015

par

Cécile DELPECH

(Née le 26 février 1990)

PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE ET ACCES AUX SOINS DENTAIRES SOUS ANESTHESIE GENERALE : APPROCHE QUALITATIVE

J U R Y :

Présidente : Madame Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités

Assesseurs : Madame Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités

Monsieur Pierre Yves COUSSON, Maître de Conférences des Universités

Monsieur Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE D'AUVERGNE-CLERMONT 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
63000 CLERMONT-FERRAND

Président de l'Université	:	Monsieur le Professeur Philippe DULBECCO
Directeur Général Des Services	:	Mme Myriam ESQUIROL
DOYEN DE LA FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	:	Madame Stéphanie TUBERT- JEANNIN Professeur des Universités
Assesseurs	:	Monsieur Pierre-Yves COUSSON Maître de Conférences des Universités
		Madame Martine HENNEQUIN Professeur des Universités
		Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités
		Madame Valérie ROGER-LEROI Professeur des Universités

LISTE DES PROFESSEURS

Professeurs des Universités Emérites :

Madame Martine BAUDET-POMMEL
Monsieur Jean-Claude BOREL
Monsieur Maurice MORENAS
Monsieur Alain WODA

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers :

Monsieur Pascal AUROY	- Prothèses
Monsieur Radhouane DALLEL	- Sciences Anatomiques
Madame Sophie DOMEJEAN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Madame Martine HENNEQUIN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Emmanuel NICOLAS	- Prothèses
Monsieur Thierry ORLIAGUET	- Sciences Biologiques
Madame Valérie ROGER-LEROI	- Sciences Biologiques
Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Jean-Luc VEYRUNE	- Prothèses

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers :

Madame Marion BESSADET	- Prothèses
Monsieur Hervé BESSE	- Pédodontie
Monsieur Christian CHAMBAS	- Orthopédie Dento-Faciale
Monsieur Didier COMPAGNON	- Prothèses
Monsieur Pierre-Yves COUSSON	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Nicolas DECERLE	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Christophe DESCHAUMES	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Laurent DEVOIZE	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Jean-Christophe DUBOIS	- Prothèses
Madame Christelle GREMEAU-RICHARD	- Pédodontie
Mademoiselle Céline MELIN	- Sciences Anatomiques
Madame Estelle PEGON-MACHAT	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Paul PIONCHON	- Sciences Anatomiques
Monsieur Dominique ROUX	- Odontologie Conservatrice, Endodontie

Professeur des Universités :

Monsieur Alain ARTOLA	- Neurosciences

Maître de Conférences des Universités :

Mademoiselle Lénaïc MONCONDUIT	- Neurosciences

Professeur Certifié

Mademoiselle Gaëlle DUCOS	- Anglais

Maîtres de Conférences des Universités Associés :

Monsieur Philippe CHASSANG	- Sciences de Gestion
Madame Anne DEPREUX	- Informatique et Pédagogie
Monsieur Jean-Yves DUBOIS	- Sciences Biologiques

Remerciements

A Madame Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Soyez assurée de toute ma gratitude et de mes sincères remerciements.

A Madame Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Je vous remercie également pour votre aide, votre disponibilité et votre patience. Il a été très agréable pour moi de travailler à vos côtés et d'apprendre à vos côtés, soyez-en vivement remercier.

A Monsieur Pierre-Yves COUSSON, Maître de Conférences des universités

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de participer a ce jury de thèse, mais également pour votre enseignement et votre sympathie au cours de ces années d'études. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse ainsi que pour la qualité de votre enseignement. Soyez assuré de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

A Madame Caroline ESCHEVINS,

Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apporté pour la rédaction de ce travail ainsi que votre disponibilité et votre gentillesse.

A l'ensemble des enseignants qui m'ont encadré pendant mon cursus,

Je vous remercie pour votre enseignement, vos conseils et votre disponibilité. Je remercie plus spécialement les docteurs Anne DEPREUX, Daniela GAGENEAU, Christelle GREMEAU-RICHARD, Céline MELIN et Stéphanie MERCIER.

Je remercie également le docteur Jean Claude STARCK.

A ma famille,

Mon mari, Vincent,

Je te remercie d'être là pour moi chaque jour qui passe. Quelques mots ne suffiront pour te dire tout ce que tu m'as donné et apporté. Simplement, MERCI.

Mes parents,

Je vous remercie pour tout ce que vous avez pu m'apporter durant mes études : votre soutien, votre gentillesse, votre compréhension, votre savoir-faire et vos conseils. Je vous remercie d'avoir su me réconforter, me booster et m'accompagner dans mes choix. Sans vous, je ne serai pas ce que je suis.

Mon frère, Antoine,

Je te remercie d'avoir toujours été là pour moi. Pas besoin de parole pour se comprendre, tu es mon jumeau, mon double. Je suis très fière de toi et je sais que tu seras être un excellent médecin par tes choix et tes actions.

Mes grands parents,

Je vous remercie de m'avoir toujours soutenu et compris, de tout l'amour et la gentillesse que vous avez pu avoir à mon égard et qui m'ont entouré durant toute mon enfance. Je remercie plus particulièrement Geneviève CHOUVET qui reste pour moi un exemple dans la dentisterie. Je lui dédie cette thèse.

Mes tantes, mes oncles et l'ensemble de mes cousins,

Je vous remercie. Vous avez su m'apporter le soutien familial et l'unité d'une famille.

Mes beaux-parents, ainsi que Mathieu et Nathalie,

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans votre famille. Je suis très touchée par votre présence à ma soutenance de thèse.

A mes amis,

Je vous remercie du plus profond de mon coeur d'avoir toujours été comme vous êtes. Sans vous, la vie serait moins drôle. Merci à Benou (je dirai même plus que merci!!!!), Axel (dit Ab Shalom ou Rondoudou pour les intimes), Emeline (dite Meumeu), Dup, Elie, Lauren, Nome, Nini, Macha (ma sisterflat), Magno, Marine.
Merci à Arnaud, Bihlou, Charlotte B, Elise V., Héléna, Lambert, Laureline, Loulou et Marine (ainsi que Marie-Ficelle), Ponyta, Romy.

Merci également à toute la promo!

Je remercie Sandrine. Nous avons grandi ensemble, nous sommes les filles de l'Allier. Sans toi, ce ne serait pas pareil.

Je remercie mes amis depuis toujours (ceux qui ont grandi avec moi) : merci à Caro et Arthur, Gathoune et Chaly (les croquettes), Adrien et Louis, ainsi que Ju, Camille et petit Louis.

Je remercie tous les copains d'ici et d'ailleurs : Adrien et Natacha, Florian, Hugues, Jérémy et Léa, Pierre.

Sommaire

1. **Introduction** 2
2. **Matériel et méthode** 4
   - 2.1. **Méthodologie** 4
   - 2.2. **Population** 4
   - 2.3. **Echantillonnage** 5
   - 2.4. **Recueil des données** 5
   - 2.5. **Variables de l'étude** 5
   - 2.6. **Validité des analyses** 6
3. **Résultats** 7
   - 3.1. **Profil socio-démographique des patients** 7
   - 3.2. **Comment l'accès aux soins a été possible** 8
     - 3.2.1. **Une offre de soins qui correspondait aux attentes des patients** 8
     - 3.2.2. **Une relative capacité d'autonomie des patients** 9
       - *Capacité des patients à décider pour eux-mêmes : l'évaluation d'un bénéfice-risque* *9*
       - *Capacité à mobiliser leurs ressources individuelles dans un contexte de précarité* *10*
     - 3.2.3. **L'existence et l'utilisation d'un capital social** 11
       - *Utilisation des droits médico-sociaux* *11*
       - *Mobilisation d'un réseau de personne à différents stades du parcours de soins pour pallier à une perte d'autonomie relative à leur situation de précarité* *12*
     - 3.2.4. **Une approche centrée sur le patient et le développement d'une confiance envers les praticiens** 14
       - *Une écoute et un respect de la personne* *14*
       - *Une démarche d'information : le respect de l'autonomie du patient* *15*
       - *Une relation de confiance : un accompagnement vers les soins* *15*
4. **Discussion** 17
5. **Bibliographie** 21

1. Introduction

La précarité est une notion complexe, multidimensionnelle, qui ne peut se réduire à la seule dimension économique. La précarité a été définie par : *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » (38). La précarité est généralement le résultat d'un enchainement d'évènements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale (25, 28). De ce fait, en 1998, la définition de la précarité a été précisée : « *la précarité est un processus et non un état éventuellement réversible où le cumul des handicaps économiques et sociaux, des difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres, est susceptible d'entrainer des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible* » (27).

En France, des études conduites depuis les années 1990 soulignent que, s'il n'y a pas de maladies spécifiques à la pauvreté, les personnes en situation de précarité cumulent les facteurs de risque et les états morbides et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres (28). Les patients en situation de précarité présentent des besoins en soins dentaires multiples. Les pathologies sont plus fréquentes du fait d'une plus grande exposition aux risques (mauvaise alimentation, violence et traumatismes) et d'un recours tardif aux soins ou d'un renoncement aux soins (9, 20, 22, 24). Le renoncement aux soins est au cœur des réflexions de santé publique. En 2008, 15,4% de la population française déclarait renoncer aux soins pour des raisons financières et environ 10% renonçaient en particulier aux soins dentaires (14). Le renoncement aux soins est un processus complexe. La perception des besoins en soins varie selon différents facteurs psychologiques et sociologiques : cadre de vie, situation personnelle et professionnelle, expériences antérieures personnelles et familiales de la maladie et des soins, capacités d'adaptation, estime de soi, degré de projection dans l'avenir (19).

Par ailleurs, les patients rencontrent des difficultés pour entrer dans le système de soins (accès primaire aux soins) puis pour rester dans le système de soin (accès secondaire). L'accès primaire aux soins est conditionné par les difficultés à assumer le coût des soins dentaires. D'autre part, l'inégalité de répartition de l'offre de soins sur le territoire est également un facteur de renoncement aux soins (11). De plus, certains praticiens rendent impossible l'accès aux soins aux plus démunis (16, 17, 30). L'accès secondaire aux soins est déterminé par les expériences que vivent les patients au sein des cabinets dentaires (8). Les personnes en situation de précarité consultent le plus souvent en urgence, dans un contexte où douleur et anxiété compliquent la prise en charge (29). Dans ces conditions, la relation de confiance entre patient et praticien peine à se développer. De plus, si le patient revient après la consultation en urgence, la quantité de soins nécessaires à réaliser peut le décourager étant donné les difficultés financières et organisationnelles imposées par la précarité. Ainsi, l'offre de soins conventionnelle actuelle ne permet pas de répondre aux besoins bucco-dentaires et sociaux de ces patients.

Le service d'odontologie de Clermont-Ferrand a développé le plateau technique permettant de proposer aux patients qui présentent un grand besoin en soins une prise en charge à visée conservatrice et fonctionnelle, en un seul temps, sous anesthésie générale (AG). La qualité des soins prodigués en endodontie dans ces conditions a été évaluée et est équivalente à celle des soins réalisés à l'état vigile (1). Les indications de soins dentaires sous AG ont fait l'objet de recommandations en 2005. L'AG se justifie notamment lorsque *« le comportement du patient empêche toute évaluation et/ou traitement buccodentaire et lorsque l'intervention prévue est longue, complexe ou peut regrouper plusieurs actes en une même séance »* (26).

Une étude qualitative a été mise en place, à Clermont-Ferrand, afin d'évaluer le point de vue des patients en situation de précarité concernant cette nouvelle offre de soins. Le premier objectif de l'étude était de connaître le profil des personnes en situation de précarité ayant bénéficié de soins sous AG (23). Ces patients étaient dans une situation de détresse psychologique devant la dégradation de leur état de santé oral qui avait entrainé des difficultés quotidiennes. Ils étaient également dans une situation d'impasse face au système de soin conventionnel qui n'avait pas répondu à leurs besoins spécifiques.

Le second objectif de l'étude était de comprendre comment les patients en situation de précarité qui ont bénéficié de soins dentaires sous AG ont eu accès aux soins.

2. Matériel et méthode

2.1. Méthodologie

Ce sujet d'étude étant mal connu, une recherche qualitative, basée sur des entrevues semi-structurées a été menée.

2.2. Population

Cette étude a ciblé les personnes majeures en situation de précarité qui ont bénéficié d'une réhabilitation orale sous AG depuis mai 2013 au CHU de Clermont-Ferrand. Les patients ont suivi le parcours de soins suivant :

- Consultation 1 : un examen clinique et un bilan radiologique sont réalisés pour établir un plan de traitement. Des informations sur le déroulement des soins sous AG sont exposées.
- Consultation 2 : le plan de traitement est exposé, le déroulement des soins est ré-expliqué, une plaquette d'information précisant les modalités d'intervention et la nature des soins réalisés est remise au patient.
- Consultation d'anesthésie : une semaine avant l'intervention, le patient consulte un médecin anesthésiste à l'hôpital Guy Thomas de Riom où se déroulera l'intervention.
- Jour de l'intervention : avant l'intervention, le plan de traitement est confirmé ou modifié en fonction de l'aggravation éventuelle des pathologies bucco-dentaires. Les soins sont réalisés. Après le réveil du patient, les praticiens expliquent au patient le déroulement de l'intervention. Un bilan détaillé des soins réalisés est remis au patient. Après la visite du médecin anesthésiste et de l'odontologiste, le patient regagne son domicile, accompagné, dans la journée.
- Consultation post-opératoire : elle est réalisée environ un mois après l'intervention.

2.3. Echantillonnage

Lors de la consultation 2, les objectifs et la nature de la recherche ont été présentés. Pour chaque patient le questionnaire EPICES a été posé et a permis d'évaluer son niveau de précarité (34). Les patients identifiés comme étant en situation de précarité ont été sélectionnés (score EPICES >30). Après la consultation post-opératoire, certains patients ont été contactés pour participer à l'étude. Les critères tels que le niveau de précarité (30<score Epices<100), l'âge, le sexe ou le type de couverture complémentaire ont été utilisés pour adapter l'échantillon au cours de l'étude.

2.4. Recueil des données

Les entrevues ont été réalisées en tête à tête avec l'investigateur, dans un lieu choisi par le patient. Elles ont été enregistrées avec un magnétophone puis retranscrites sous la forme de verbatims. Un rapport d'entrevue a décrit le déroulement de l'entrevue et a fixé les premières réflexions de l'investigateur. Ce rapport a servi à planifier les entrevues suivantes. Les entrevues ont ensuite été codées. Le codage sert à étiqueter, verbatim par verbatim, les différents éléments abordés dans les entrevues. Pour effectuer le codage, une liste sommaire de codes a été établie correspondant aux différentes variables de l'étude. Cette liste s'est développée en cours d'analyse, avec l'apparition de nouveaux codes au fil de la découverte, à chaque entrevue, de nouveaux éléments pertinents. Ensuite l'ensemble des codes a été saisi sur le logiciel N'VIVO 9. Les résultats ont ensuite été présentés sous forme de matrices.

2.5. Variables de l'étude

Les entrevues semi-structurées ont été menées à partir de questions intégrées dans une grille d'entrevue. Il s'agissait d'identifier la situation des patients lorsqu'ils ont consulté le service d'odontologie et en particulier quels sont les facteurs facilitateurs et les difficultés provenant du patient ou de l'offre de soins elle-même et à quel moment intervient le choix des soins sous AG comme recours aux soins.

2.6. Validité des analyses

Des procédures de triangulation à toutes les étapes de la recherche ont été misent en place pour garantir la validité des analyses. La codification a été contrôlée par des techniques de double codage. Trois personnes impliquées dans la recherche ont entrepris un codage parallèle et indépendant d'un verbatim et ont comparé leurs résultats. Lors des désaccords, les différences ont été discutées, et le codage a été repris ou clarifié. La triangulation a concerné également l'émission des hypothèses et le développement des conclusions. A cet effet, des réunions régulières entre les chercheurs ont été programmées. La grille d'entrevue a évolué au fur et à mesure de l'émergence des résultats. Les matrices ont été discutées avec une équipe canadienne qui connaît la problématique de la précarité et maîtrise les techniques d'analyse qualitative. L'intégrité des retranscriptions d'origine a été respectée, et a pu être examinée à tout instant.

3. Résultats

A ce stade de l'étude huit entrevues ont été réalisées et analysées.

3.1. Profil socio-démographique des patients

Le profil des patients est présenté dans le tableau 1.

	Sexe	Age au moment de la prise en charge sous AG	Score EPICES	Profession	Situation familiale	Couverture sociale	Permis de conduire
Patient 1	Homme	37 ans	51,48	Chantier d'insertion sociale avant AG puis employé d'espaces verts	En couple sans enfant	CMUc depuis 2ans	Oui
Patient 2	Homme	48 ans	53,85	Intérimaire dans les espaces verts	Divorcé un enfant	CMUc	Non
Patient 3	Femme	19 ans	30,76	Serveuse 14h par mois dans un bar, travaille sur exploitation agricole familiale	Célibataire sans enfant	Sécurité sociale et mutuelle	Oui
Patient 4	Femme	23 ans	30,76	Caissière	Célibataire sans enfant	Sécurité sociale et mutuelle	Non
Patient 5	Femme	39 ans	51,48	Sans emploi	Mariée 2 enfants	Sécurité sociale et mutuelle	Non
Patient 6	Femme	22 ans	53,85	Sans emploi au moment AG	Mariée 1 enfant	Sécurité sociale et mutuelle	Non
Patient 7	Homme	30 ans	36.69	Auto-entrepreneur	En couple sans enfant	CMUc	Oui
Patient 8	Femme	30 ans	30.18	Sans emploi	En couple sans enfant	CMUc	Non

Tableau 1 : Profil socio-démographique des patients, interviewés au cours de l'étude.
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

3.2. Comment l'accès aux soins a été possible

L'analyse de huit entrevues a permis de comprendre comment les patients en situation de précarité, polycariés, ont pu accéder aux soins dans le cadre d'une réhabilitation globale sous AG. Dans une dynamique complexe et fragile, l'accès aux soins a été possible du fait :

1. D'une offre de soins qui correspondait aux attentes des patients
2. D'une relative capacité d'autonomie des patients
3. De l'existence et l'utilisation d'un capital social
4. D'une approche centrée sur le patient

3.2.1. Une offre de soins qui correspondait aux attentes des patients

Certains patients savaient que cette offre de soins existait et ont consulté spécifiquement pour en bénéficier. D'autres ignoraient que cette offre de soins existait mais, soit ils l'avaient imaginée, soit ils l'ont immédiatement perçue comme une solution adaptée à leurs attentes.

« EM : Donc en fait vous vous saviez que vous vouliez une anesthésie générale avant même de les rencontrer.
Patient 4 : Ouais.
EM : Et vous avez jamais hésité ?
Patient 4 : Non.
EM : C'était sûr ?
Patient 4 : Ah oui. Ah ben c'est le mieux. On s'endort on a les dents pourries on se réveille on a des dents. »

En effet, les patients avaient identifié qu'ils avaient besoin d'une prise en charge spécifique. Ils attendaient d'être soignés à la fois:

- dans un état d'inconscience pour ne pas subir les conséquences de leur phobie face aux piqûres ou aux soins.

- en un seul temps pour qu'un grand nombre de soins soit réalisé étant donnée leur situation de précarité limitant l'organisation d'une multitude de soins successifs.

- avec une technique opératoire qui permette la conservation des dents.

Ils expliquent, que dans leur contexte, la solution proposée était la seule envisageable, pour avoir accès aux soins dentaires.

« d'avoir entendu parlé de cette opération c'était mon dernier recours et ça serait mal passé dès le début ben je me serais dit « c'est fini, j'y arriverai plus jamais » ouais je pense… ou alors il m'aurait fallu vraiment très longtemps et là j'aurais plus eu de dents (pleure), donc voilà quoi il fallait pas que je loupe quoi… »

Ils disent avoir été extrêmement soulagés d'avoir enfin une solution après de longues périodes de renoncement aux soins ou d'échecs vécus lors de visites dans des cabinets dentaires libéraux.

« EM : Et quand vous avez compris qu'il était d'accord pour heu faire l'AG enfin que c'était quelque chose qu'il vous proposait qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là ? Comment vous l'avez… ?
Patient 7 : Ben heuuu un énorme soulagement parce que je me suis dit heu depuis 10 ans j'attendais ce moment-là… »

3.2.2. Une relative capacité d'autonomie des patients

- ***Capacité des patients à décider pour eux-mêmes : l'évaluation d'un bénéfice-risque***

Sans aucune hésitation la majorité des patients ont décidé seuls et immédiatement, dès qu'une réhabilitation globale sous AG a été évoquée, par des proches ou par des soignants, de bénéficier de ce mode de recours aux soins. Seule une patiente a attendu que son compagnon ait été soigné avant de se décider. Les patients expliquent qu'ils ont décidé en restant inquiets sur le fait de ne pas se réveiller après l'AG, doutant parfois que la quantité de soins puisse être réalisée en un seul temps, certains imaginant des suites opératoires importantes.

« EM : Vous avez décidé toute seule ou vous en avez parlé à votre mari ou à des amis, à vos parents… ?
Patient 5 : Non j'ai décidé toute seule.
EM : Je reviens quand même sur la peur de ne pas se réveiller. Vous avez des enfants, ça ne vous a pas trop perturbé par rapport à eux ?
Patient 5 : Un petit peu… Si mais... (Silence) Il fallait le faire. Il fallait le faire. »

Malgré des incertitudes sur le plan de traitement, et les angoisses relatives à l'AG, rarement levées par une rencontre avec le médecin anesthésiste, les patients ont choisi ce mode de recours aux soins.

« EM : Qu'est ce que vous avez posé comme questions ?
Patient 6 : Et ben heu… Je croyais que j'allais mourir pendant l'opération elle m'a dit heu non heu il peut y avoir des complications mais vous pouvez pas mourir, alors là j'ai eu encore plus peur enfin c'est tout des trucs comme ça quoi c'est pas de sa faute… »

- ***Capacité à mobiliser leurs ressources individuelles dans un contexte de précarité***

Déterminés à avoir accès à une offre de soins qui répondait à leurs attentes, les patients ont fait de l'intervention une priorité et ont mobilisé leurs propres ressources dans la mesure de leurs capacités. Certains expliquent qu'ils ont anticipé l'aspect financier avant de s'engager comme une patiente, avec une mutuelle, qui sans connaître le coût des soins avant de consulter a attendu d'avoir de l'argent, par héritage, pour solliciter le service ou une autre qui a prévu le financement de prothèses provisoires.

« EM : Vous vous êtes organisée du coup, comment vous avez fait ?
Patient 5 : Et ben maintenant que je touche le RSA.
EM : Oui.
Patient 5 : Donc j'en mets un petit peu de côté tous les mois.
EM : Pour vos dents ?
Patient 5 : Oui.
EM : D'accord, mais depuis combien de temps alors ?
Patient 5 : Ben là ça faut pas très… euh… la dernière fois que je devais y aller c'était au mois de mai donc… voilà mais la somme est de côté y'a pas de problème quoi.
EM : D'accord vous avez pu prévoir ?
Patient 5 : Oui. »

Les patients ont pensé et prévu, au quotidien, le financement des frais indirects. D'autres ont fait preuve d'autonomie et d'initiative lorsque par exemple ils ont organisé un transport en train jusqu'à l'hôpital, ont contacté d'eux-mêmes les organismes de protection sociale pour être rassurés sur le coût de la prise en charge ou ont acheté l'alimentation adaptée aux suites post-opératoires annoncées.

« EM : Vous avez mis de l'argent de côté pour assurer les soins en fait c'est ça ?
Patient 7 : Mettre de l'argent de côté c'est un grand mot mais au lieu d'aller manger au Mac Do à droite à gauche ben du coup on se disait ben non on va rester à la maison on va manger heu gentiment et pis les 20 € qu'on économise entre guillemet du Mac Do ben c'est pour être sûr qu'on puisse faire nos allers et retours à Clermont gentiment quoi… qu'on puisse heu assumer. »

Les patients qui travaillent s'étaient organisés au niveau professionnel en repoussant des projets comme ce patient en réinsertion ou d'autres en prévenant leurs employeurs.

« Patient 1 : Ben en fait non parce qu'en fait non j'ai commencé à m'occuper de mes dents avant de commencer ce travail. (…) parce que quand je suis arrivé là-bas ils m'ont demandé ce que… ce que je voulais chercher comme travail, ben je leur ai dit d'abord je m'occupe de mes dents. »

Les patients expliquent cependant avoir une capacité d'autonomie et d'adaptation limitée. Les imprévus imposés par la prise en charge sont parfois difficiles à gérer d'un point de vue organisationnel et financier, malgré la motivation à accéder aux soins.

« Patient 4 : Elle m'a dit automatiquement « on vous a décalé (…) » Ouais ben les jours que j'avais pris avant déjà j'avais pas été payée plus les jours que j'avais pris pour aller à Clermont j'avais pas été payée. Parce qu'à chaque fois en fait j'ai pris des jours en dehors de mes vacances, histoire de garder mes vacances. Donc ouais y'a plus d'une fois où j'ai pas été payée pour y aller. C'est sympa.
EM : Donc il fallait être motivée en fait, c'est ce que vous vouliez me dire ?
Patient 4 : Ouais fallait pas avoir peur de perdre des sous. »

Parallèlement, leur motivation pour venir au contrôle post-opératoire est variable, cette étape étant moins prioritaire que l'intervention elle-même. Les patients qui travaillent expliquent leurs difficultés à tout concilier et la crainte de perdre leur emploi précaire du fait d'absence liées aux rendez-vous. D'autres expliquent ne pas avoir su exactement comment et pourquoi contacter le service, d'autres étaient dans l'attente d'un rappel du service.

« Patient 1 : Et puis vu que ça me faisait pas mal heu… J'ai dit ben c'est bon pour l'instant je peux rester comme ça et vu que là je viens juste de trouver un travail… je vais manquer tel jour bon après je sais pas si y a vraiment quelque chose vu comment y sont quand il y a quelqu'un qui manque j'ai pas eu envie de perdre ma place. »

3.2.3. L'existence et l'utilisation d'un capital social

Les patients disposaient d'un « capital social » composé d'une part des droits médico-sociaux alloués par le système de santé français et d'autre part de leur entourage.

- ***Utilisation des droits médico-sociaux***

Tous les patients bénéficiaient d'une couverture sociale de base, complétée par une mutuelle publique (CMUc) ou privée qui couvrait les frais directs engendrés par les différentes consultations, l'hospitalisation et les soins réalisés sous AG. Les patients expliquent que la prise en charge financière par les organismes de protection sociale français était déterminante dans leur situation pour accéder aux soins. Ils sont par ailleurs reconnaissants au système français au financement accordé.

« *Patient 7 : Je pourrai aussi bien dire à la sécu en gros si vous m'aviez pas accorder la CMU j'aurai jamais pu avoir ça…. Ben voilà grâce à vous qui m'avez accordé la CMU voilà ce que ce que j'ai pu avoir donc certes ça vous a coûté très cher mais moi le bien que ça me*

fait c'est multiplié par 100 si on devait calculer ça financièrement quoi c'est… c'est… ce serait comparable à l'euromillion limite (rires) la façon dont j'ai vécu les choses. »

Cependant, les soins prothétiques comme les prothèses provisoires immédiates ou les implants non pris en charge par la CMUc ou par les mutuelles ont parfois limité l'accès à un traitement idéal impossible à financer par les patients. Par exemple, une jeune patiente de 30 ans, bénéficiaire de la CMUc, aurait accepté un traitement prothétique fixe plutôt qu'une prothèse amovible, qu'elle imagine inesthétique.

« EM : Et là j'en reviens, puisque vous avez des soins à faire, boucher les trous, on vous a expliqué la prise en charge avec la CMU ou pour vous c'est quelque chose de complètement flou ?
Patient : Euh oui on m'a expliqué ce que j'avais le droit, enfin j'ai le droit à tout mais ce qui était remboursé ou pas. Donc on m'a bien dit les détails.
(…)
EM : Et vous êtes déçue de ce qu'on vous propose ou bien… ?
Patient : Oui, oui.
EM : Oui.
Patient : Oui parce que finalement mon complexe du sourire je suis en train de me rendre compte que je vais le garder très longtemps… »

Les services sociaux publics ont par ailleurs parfois été sollicités par les patients.

« EM : Vous saviez que vous n'auriez rien à régler ou vous ne le saviez pas ?
Patient 2 : Euh je savais, je crois qu'il me l'avait dit que c'était tout pris en charge. Non c'était à la sécu, j'étais à la sécu demander, ils m'ont dit que c'était tout pris en charge avec la CMU. »

- ***Mobilisation d'un réseau de personne à différents stades du parcours de soins pour pallier à une perte d'autonomie relative à leur situation de précarité***

Les patients ont sollicité leur conjoint, leurs parents, leurs amis, leurs voisins, qui sont intervenus de multiples façons et très fréquemment pour supporter les patients.
Les proches ont souvent apporté un soutien matériel : ils ont facilité l'organisation en assurant le transport des patients qui n'ont pas le permis de conduire aux différentes consultations, la garde des enfants, une sécurité en terme de transport et de présence lors du retour des patients à leur domicile après l'AG, parfois en les hébergeant chez eux après l'AG ou en prévoyant l'alimentation post-opératoire. Ils ont assuré un soutien financier notamment pour les soins

prothétiques prévus après l'AG. Les proches ont dû eux-mêmes s'organiser, parfois poser des congés pour garantir ce soutien matériel.

« *EM : Ah d'accord oui je comprends et la donc c'était à Riom aussi et pareil votre compagnon vous a accompagné comment ça s'est passé ?*
Patient 6 : Il m'a déposé à Riom avec mon amie (oui) il est parti à la Châtaigneraie il est rentré parce que bon moi j'étais déjà passée depuis ce temps et je me suis fait raccompagner par une autre copine qui est venu nous chercher.
EM : Vous étiez avec une copine et c'est une autre copine qui est venu vous chercher ? (voilà) Vous étiez motivée quand même pour vous organiser comme ça hein ?
Patient 6 : Ben on avait le petit en plus, non on s'est organisé y a pas de soucis on s'organise toujours quand on le sait à l'avance après. »

Ils ont apporté également un soutien moral en étant présents aux rendez-vous pour accompagner les patients phobiques et recevoir les informations relatives au parcours de soins lors des consultations pré-opératoires. Ils ont encouragé les patients dans leur démarche de soins lorsque ceux-ci exprimaient leur stress ou une baisse de motivation.

« Patient 7 : Non les trois-quart du temps j'y allais avec, avec ma concubine ben oui je l'emmenais avec moi parce que ben des fois sur la route malgré l'appréhension que j'avais elle était quand même là pour me dire en gros ben écoute t'as bien vu jusqu'au jour d'aujourd'hui ça s'est bien passé. Ils te posent des questions ils prennent bien soin de toi quand même donc en gros t'as aucune raison de… de pas te sentir bien quoi.
EM : C'était un soutien en fait ?
Patient 7 : Voilà c'est ça. »

Parfois, ils sont intervenus directement, à la place du patient, en prenant par exemple contact avec le service pour prendre les rendez-vous post-opératoires.

Ainsi, les patients ont utilisé leur « capital social » fourni à la fois par le système de santé français et par leur entourage (Figure 1). Cependant, plus l'isolement social est marqué plus les ressources proposées par le système de soin viennent compenser, dans une certaine limite, l'absence d'entourage comme pour ce patient de 48 ans, qui vit seul, au RSA, sans permis de conduire, qui a bénéficié de la CMUc pour le financement des soins, a sollicité une assistante sociale pour s'assurer de la prise en charge des coûts directs et bénéficié d'un retour à son domicile par le biais d'un VSL financé par le système de soin. Il n'avait pas prévu d'alimentation post-opératoire adaptée après l'avulsion de plusieurs dents.

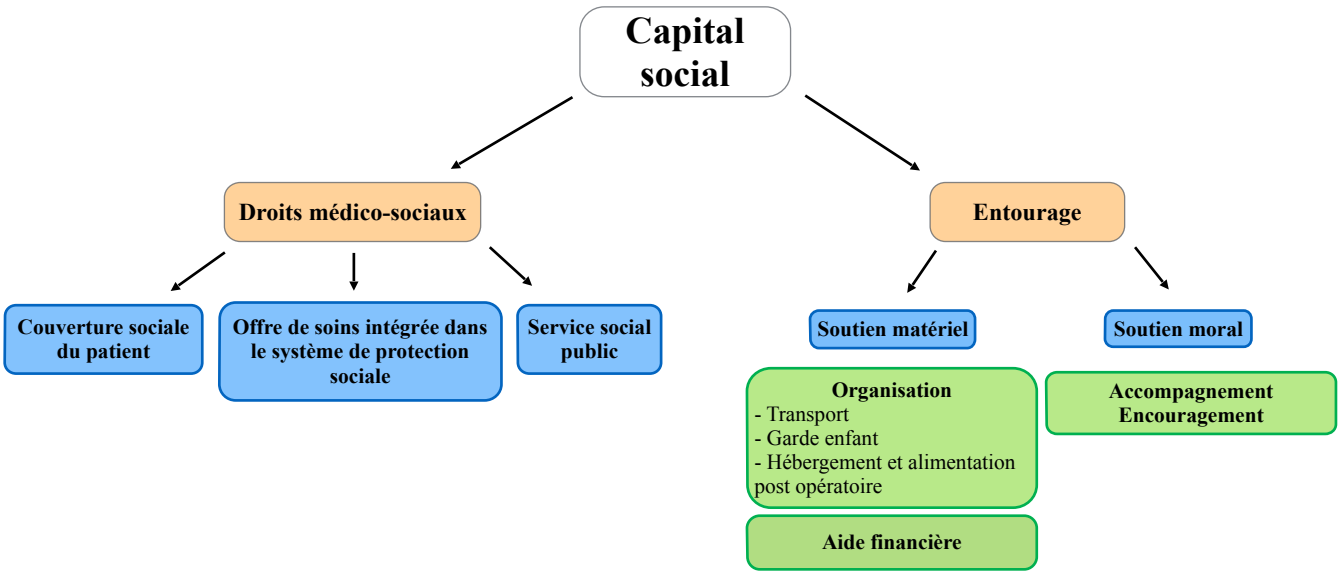

Figure 1 : Existence et utilisation d'un « capital social »

3.2.4. Une approche centrée sur le patient et le développement d'une confiance envers les praticiens

Les patients expliquent qu'ils ont le sentiment d'avoir été considérés comme des individus dans leur globalité, avec la prise en compte de leur situation sociale et médicale. Ils expliquent que l'équipe soignante a développé une attitude intégrant :

- ***Une écoute et un respect de la personne***

Les patients expliquent qu'ils ont rencontré des soignants à leur écoute. Ils ont pu faire part de leur histoire de vie, de leurs attentes et de leurs difficultés à accéder aux soins, comme cette patiente qui a pu dire qu'elle consultait, dans un contexte social complexe, en étant parallèlement prise en charge pour traiter un alcoolisme ou comme d'autres patients qui ont pu expliquer leurs expériences antérieures difficiles au cabinet dentaire. Cependant, à ce stade de l'étude, les résultats n'indiquent pas si les praticiens ont cherché à connaître ou approfondir la situation sociale des patients ou si ceux-ci l'ont abordé spontanément. Pour ces patients, souvent phobiques, la non réalisation de soins à l'état vigile a été perçue comme une preuve de compréhension et de respect de leur personne. Certains patients expliquent à quel point ils avaient honte de leur état bucco-dentaire et redoutaient la réaction des praticiens devant leur

situation orale lors de la première consultation. Une attitude de non jugement de la part des soignants a conditionné, pour certains, la suite du parcours de soins.

« *Patient 5 : Ben, la seule fois où je me suis sentie jugée, c'est lors du premier rendez-vous, ou c'est moi qui me suis jugée enfin… parce que j'avais honte de montrer mes dents, mais j'ai été mise en confiance tout de suite. De tout le personnel que j'ai vu, y'en a pas un qui a fait « ouah en effet mais bravo, mais comment ça se fait que vous en êtes arrivés là ? » personne ne m'a fait de réflexion… Voilà j'ai exposé mon cas de suite, j'ai dit voilà j'ai été alcoolique, j'ai dit les choses, on m'a pas fait de réflexion par rapport à ça… même après le Dr X m'en a jamais parlé en disant : mais comment ça se fait que… Voilà, j'ai eu aucune critique, déjà ça aide beaucoup ça.*
EM : Pour continuer ?
Patient 5 : Pour continuer.
EM : Sinon ça aurait été… fini là ?
Patient 5 : Ouais, je pense que oui. Je pense que oui. »

- ***Une démarche d'information : le respect de l'autonomie du patient***

Les patients expliquent que les praticiens ont pris du temps pour détailler le plan de traitement, le déroulement de l'intervention, le coût, les suites post-opératoire, la suite des soins et pour répondre à leurs questions. Les informations reçues et la façon dont elles ont été dispensées ont souvent rassuré les patients. Les résultats ne nous permettent pas d'identifier si le consentement aux soins a été effectivement exprimé à l'issue de la consultation pré-opératoire ou s'il a été seulement présumé par les praticiens.

« Patient 6 : Moi ben jeudi ben il m'a tout expliqué parce qu'ils m'ont fait la radio du coup que maintenant ils font la bas les radios (eh oui) et ben il m'a mis devant l'ordinateur et il m'a expliqué ce qu'il allait me faire le 31. Ce qu'il m'avait fait comment ça avait rendu et ce qu'il vont me faire.
EM : Là c'était mieux du coup ?
Patient 6 : Ah oui là c'était mieux la au moins je sais ce qu'ils vont faire là. » (patiente entre 2 AG)

- ***Une relation de confiance : un accompagnement vers les soins***

Les patients expliquent qu'une relation de confiance s'est construite au fur et à mesure du parcours de soins. Les patients expliquent que les soignants ont encouragé et soutenu les patients dans leur démarche de soins.

« Patient 8 : Des gens de confiance et bon je savais qu'ils étaient là vraiment pour me soulager et pour m'aider (…) Mais c'est pour ça que pour moi cette confiance est importante parce que voilà j'aurais pas vu les gens aussi gentils autour de moi aussi voilà si bien quoi, j'aurais peut-être pas…
EM : Ça aide à…

Patient 8 : Moi ça m'aide beaucoup.
EM : … passer les difficultés ?
Patient 8 : Moi ça m'aide, hmmm. »

Certains patients, du fait de relations antérieures difficiles voire conflictuelles avec des chirurgiens-dentistes, ont découvert une relation patient-praticien jusque là inconnue. Ils disent percevoir les praticiens *« pas comme les autres »* ou comme des *« psychologue-dentiste »* voire *« pas comme des dentistes ».* Cependant, cette relation est paradoxalement limitée par le bénéfice perçu a postériori par les patients. S'estimant très redevables aux praticiens de l'attention portée et des soins réalisés, certains patients ont cherché à les remercier en taisant leurs difficultés notamment post-opératoires ou financières pour la suite des soins. D'autres sont revenus au contrôle post-opératoire sans en avoir compris l'intérêt mais par respect pour le praticien.

« EM : C'était important pour vous ce premier rendez-vous de contrôle ou finalement pas tant que ça ?
Patient 4 : Non, en fait je m'en foutais, ils m'avaient opéré, c'est juste pour qu'ils voient leur boulot quoi.
EM : C'est plus pour eux que pour vous que vous y êtes allée ?
Patient 4 : Euh ouais, ils m'ont opéré, c'est la moindre des choses d'y retourner. Parce que normalement je n'y serai pas retournée ça aurait été quelqu'un d'autre. Il m'a opérée, c'était bien. Et puis non il restait les dents de devant, fallait encore que j'y retourne.
EM : S'il y avait pas eu les dents de devant ?
Patient 4 : Non, si ils sont gentils, j'y serai retournée mais ça aurait été un con il m'aurait attendu longtemps. »

D'autre part, cette relation patient-praticien était, pour la majorité des patients, exclusive, non reproductible. Les patients doutent de la capacité d'autres praticiens à les soigner. Les patients redoutent également l'inexpérience des étudiants qui ne sont pas de « vrais docteurs ». Ils expliquent être réticents à l'idée d'être pris en charge par d'autres soignants.

« EM : Et maintenant si elle retravaillait cette dame vous iriez ?
Patient 6 : Ah j'irais peut être me faire soigner chez elle… après l'opération là il y a trop de boulot (oui) Mais je sais que si elle revenait si je savais qu'elle était revenue j'irai.
EM : Ça ce serait possible ?
Patient 6 : Ah oui parce que… parce que enfin j'avais confiance enfin maintenant je veux pas laisser mon docteur X. »

4. Discussion

Les résultats préliminaires de cette étude ont permis de comprendre comment les patients en situation de précarité qui ont bénéficié de soins dentaires sous AG ont eu accès aux soins. Cependant, si l'accès aux soins a été rendu possible, il s'inscrit dans un schéma complexe et fragile.

Les résultats présentés sont issus de l'analyse de seulement huit entrevues. A ce niveau, le stade de saturation des données n'a pas encore été atteint, c'est pourquoi il est nécessaire de poursuivre les entrevues pour confirmer et compléter les résultats présentés. Cette méthodologie, du fait de son caractère itératif et de la nécessité de respecter les étapes de triangulation, est longue à mener. Cependant, elle permettra, a priori, de comprendre la complexité et la construction des situations propres à ces patients, ce que des méthodologies quantitatives n'auraient pu décrire. Les entretiens ont comme limites l'effet de domination de l'enquêteur sur l'enquêté, l'imposition de problématique, ou encore une distorsion dans la compréhension d'un même langage (31). Des techniques de communication ont été utilisées pour limiter les biais liés au recueil des données (32).

Depuis juin 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations concernant la réalisation de soins dentaires sous AG (26). Les populations concernées par les indications se précisent. D'abord utilisée pour les patients en situation de handicap et les enfants (6), cette technique a ensuite été proposée aux patients phobiques. En effet, la peur des soins dentaires peut inciter les patients à renoncer aux soins dentaires (4, 5, 12). Ces mêmes stratégies d'évitement ont été identifiées pour les patients en situation de précarité (7, 15) qui sont plus souvent phobiques que le reste de la population (3). L'échantillonnage a été réalisé en fonction du niveau de précarité des patients, sans considérer les niveaux d'anxiété ou de phobie, ni la nature des facteurs stressants. Ces paramètres devraient être pris en compte, dans la suite de l'étude, pour recruter les patients.

Dans l'incapacité de bénéficier de soins de façon conventionnelle, les patients ont eu accès aux soins dentaires notamment parce que l'offre de soins correspondait à leurs attentes. En particulier, le fait que les soins aient été réalisés en un seul temps était compatible avec les contraintes liées à leur situation de précarité. Toutefois, un nombre minimal d'étapes reste indispensable pour garantir la sécurité des patients et la qualité des soins. Il est probable que certains patients ne soient pas en mesure de suivre l'intégralité du parcours de soins. En effet, la précarité définie par *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités »* entraine de fait une perte d'autonomie (38). Les résultats mettent en évidence que les patients avaient une relative autonomie, notamment dans leur capacité à décider pour eux-mêmes puis à s'organiser. Cependant, plus les processus de précarisation s'intensifient plus la capacité des individus à décider pour eux-mêmes est limitée. Par ailleurs, plus le phénomène de désocialisation est marqué, plus il est difficile pour un individu de se réinsérer, de se normaliser et de solliciter les structures d'accueil et de soins (13). Si les résultats définitifs confirment l'intérêt de développer cette offre de soins pour les patients polycariés en situation de précarité il semble indispensable d'associer des assistantes sociales à l'équipe soignante. En effet, le rôle de l'assistante sociale est de faciliter et d'informer le patient et sa famille sur les procédures, les différents acteurs, l'accès aux droits et à la santé (33). Par exemple, du fait des délais importants entre la consultation pré-AG et l'intervention il pourrait être pertinent de réévaluer si la situation sociale des patients avant l'intervention permet toujours l'accès aux soins. Par ailleurs, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative pour étudier la corrélation entre les scores de précarité et le taux de recours aux soins à chaque étape du parcours de soins, dès qu'une réhabilitation globale sous AG est proposée.

Pour suivre le parcours de soins, les patients ont utilisé un « capital social ». Ce concept a émergé de façon inductive lors de l'analyse des entrevues. Cependant, il a été décrit par Pierre Bourdieu en 1980 et caractérise un individu et son niveau de ressources : « *le concept de capital social met en lumière la situation de l'individu qui s'inscrit dans une dynamique sociale où son capital, sous toutes ses formes, est à la fois hérité et construit »* (10). Ce capital peut être inconstant pour un même individu au cours de sa vie et variable selon le niveau social des individus. L'entourage des personnes en situation de précarité, lorsqu'il existe, reste difficile à mobiliser car il est souvent composé de personnes elles-mêmes dans une situation sociale défavorisée (18, 21). Par ailleurs, le système de protection sociale français joue un rôle

déterminant dans l'accès aux soins en offrant une couverture sociale individuelle et en prenant en charge les frais directs liés aux soins. Cependant, il compense assez peu l'absence d'entourage des patients. En 2013, une série de propositions pour l'accès aux soins ont été faites au Ministre des affaires sociales et de la santé (2). Ces propositions avaient pour objectifs : de rendre effectif l'accès aux droits, d'ouvrir de nouveaux droits, de lever les obstacles financiers, de soutenir les structures tournées vers les populations fragiles, de combattre et sanctionner le refus de soins, de développer la culture de la prévention et d'améliorer la gouvernance du système et favoriser l'innovation. Une réflexion sur l'évolution des supports sociaux dans le cadre de ce parcours de soins surtout pour les patients en grand isolement social pourrait être menée.

Les résultats mettent en évidence que les patients perçoivent l'intérêt d'une approche centrée sur le patient. En effet, cette approche vise à considérer l'individu dans sa globalité et non plus comme un simple malade. L'approche centrée sur le patient permet une meilleure compréhension des préoccupations et croyances du patient, une meilleure communication sur les options de traitement, et une meilleure efficacité des soins (37). Dans le cadre de consultations dentaires, l'approche centrée sur le patient (35) est possible quel que soit le type de consultation (urgences, premier rendez-vous, rendez-vous de suivi). Vergnes et Coll. (36) recommandent de développer, dans une relation de confiance, une démarche standardisée intégrant : le recueil des éléments décisionnels (compréhension de la personne au niveau émotionnel, professionnel, social, intellectuel, spirituel, physique, financier, créatif et environnemental), l'élaboration d'un plan de traitement (prise de décision partagée) puis une intervention personnalisée. Une approche holistique doit donc être encouragée pour permettre une meilleure compréhension médicale et sociale des patients et pour leur proposer en amont une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques. La création d'une qualification de médecine bucco-dentaire (MBD) à l'internat d'odontologie permet la formation de praticiens dont l'exercice s'oriente vers une prise en charge des populations à besoin spécifiques. Durant leur formation, les internes devraient en particulier être formés aux techniques de communication et être sensibilisés sur l'importance d'une vision globale du patient. Par ailleurs, ils devraient connaître les mécanismes qui amènent à la précarité et qui conditionnent l'accès aux soins.

Ainsi, les mécanismes qui ont participé au processus d'accès aux soins semblent s'organiser dans un équilibre fragile. L'accès aux soins reste fortement dépendant de la situation sociale des patients qui peut évoluer pendant leur parcours de vie. Un autre objectif de cette large étude sera d'évaluer si, du point de vue des patients, ce mode d'accès aux soins est à développer pour les patients polycariés en situation de précarité.

5. Bibliographie

1. Alsaleh I, Cousson PY, Nicolas E, Hennequin M. Is endodontic treatment performed under general anaesthesia technically acceptable? Clin Oral Invest. 2012;16(6):1599-606.

2. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité, Rapport établi par Mme Aline Archimbaud, Sénatrice de Seine-Saint-Denis, Parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, septembre 2013. Accessible sur : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud[1].pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

3. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia : who's afraid of the dentist? Aust Dent J. 2006;51(1):78-85.

4. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health. 2007;7(1):1.

5. Armfield JM. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. Community Dent Oral Epidemiol. 2013;41(3):279-87.

6. Ashley PF, Williams CE, Moles DR, Parry J. Sedation versus general anaesthesia for provision of dental treatment to patients younger than 18 years. Cochrane Database Syst Rev, 2015;28:9.

7. Bedos C, Brodeur JM, Levine A, Richard L, Boucheron L, Mereus W. Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. Am J Public Health. 2005;95:1340-4.

8. Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. Soc Sci Med. 2003;57:2089-99.

9. Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. Questions d'économie de la santé. Février 2002;n°48.

10. Bourdieu P. Le capital social. Actes de la recherche en sciences sociales. 1980;31:2-3.

11. Collet M, Sicart D. Les chirurgiens-dentistes en France, situation démographique et analyse des comportements en 2006. Etudes et Résultats. DRESS. 2007;n°594. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er594.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

12. Crego A, Carrillo-Diaz M, Armfield JM, Romero M. From public mental health to community oral health : the impact of dental anxiety and fear on dental status. Front Public Health. 2014;2:16.

13. Declerck P. Les naufragés - avec les clochards de Paris- éd. Plon, Paris. 2001;p. 458.

14. Despres C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Question d'économie de la santé. 2011 ;n°170. Disponible sur http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

15. Despres C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Question d'économie de la santé, 2011 ;n°169. Disponible sur http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

16. Despres C, Couralet PE. Situation testing : the case of health care refusal. Rev Epidemiol Sante Publique. 2011;55:77-89.

17. Despres C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de Marne. Synthèse du rapport final, DIES, 2006, disponible sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000521.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

18. Dietrich-Ragon P. L'entourage des personnes en situation de précarité résidentielle : Force et faiblesse des liens sociaux dans l'exclusion du logement. Revue française de sociologie. 2015;56:301-330.

19. Fassin D. Les inégalités de santé. Dans : Santé publique, l'état des savoirs, ed. Haurays DFeB, Paris: La Découverte. 2010. p. 413-24.

20. Firdion J.M, Marpsat M. Sans-domicile à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement. Sociétés contemporaines. 1998;30(1):111-155.

21. Gilles L, Loones A. Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées. Consommation et modes de vie. Novembre 2011 :n° 245.

22. Guignon N, Collet M, Gonzalez L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Septembre 2010 ;n° 737.
Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

23. Guy M. Profil des patients en situation de précarité ayant reçu des soins sous anesthésie générale: approche qualitative. Thèse Chir Dent, Clermont Ferrand, 2014.

24. Hassoun D. Précarité et état de santé bucco-dentaire. Rapport n°478, IRDES. Décembre 1998. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1998/rap1249.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

25. Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Rennes, Editions ENSP, 1998.

26. Haute Autorité De Santé. Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. Juin 2005. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anesthesie_odontologie_synth.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

27. Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital, document de synthèse remis à Madame le ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité. Février 1998, p.31.

28. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Solidarité santé. 1997; 2:65-75.

29. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. Community Dent Health. 1996; 3: 86-92.

30. Lombrail P, Pascal J, Lang T. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé, société et solidarité. 2004, n°2.

31. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie. Revue nationale de sociologie. 1975;16(2).229-247.

32. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives, 2e édition. Ed. De Boeck, Bruxelles. 2004 ; 626 pp.

33. Ministère Des Affaires Sociales, De La Santé Et Des Droit Des Femmes. Fiche métier "assistant social". Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/assistant-social.html (accédé le 15 Octobre 2015).

34. Sass C, Moulin Jj, Gueguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006;n°4.

35. Stewart M. Patient-Centred Medicine : Transforming the Clinical Method. Ed. Radcliffe Medical Press Ltd, Oxon.2003:380 pp.

36. Vergnes Jn, Apelian N, Bedos C. What about narrative dentistry? J Am Dent Assoc, 2015;146(6):398-401.

37. Vergnes J.N, Sixou M., Apelian N., Bedos C. L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute. Les entretiens de Bichat 2014.

38. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française, Paris. 1987. Disponible sur : http://www.joseph-wresinski.org/IMG/pdf/Rapport-WRESINSKI.pdf (accédé le 15 Octobre 2015).

	N°

DELPECH (Cécile) - « PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE ET ACCES AUX SOINS DENTAIRES SOUS ANESTHESIE GENERALE : APPROCHE QUALITATIVE »

24 f, 1 ill, 1 tabl, 30cm - (Thèse: Chir. Dent. ; Clermont-ferrand I ; 2015) - N°

Résumé :

Introduction : Le renoncement aux soins est au cœur des réflexions de santé publique. Les patients en situation de précarité rencontrent des difficultés pour entrer dans le système de soins puis pour y rester. La réalisation de soins sous anesthésie générale pourrait être une solution adaptée pour répondre à leurs attentes. **Objectif :** Cette étude vise à comprendre comment les patients en situation de précarité qui ont bénéficié de soins dentaires sous anesthésie générale ont eu accès aux soins. **Matériel et méthode :** Une étude qualitative, menée à partir d'entrevues semi-structurées auprès de patients en situation de précarité qui ont bénéficié du parcours de soins sous anesthésie générale, est actuellement conduite au sein du service d'odontologie de Clermont Ferrand. **Résultats :** Cette étude a mis en évidence que les patients en situation de précarité avait la possibilité d'avoir accès aux soins du fait d'une offre de soins qui correspondait à leurs attentes, d'une relative capacité d'autonomie, de l'existence et l'utilisation d'un capital social, de l'approche centrée sur le patient. Les mécanismes qui ont participé au processus d'accès aux soins semblent s'organiser dans un équilibre fragile. L'accès aux soins reste fortement dépendant de la situation sociale des patients. **Conclusion :** Un autre objectif de cette large étude sera d'évaluer si, du point de vue des patients, ce mode d'accès aux soins est à développer pour les patients polycariés en situation de précarité.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Etude dentaire

MOTS CLES : précarité, accès aux soins, anesthésie générale, étude qualitative

MOTS CLES ANGLAIS : precariousness, access to dental care, general anesthesia, qualitative research

JURY :

Présidente : Mme. Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités

Assesseurs : Mme. Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités

M. Pierre Yves COUSSON, Maître de Conférences des Universités

M. Nicolas DECERLE, Maître de Conférences des Universités

ADRESSE DE L'AUTEUR :

DELPECH Cécile
2 Résidence Berlioz
03700 Bellerive sur Allier