



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ-NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2010

N°3209

THESE

Pour le

**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

Jérémie AUQUE

Né le 21 Novembre 1981 à Nancy (54)

**ENQUETE SUR LES DISCRIMINATIONS
AU CABINET DENTAIRE DES PATIENTS
SEROPOSITIFS AU V.I.H.**

Présentée et soutenue publiquement le : 23 Mars 2010

Examineurs de la thèse :

Monsieur J-P LOUIS

Professeur des Universités

Président

Monsieur J. PENAUD

Maître de Conférences des Universités

Juge

Monsieur M. WEISSENBACH

Maître de Conférences des Universités

Juge

Monsieur P. CUNY

Docteur en Chirurgie Dentaire

Juge



Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. M. Mlle M.	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques BOCQUEL Julien PHULPIN Bérengère SABATIER Antoine	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle M.	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> BOLENDER Yves PY Catherine REDON Nicolas	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. Mme	<u>Par intérim ARTIS Jean Paul</u> JANTZEN-OSSOLA Caroline	Professeur 1 ^{er} grade Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. M. M.	<u>AMBROSINI Pascal</u> BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) MILLER Neal PENAUD Jacques GALLINA Sébastien JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. Mlle	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien CURIEN Rémi SOURDOT Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mlle	<u>WESTPHAL Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc ERBRECH Aude	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe MORTIER Eric CUNY Pierre HESS Stephan PECHOUX Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. Mlle Mlle Mlle M.	<u>SCHOUVER Jacques</u> LOUIS Jean-Paul ARCHIEN Claude DE MARCH Pascal BARONE Serge BEMER Julie RIFFAULT Amélie MONDON Hélène SIMON Franck	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Section 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009

souligné : responsable de la sous-section

*temps plein

Mis à jour le 01.02.2010

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A notre président de thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS,

Officier des palmes académiques

Docteur en chirurgie-dentaire

Docteur en sciences odontologiques

Docteur d'état en odontologie

Professeur des Universités

Membre de l'académie nationale de chirurgie-dentaire

Sous-section : Prothèse

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Merci pour vos enseignements interactifs, votre disponibilité et votre investissement qui sont tous les trois à la hauteur de votre talent.

Merci pour l'orientation allégorique de vos exposés, qui donne un sens réel à certaines représentations abstraites du « paris prothétique »

Nous vous respectons, comme l'Odontologie et la Médecine se doivent de respecter un enseignant de votre grade, possédant vos qualités, scientifiques comme humaines.

Trouvez ici notre grande considération pour votre passion et votre personnalité.

A notre juge et directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Michel WEISSENBACH,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Maître de Conférences des Universités

Responsable de la sous-section : Prévention – Epidémiologie – Economie de Santé
Odontologie légale

Vous nous avez accueilli chaleureusement dans votre équipe et permis d'y apprendre entre autre, ce qui ne s'apprend pas dans la littérature : la qualité humaine.

Vous nous avez conseillé et encouragé avec sagesse, honnêteté et gentillesse tant dans le domaine scientifique que personnel.

Nous tenons à vous faire part de toute notre gratitude pour avoir participé activement à notre formation technique et intellectuelle et aidé tout au long de la réalisation de cette thèse.

Vos déductions sémiologiques accompagneront longtemps nos diagnostics cliniques...et paracliniques.

Votre érudition nous imposera toujours un profond respect...

A notre juge,

Monsieur le Docteur Jacques Penaud

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Parodontologie

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Qu'il vous soit témoigné notre profonde reconnaissance et notre grande admiration pour toutes les connaissances et techniques que vous possédez et nous enseignez.

Votre disponibilité et votre humour toujours doublé de sérieux et de compétence nous serviront d'exemple.

Trouvez ici la preuve de la grande satisfaction, qui est la nôtre, de vous avoir eu comme enseignant... mais aussi comme soignant.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Pierre CUNY

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalo-universitaire

Sous-section : Odontologie Conservatrice-Endodontie

Votre compétence et votre humanité sont pour moi une source profonde d'inspiration et de réflexion.

Travailler à vos côtés a de tout temps été enrichissant et formateur.

Merci pour votre disponibilité, de toujours répondre à nos questions, d'Oléron à Phalsbourg en passant par Nancy.

Vos connaissances odontologiques sont grandes, et ce, malgré votre jeune âge.

Acceptez véritablement les marques de ma sincère amitié et de mon profond respect.

Merci d'avoir toujours été présent à mes côtés mon Pierre, de près comme de loin.
Malheureusement, je ne possède pas les connaissances sémantiques suffisantes pour te qualifier toute ma profonde amitié..., avec un grand « A ».

A ma Famille

A ma Maman,

Merci de m'avoir accompagné mais aussi supporté jusqu'ici. Tu as toujours été à mes côtés, quel que soit le moment. Je souhaite sincèrement pouvoir te rendre fier de mon accomplissement, et ce, dans tous les domaines de la vie. Ta gentillesse et ta générosité m'ont toujours impressionné sur le plan humain, ton autorité professionnelle m'a toujours émerveillé. Je ferai en sorte que ces vertus soient longtemps guide pour moi. Je confirmerai toujours ce que je disais quand j'étais petit, la m. m. du m. , c'est la mienne...

A mon Papa,

Tu as fait beaucoup pour ma formation, ce qui me permet aujourd'hui d'avoir un métier qualifié. Tes compétences et ton grade professionnel m'ont toujours fasciné. Tu m'as donné le goût de la chirurgie depuis mon plus jeune âge, du bloc opératoire aux cassettes de démonstration. Nous avons passé tant de bons moments père/fils ensemble, des piscines de Dakar aux « puttings » d'Oléron, de la féerie pyrotechnique aux courts de tennis, de l'auto-cross Malzevillois aux barbecues Houdemontais, mais ils ne sont qu'un début et je suis certain que le meilleur reste à venir. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

A mes trois « grand-mères », par ordre alphabétique, bien évidemment :

A ma Kéké,

Tu as toujours été derrière moi, quel que soit le lieu, quelques soient les circonstances. Comme avec tous tes petits enfants, ta générosité n'a jamais eu de limite. Excuse-moi de ne pas avoir passé mon travail plus tôt car tu me manqueras terriblement le jour de ma soutenance, ce qui ne m'empêchera pas 1) de penser très fort à toi, comme d'habitude, 2) de venir boire une coupe pour célébrer tout cela au plus vite, comme d'habitude.

A ma Mounette,

Tu sais à quel point j'apprécie (et apprécierai constamment) toutes les attentions que tu me portes et m'a toujours portées. Mais également à quel point ta franchise a de tout temps été un

guide pour moi, (même tes critiques les plus acerbes !). Tu t'associes aux tuteurs qui m'ont façonné, c'est aussi pour cela que tu fais de loin partie des personnes que j'aime le plus.

A ma Nane,

Ha, ma Nane... Toi aussi, tu as toujours été là, à côté de moi, grand comme petit, qu'ils sont nombreux les moments de joie que nous avons partagés. Que je suis content de t'avoir toujours près de moi, car tes petits plats, mais aussi tes conseils sont plus qu'estimés de ma part. Tu es pour moi la gentillesse personnifiée.

A mes deux grand-pères :

Hubert et Eu+Eu,

Quand j'étais petit, je me suis permis d'avancer la phrase suivante : *« J'ai énormément de chance ; j'ai deux grand-pères, un qui est très intelligent, et l'autre qui est très musclé... »*

Afin de contrer l'aspect quelque peu réducteur de cette sentence, mes remerciements vous seront communs car vous partagez bon nombre de qualités.

Malgré les douloureuses épreuves que la vie a pu vous faire endurer, vous avez toujours vu les choses de l'avant, avec optimisme. Jamais les aléas ne vous ont abattu, mais j'ai l'impression rendu encore plus fort. Vous êtes des hommes de Devoir, à la Vertu immense. Votre Force et votre Aura naturelles rayonneront à jamais au-dessus de moi, et éclaireront *ad vitam* mon chemin. Je vous dois un respect immuable pour ce que vous êtes mais également pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Sachez que je ferai de mon mieux pour les transmettre à mon tour. Trouvez ici tous mes remerciements et la grande marque de mon profond respect.

A mes p'tits,

Tant de fous rires partagés avec vous deux, car vos deux visages si angéliques cachent tellement de malice. C'est aujourd'hui la fin officielle de mes études, je vous souhaite à tous deux beaucoup de réussite dans les vôtres, car votre imagination semble ne pas avoir de limite. J'ai parfois l'impression de me revoir en vous, pour le pire, mais surtout pour le

meilleur. Nous rions ensemble depuis 16 et 19 ans, et ce qui est sûr, c'est que ce n'est que le début.

A ma tante Catou,

Merci (que tu le veuilles ou non) d'être ma deuxième Maman, et toi aussi, de toujours avoir été à mes côtés, quelques soient les turbulences. Ta gentillesse et ta générosité n'ont jamais eu de limite. J'espère pouvoir (te) les transmettre à mon tour. Tu es responsable en partie de mon épanouissement et de mon éducation. Une grande part de mon futur titre te revient naturellement, car tu n'as jamais hésité à me soutenir, psychologiquement, mais surtout intellectuellement.

A mon oncle Claude,

Ta force tranquille est un modèle du genre. Tu as toujours eu des conseils avisés, et tu t'es toujours tracassé pour me trouver des solutions plus que rusées. Je te remercie de toutes les attentions que tu me portes, trouve en retour une partie de mon travail.

A ma tante Françoise et à mon oncle Bruno,

Tant de bons moments partagés ensemble qu'il serait délicat de les énumérer. Malgré l'éloignement, je pense beaucoup à vous car c'est toujours un plaisir de discuter avec vous. Merci « Tata » pour ton aide juridique apportée dans ce travail. Je vous embrasse bien fort.

A mon Oncle Thierry,

Mon très Cher Confrère, et mon très Cher Parrain, nous nous ressemblons tellement. Merci pour tes conseils, humains, mais aussi professionnels ; ils sont nombreux, et je ne vais pas les énumérer. Nous avons également passé beaucoup de bon temps ensemble, mais cela non plus je ne vais pas les énumérer, car « ça ne nous rajeunit pas tout ça ». Malgré l'éloignement, tu sais que je pense souvent à toi. Free as a bird...

A mes cousins, cousines, petites cousines et Supers Cousins :

A la famille Vanacker, Frédoune, Philippe et leurs deux princesses,

Vous avez constamment su être tolérants et compréhensifs, à l'écoute, de bons conseils, et toujours bien intentionnés. Je vous remercie pour tout cela, mais également pour les mots suivants qui nous lient plus que d'amitié : rires, apéro, footing, histoires de princesse, châteaux de sable de qualité quasi-professionnelle, canulars (désolé...), bières du Nord et de Navarre, Chaucre, Tartifume, Chenal d'Ors, barbecue, l'Equipe, « toute une histouâre »... Je vous embrasse et encore merci pour les Smith.

A la famille Tandonnet,

C'est toujours un immense plaisir de vous voir, même si l'éloignement ne nous le permet guère. Je pense très souvent à vous ; à toi, ma Laure que j'adore et qui finalement me ressemble beaucoup, à mon rider de cousin, qui a toujours une gentillesse à disperser et un compliment à distiller et aux deux pirates avec qui (malgré mon âge...hic !) je partage tant de rires. Vous m'accueillez toujours comme un prince lors de mes séjours lillois, ma Cité Ducale vous sera évidemment toujours grande ouverte.

A ma Lolo,

Nous nous revoyons toujours comme si nous nous étions quittés la veille. C'est preuve de la quasi-fraternité qui nous lie. Tu as toujours le sourire quel que soit le temps qu'il fait, cela te grandit. Nous avons passé beaucoup de bons moments ensemble, mais tu sais comme moi que le meilleur reste à venir.

A ma Victoire,

Même si nous nous voyons peu en ce moment, sache que ton visage est associé, tout comme ton frère et ta sœur à beaucoup de merveilleux moments. C'est toujours agréable d'avoir de tes nouvelles car grâce à ton incroyable talent, elles sont toujours bonnes ! J'espère te revoir le plus vite possible.

A mon El Adriouli,

A qui donnerait-on le bon Dieu sans confession si ce n'est toi ? Un best of de Georges Best, Tom Cruise et Harry Potter (désolé !), cela fait si longtemps que je ne t'ai pas vu, espérons que l'avenir nous rapprochera, nous avons tant de points communs.

Et enfin, A mon Marco,

Mon double version Chabal, la tignasse en moins. Merci à toi et à Aurélie de chaleureusement m'accueillir lors de mes séjours dans le Nord. Nous avons tant partagé qu'une thèse entière ne serait pas suffisante pour compiler tous ces moments, des crabes assassinés par mon père à l'hippodrome de Marcq, en passant par la montagne des singes et les parties de Mario Kart. Tant de merveilleux moments qui se prolongent à chaque fois que nous nous voyons, et ce, grâce à ta gentillesse sans limite et à ta bonhomie hors norme.

Aux membres de ma famille de coeur :

A ma Martine,

Par où commencer ? Comme ma Nane, tu as de tout temps été à côté de moi. Tu m'as fait preuve d'un amour sans faille. Je te dois beaucoup. Des leçons de grammaire dans la baignoire sabot du Haut-Rivage, aux cours de Français qui m'ont permis de briller. Cette thèse t'est donc en grande partie dédiée car tu as considérablement contribué à ma formation intellectuelle. En fait, c'est plutôt la Vie et la Providence que je dois remercier, car elles nous ont permis de nous rencontrer et surtout, de ne jamais nous séparer.

A mon Thiéthié,

Quelle bonne idée fut la tienne, lorsqu'à notre entrée en première maternelle, tu me proposas que l'on devienne copain. Cette amitié a traversé le temps, elle est imperméable aux épreuves et aux aléas, ne s'est pas ébranlée malgré les divergences. Nous avons pour objectif de devenir ingénieur en électromécanique. Je suis aujourd'hui Chirurgien-dentiste et toi Ingénieur, ce qui ne nous empêchera pas de faire aboutir de nombreux projets et de faire perdurer tous ces éclats de rire et idées parfois saugrenues qui nous ont liés. Remercie à ton tour tes parents que j'apprécie de t'avoir mis au monde.

A mon Gégé et à ma Marie-Odile,

Vous avez toujours été à mes côtés, sans préjugé, et ce, quel que soit le temps. Je vous en serai éternellement reconnaissant. Vous faites preuve d'une gentillesse et d'une générosité incroyables (mais vraies). Vos qualités sont pour moi une grande source d'inspiration. J'ai partagé avec joie pléthore de bons moments avec vous ainsi qu'avec les enfants, du Moulin à Vandoeuvre, d'Houdemont à Agadir avec toujours les mêmes sourires et surtout, « la même li diléction ».

A deux de mes enseignants en Médecine :

Monsieur le Professeur Coudane et Monsieur Le Professeur Grosdidier,

Je ne vais pas parler du respect que je vous dois ni de l'amitié que je vous porte, mais plutôt vous remercier de la qualité de vos cours qui ont quelque peu égayé ma dure année de P1, mais aussi pour tes conseils avisés Henri.

Au Docteur Demetz :

Ou plutôt à **Pascal,**

Bientôt deux ans que nous nous connaissons, et c'est toujours un plaisir de travailler avec toi. Tu es toujours de bons conseils, tant sur le plan Odontologique que sur le plan sportif. Je te remercie profondément de tout cela.

A mes ami(e)s, copains et copines, par ordre alphabétique bien sûr :

Au 14 rue de Guise, JB « NA Boyz » et Dam's l'Italien,

Nous nous (re)connaissons depuis peu, mais si le rythme des fous rires et des séances de sport se coordonne avec la réalisation de nos projets grandioses, nous fonçons droit vers un mur d'étoiles que nous ferons valser sans limite ! J'espère que l'avenir ne nous éloignera pas trop, car c'est toujours d'agréables et enrichissants moments que je passe en votre compagnie. Les Seigneurs de la rue de Guise seront à jamais les descendants des riders de Dogtown.

A Adeline,

Haaa....Adeline...

A Amelie,

Bon Chuuuut, je te remercierai dans le creux de l'oreil...

A Emilie,

Ca a toujours été un plaisir de partager des moments avec toi, professionnels en Paro, mais bien évidemment tous les autres en dehors de la Fac. J'espère qu'ils continueront encore longtemps.

Aux Equatoriens : Ma petite Jo, JS, Claude, Aline et aux autres,

Pas un jour ne se passe sans que je repense aux moments magiques que nous avons vécu ensemble. Qu'ils soient aux dessus, ou en dessous de la ligne de l'Equateur, (mais ça, chuuuuute...). Muchas gracias para todos, y en honor a la verdad. ! J'espère vraiment que le temps ne nous éloignera pas.

A Eric,

16 ans maintenant que nous nous connaissons, des bancs de Sigis aux sièges de Picot, notre complicité n'a toujours fait que grandir. Ta grande connaissance informatique se retrouve quelque peu dans ce travail, car sans toi, je pense que cette thèse aurait été manuscrite ! Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite dans tes entreprises futures car tu en as largement les capacités et surtout le talent.

A Fanny et Rémi,

Donc à mon « cousin » et par conséquent à ma « cousine ». C'est toujours une joie de vous avoir à mes côtés car vous êtes des grossistes en bonne humeur, des fabricants de sourire et des revendeurs de gaité. Un grand merci pour tout cela.

A Fran,

Merci à toi aussi d'être dans le kit qui contribue à faire vieillir prématurément mes muscles peauciers. Je suis rassuré de ne pas te perdre de vue, car comme tu l'as déclaré un jour à un videur : « *Moi, je sais où je serai dans 20 ans !* »

A Greg T,

Même si on ne te reconnaît pas toujours de dos, de face, j'aperçois toujours un vrai pote, un camarade de promo devenu évidemment ami, car nous avons tant partagé ensemble (parfois peut-être même trop !). J'ai souvent l'impression de voir un double en toi, même si heureusement, je n'ai pas la même chevelure, et même si malheureusement, je ne possède pas nombre de tes talents. Que le futur ne nous éloigne pas mais continue de nous rapprocher.

A mes « Gros » : natifs, natous, assimilés et pièces rapportées :

Il faudrait adjoindre un deuxième tome à cette thèse pour vous remercier des bons moments que nous avons passés ensemble. La vie nous a éparpillés, mais l'amitié que je vous porte traversera à jamais toutes les frontières. Et je suis sûr que le temps ne pourra user les liens indéfectibles qui nous unissent. Des « grandes » citations nietzschéennes de Jo aux théories marmonnantes de Sam, de la subtile gangraine Babigeoniène aux Jean-Mouleries les plus belles et les plus distinguées, des géniales lacunes cérébrales de Fanou aux Yallah pyrotechniques de Dam, en passant par le biceps droit de Jice et la sublime nonchalance de Rémi. Merci à Laura de ton inébranlable bonne humeur aux variations latines, Merci à Amélie de ta gentillesse sincère et bravo pour ta patience, Merci à Clem de ton hospitalité Bisontine et d'entretenir tes capacités à mater « le fauve », Merci à Julie d'être mon agrégée personnelle en textos... pour l'instant ratés, Merci à Emma de tes petits plats mijotés, grâce à toi, c'est « Noël » chaque fois que je viens à Pulnoy, Thanks to Danae for your linguistic patience and your kindness each time i have the pleasure to see you.

La Grande Histoire des Natifs deviendra Légende.

A Jack,

Nos six premières années ensemble furent tonitruantes, puis une septième de repos, mais je suis sûr que nous repartirons de plus belle car nous en avons désormais une de retard. A bientôt Bonhomme...

A ma Maud,

Elle n'est pas si loin, l'époque des danses endiablées sur les dance floor nancéiens. Et pourtant, quand je pense à toi, je vois une cohorte de bons moments que nous avons passés ensemble. Pas le place de les énumérer ici, mais malgré leur nombre, je ne vois pas comment je pourrai un jour les oublier. Bref, ne change rien, tu es mieux qu' « exceptionnelle », tu es plus que solaire, tu surclasses le domaine cosmique tout en surpassant le niveau stellaire... Bref, impossible de te définir ma Maud en moins de 8 lettres, car tu es somme toute bien plus que MONDIALE....

A Mel et Greg tout court,

Rien qu'en t'imaginant, un rictus tire sur mes lèvres. Notre première rencontre, sur les terrains de foot Nancéiens (et oui...), a été faite de rires pour moi, et de reflux pour toi. Je ne me rappelle plus de la dernière, mais elle était sûrement tout aussi drôle. Votre gentillesse, votre amitié et vos compétences diverses font de vous de personnes qui me sont chères.

A Mitch,

Je remercie la providence de nous avoir réunis en 1^{ère} S2. Elle m'a permis de rencontrer un vrai pote, aux qualités intellectuelles évidentes, mais surtout aux qualités humaines gigantesques. Ton courage dans l'effort m'a constamment impressionné. Que l'avenir nous éloigne géographiquement peu importe, le souvenir des excellents moments que nous avons passés ensemble n'est quant à lui jamais bien loin.

A Nono,

Ton esprit agile a toujours su trouver des solutions efficaces à mes tracas. Comment penser à toi sans que les moments qui nous lient n'apparaissent devant moi. Des eaux glacés du local spirit au goût glacé des Slutch goût tropical, de Bazbaz à ta Vestax, de Barça à Lacan's, j'ai hâte de connaître la prochaine étape qui je le sais sera un mélange de fous rires, de sport et grâce à toi, de malice. Gozeng !

Aux notinfirmières, Marie, Nico « Crousty Lo », Claire et les autres,

C'est toujours rassurant de savoir qu'il existe à Nancy, une race hybride, les notinfirmières , avec qui il est obligatoire de passer des bons moments, à grande base de bonne humeur, de rires ...et de cocktails.

A Pat et Val,

C'est plutôt Mitch en fait qu'il faut remercier car c'est grâce à lui que nous nous connaissons. C'est toujours très sympathique de vous voir, notamment dans votre chaleureuse demeure, même si Pat, tu sais que j'aimerais te voir dans des lieux plus verticaux...

A Pépla et Kevin, ainsi qu'à Joffrey et Nicole,

J'aurai pu vous mettre dans la catégorie « famille » tellement notre histoire en commun est longue. C'est un grand plaisir de vous avoir à mes côtés, et de partager cette amitié qui nous lie depuis tant d'années. Vous comptez beaucoup pour moi. Vinc, tu sais qu'une petite partie de ce travail te revient, ton premier exercice odontologique en quelque sorte...

A Remi et Julie,

C'est rassurant de savoir qu'il me reste encore de vrais amis à Nancy. Vous êtes une denrée rare pour moi dans la cité ducale. Votre gentillesse à tous deux n'a d'égale que votre sympathie. Allez, encore quelques années et on se prélassera sur nos îles, aux larges du Mexique !

A Seb Capt'ain Cahen,

Ton courage sur et en dehors du terrain m'a toujours impressionné. Picot a initié notre amitié, le RCC a fini de la sceller. C'est toujours un plaisir de passer un moment avec toi, car tes analyses sur beaucoup de domaines se révèlent la plupart du temps fortes « fiables ».

A Stef,

Comme un vrai pote, tu as toujours été à mes côtés. Un marin qui ne quitte pas le navire qui tangue. Ta générosité semble ne pas avoir de limite. Seul ton dribble paraît lui en avoir. Je te remercie de tous ces bons moments de franche rigolade, mais aussi pour toutes ces après-midi de discussions entre amis, et pour tes soins avisés qui me permettent chaque fois de revenir au (plus haut ?) niveau. J'espère que nous resterons liés au moins ces 35 prochaines années afin de mener à bien notre grand projet de maison de retraite...

A Vinc V.,

Que dire ? Surtout ne change rien mon Vinc, toi aussi, tu es mondial.

A Yaz et Ludo,

Les deux confrères que je connais depuis le plus longtemps. En P1, nous avons été compagnon de galère, nous sommes aujourd'hui de véritables confrères, même si vous représentez encore plus à mes yeux, tellement nous avons vécu de choses ensemble.

A mes Consœurs et Confrères :

Nahim, Bichette, Patoo, Charles B, Luc S, Emilie F, Jule B, Bobo, Jean Max, Julie, Dida, Quentin, les 2 Pierres, Sophia, Myriam et tous les autres...

Ce fut un plaisir de partager mes études avec vous, en espérant ne pas trop vous perdre de vue, vous aurez toujours une petite place dans l'élaboration de mes diagnostics cliniques. Je vous embrasse tous.

Au FC Chir. Dent. :

Antoine, Gérome, Geoffrey, Arninio, Rody, Clem, J.B., Loïc, Nourredine, ShaSha, Valoo, Pipo, les frères Boivins et tous les autres...

Rien à ajouter, notre passion parle pour moi. Le FC Chir Dent a les stars qu'il mérite.....
Et elles brillent de tous leurs feux...

A tous les autres :

Jean, Léo, Matt, Romain, Tim, Seb P, Fran, Vinc, Tonio, Charles B, Alex, Estelle, Pierre, Dus, Johan, Fabook, Nikus, Mza, Julia, Caro, Fath...

Merci de tout

Aux équipes de Brabois et d'Heydenrich :

Lily, Catherine, Jean Claude, Marie Jo, Béa, Nath, Sandrine et tous les autres,

J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler à vos côtés, votre disponibilité n'a d'égale que votre gentillesse. Peut-être un jour retravaillerons-nous ensemble ?

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION p.4
2. GENERALITES A PROPOS DE L'INFECTION PAR LE V.I.H p.6
 - 2.1. Historique p.6
 - 2.2. Aspects virologiques p.9
 - 2.3. Le virus V.I.H. p. 10
 - 2.4. Epidémiologie p.19
 - 2.5. Physiopathologie de l'infection au V.I.H. p.21
 - 2.6. Pathogénie p.23
 - 2.7. Diagnostic et suivi biologique p.28
 - 2.8. Traitements p.31
 - 2.9. Prévention p.39
3. LES CONCEPTS DE DISCRIMINATION p.41
 - 3.1. Les différents niveaux de préjugés dans une société p.41
 - 3.2. Les différents types de discrimination p.43
 - 3.3. Définition pénale p.45
4. L'ETHIQUE, LA DEONTOLOGIE, LA LOI p.45
 - 4.1. Revue des règles éthiques p.46
 - 4.2. Les dispositions ordinales p.50
 - 4.3. Les dispositifs légaux p.54
 - 4.4. Reconnaître les discriminations p.59
 - 4.5. La H.A.L.D.E. p.62
5. DENONCIATION DES COMPORTEMENTS DISCRIMINATOIRES
 - 5.1. Rappel à l'ordre de l'Ordre p.65
 - 5.2. Etats des lieux réalisés par différentes associations de lutte contre le S.I.D.A. p.66
 - 5.3. Enquête sur les discriminations des personnes vivant avec le V.I.H.
6. POURQUOI LA DISCRIMINATION ? p.78
 - 6.1. L'enquête auprès des praticiens p.78
 - 6.2. Enquêtes auprès des patients p.82
7. ENQUETE SUR LES PATIENTS SAINS p.89
 - 7.1. Méthode p.89
 - 7.2. Résultats p.90
 - 7.3. Discussions de l'étude p.104
7. DISCUSSION GENERALE p.110
 - 8.1. Les idées reçues des patients sains concernant les éventuels refus des praticiens vis-à-vis des patients V.I.H.+ p.110
 - 8.2. La relation thérapeutique avec le patient séropositif au VIH p.113
 - 8.3. Les risques de transmission virale p.115
 - 8.4. Rappels des précautions universelles p.117

9. CONCLUSION p.125

10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES p.127

11 TABLE DES MATIERES p.131

1. INTRODUCTION

Le mot sourire est à la fois un nom synonyme de joie et un verbe assimilable à l'action de convenir, d'enchanter, de favoriser, de plaire, de plaisanter, de rire, de se moquer. Ainsi, en tant que moyen de communication, d'expression de la joie et du bonheur, il devrait être à la portée de n'importe quel patient.

Au moment de commencer nos études odontologiques, la Couverture Maladie Universelle venait d'être mise en place par le gouvernement Jospin sous l'initiative de Mme Martine Aubry. Nous pensions à l'époque que la possibilité d'avoir une bouche saine, propre et agréable était dorénavant accessible à tous, la barrière financière cédant sous les dispositifs de cette loi.

Or, lors de notre premier grand congrès d'odontologie, l'Association Dentaire Française (A.D.F.) de Novembre 2006, une manifestation nous interpella en ce qui concernait les possibilités d'accès aux soins dentaires pour tous.

En effet, des militants de l'association de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.) « Act Up Paris », vinrent troubler les débats du congrès consacré au thème : « guérir, c'est prévenir ». Ils demandèrent à être entendus par le président du congrès et par un représentant de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.

Ce n'est qu'en fin de journée que nous pûmes nous entretenir plus personnellement avec une des militantes de cette association. Cette dernière nous révéla que l'accès au sourire et aux soins dentaires lui était impossible, du seul fait de sa séropositivité. Elle nous avoua qu'elle avait désormais renoncé à tous les sentiments de bonheur que peuvent induire un beau sourire, une bouche saine, et un sentiment de confiance dans la vie et vis-à-vis de son praticien. Son cas n'était vraisemblablement pas isolé et le sentiment de discrimination au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H. nous a alors été révélé, posant ainsi la problématique suivante : Nous avons voulu mieux comprendre la réalité de la situation et si la séropositivité était véritablement un obstacle à la prise en charge d'un patient, tout en cherchant des propositions et des solutions afin d'éviter les refus de soins.

Nous allons tout d'abord étudier la séropositivité au V.I.H., ce qu'est le S.I.D.A. Quelles en sont les données épidémiologiques et physiopathologiques de l'infection ainsi que les traitements possibles.

Nous nous intéresserons ensuite aux différentes déclinaisons de la discrimination :

Aspects sémantiques, aspects légaux et interrogations déontologiques sur le problème, pour tenter de la qualifier, de la quantifier, d'étudier sa réalité, d'en connaître les causes afin de nous efforcer de corriger le malaise des patients discriminés.

2. GENERALITES A PROPOS DE L'INFECTION PAR LE V.I.H.

Le problème majeur de Santé Publique mondial de la fin du XX^e siècle est sans conteste l'infection par le virus HIV. En ce début de XXI^e siècle ce fléau n'a pas perdu de son importance. La pandémie de sida, qui a causé la mort de 25 millions de personnes en 25 ans, ne cesse de progresser malgré les progrès réalisés sur la connaissance du virus.

Nous pourrions tout d'abord rappeler l'état actuel des connaissances virologiques, puis observer l'impact épidémiologique de cette infection. Pour tenter de combattre cette infection, il existe différents traitements et mode de prévention qui seront abordés pour finir.

2.1. Historique

2.1.1. Description d'une épidémie naissante

En juin 1981, une publication du docteur Gottlieb dans le Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) du CDC (Center for Disease Control) d'Atlanta aux USA décrivait cinq cas de pneumonies à *Pneumocystis carinii* survenus à Los Angeles chez des hommes jeunes homosexuels. Il s'agit là de la première description du SIDA (Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis) alors appelé «Gay Syndrome». [1]

On note chez ces personnes un effondrement du taux de Lymphocytes CD4, des infections par CytoMégaloVirus (CMV) et des candidoses.

Le CDC est informé également de plusieurs cas de sarcomes de Kaposi chez des homosexuels de San Francisco, Los Angeles et New York. Il s'agit d'une affection très rare jusqu'alors, provoquant des tumeurs cutanées dont l'agent responsable est HHV-8.



Ill 1-*Une des nombreuses manifestations cutanées du virus : le sarcome de Kaposi* [1]

Le 3 juillet 1981, Laurence Altman dans le New York Times annonçait à ses lecteurs que des médecins new-yorkais et californiens avaient diagnostiqué quarante et un cas d'un «cancer rare » chez des jeunes hommes homosexuels. Ainsi le 4 juillet, une mise en garde est lancée aux cliniciens américains sans vraiment que les épidémiologistes d'Atlanta sachent concrètement quelle peut être la meilleure prise en charge de ces « étranges patients ».

Peu après 1981, des cas semblables n'ont pas tardé à être signalés dans d'autres pays du monde. Avec son parfum sulfureux, cette vision de l'épidémie conforte le faux sentiment d'être protégé de cette maladie dans la population hétérosexuelle, tout en provoquant des réactions contrastées dans un milieu homosexuel en pleine émancipation : certains ne veulent pas y croire et dénoncent une manipulation homophobe, mais d'autres s'organisent sans tarder.[5]

L'apparition d'autres groupes exposés tel que les toxicomanes consommateurs de produits injectables, les hémophiles recevant des facteurs de coagulation, les partenaires sexuels de personnes appartenant à ces groupes et les enfants nés de mères atteintes de SIDA oriente les recherches vers un agent de nature infectieuse, transmissible par voie sanguine et sexuelle, capable de provoquer un déficit immunitaire.

2.1.2. Identification de l'agent pathogène

La découverte du virus a fait l'objet de polémiques confrontant les équipes française de Luc Montagnier et américaine de Robert Gallo.[1,5]

La mise en évidence de l'agent infectieux a été réalisée par Françoise Barré-Sinoussi dans le laboratoire de L.Montagnier en janvier 1983 à partir un prélèvement réalisé par le docteur Willy Rozenbaum à La Pitié-Salpêtrière sur un sujet homosexuel rentrant des USA présentant un syndrome avec des adénopathies persistantes généralisées. Pour la caractérisation de ce virus, ils font appel à l'équipe américaine du Pr Gallo qui avait en 1980 identifié le rétrovirus HTVL-1 provoquant des leucémies, des lymphomes à tropisme pour les lymphocytes T humains. Celui-ci pensait que ce HTVL pouvait être responsable du SIDA mais par suite de comparaisons, il s'est avéré que ça n'était pas le cas.

L'agent pathogène du SIDA est un autre rétrovirus identifié tout d'abord sous le nom de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus).

Par la suite une commission de nomenclature internationale a rebaptisé le virus appelé dès lors sur une désignation anglaise HIV-1(Human Immunodeficiency Virus) ou française VIH-1.

Les premiers tests de diagnostic sérologique furent disponibles en 1985 après un grand nombre d'analyses sur des patients au stade présida ou sida avéré.

En 1986, un second virus HIV-2 a été isolé par F. Clavel chez des sujets originaires d'Afrique de l'Ouest.

2.2. Aspects virologiques

2.2.1. Classification

Le HIV appartient à la famille des Retroviridae possédant 3 sous-familles [1,6]:

- Oncovirus : associés à des tumeurs et des leucémies

Alpharetrovirus

Betaretrovirus : Mouse Mammary Tumour Virus

Gammaretrovirus : Murine Leukaemia Virus

Deltaretrovirus : Human T Leukaemia Virus (HTLV)

Epsilonretrovirus : Walleye dermal sarcoma virus

- Lentivirus : provoquant des maladies à évolution lente

BIV : Bovine Immunodeficiency Virus

FIV : Feline Immunodeficiency Virus

SIV : Simian Immunodeficiency Virus

HIV : Human Immunodeficiency Virus

-HIV-1 comportant plusieurs groupes (M, N, O) chacun comportant différents sous-types et sous-sous-types

-HIV-2 comportant uniquement des sous-types

- Spumavirus : non associés à une pathologie connue

2.2.2. Caractères généraux des Rétrovirus

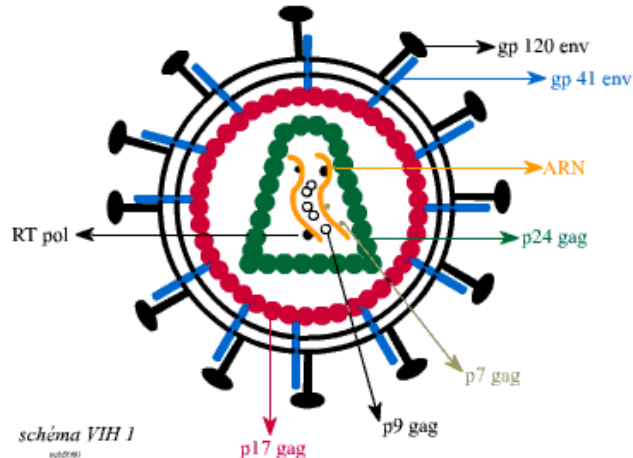
Il s'agit d'un virus à ARN monocaténaire à capsid polyédrique, à enveloppe membranaire et possédant une Rétrotranscriptase Inverse ou Reverse Transcriptase (RT). Le rôle de cette enzyme est de produire un ADN bicaténaire à partir d'ARN viral.

L'intégration du génome dans la cellule se fait sous forme de Provirus.

Pour les virus oncogènes, l'intégration du génome provoque la transformation des cellules en cellules oncogènes alors que pour les Lentivirus ceci conduit à la destruction de la cellule.

2.3. Le Virus VIH

2.3.1. Structure biocellulaire



III 2-Le V.I.H. : structure schématique tridimensionnelle et place des principales protéines [5]

La particule virale, de forme sphérique, mesure environ 110 nanomètres de diamètre.

L'enveloppe virale est constituée d'une bicouche lipidique empruntée aux membranes de la cellule hôte portant des glycoprotéines : Gp 41 (transmembranaire) et Gp 110 ou 120 (de surface, ayant un rôle dans la fixation du virus sur les récepteurs cellulaires) dont l'organisation fonctionnelle correspond à un trimère de ces deux sous-unités.

Le virus possède une nucléocapside dense, excentrée en forme de trapèze ou de barreau constituée de :

- core cylindrique de $M_r = 24K$ (P24)

- enzymes virales de réplication

- génome diploïde comportant 2 molécules d'ARN monocaténaire identiques associées à la RT.

On note la présence de protéine de matrice entre le core et l'enveloppe (P18).

2.3.2. Structure biomoléculaire

Il s'agit d'un ARN simple brin à polarité positive de 9,5Kb.

On distingue 3 groupes de gènes de structures (commun à tous les rétrovirus)

- Env : gènes d'enveloppe (codant pour gp 41 et gp 120)
- Gag : gènes codant pour les groupes antigéniques tq p24 et p18
- Pol : gènes codant pour la polymérase et d'autres enzymes (RT, RNase, intégrase, protéase...)

D'autre part le génome viral comprend également des gènes auxiliaires caractéristiques des rétrovirus à génome complexe : codant pour des protéines régulatrices tat et rev indispensables à la réplication virale et les protéines accessoires nef, vif, vpr, vpu (pour HIV-1) et vpx (pour HIV-2) modulant la réplication.

Enfin on trouve à chaque extrémité du génome des séquences répétitives jouant un rôle essentiel dans la réplication : les séquences LTR (Long Terminal Repeat). LTR 5' contrôle l'initiation et la régulation de la transcription.

Gène	Protéine produite	Fonction de la protéine
gag : code pour les protéines de la nucléocapside	p17	forme la couche protéique externe du core
	p24	forme la couche protéique interne du core
	p9	est un composant du core
	p7	se lie directement au RNA génomique
env : code pour les glycoprotéines de l'enveloppe	gp41	est une protéine membranaire associée à gp 120 et nécessaire à la fusion
	gp 120	fait saillie au niveau de l'enveloppe et se lie au CD4
pol : code pour des enzymes	p64	a une activité de transcriptase inverse et une activité de RNase
	p51	a une activité de transcriptase inverse
	p10	est une protéase clivant le précurseur des protéines codées par le gène gag
	p32	est une intégrase
vif	p23	est à l'origine du pouvoir infectieux de la particule virale
vpr	p15	active faiblement la transcription de l'ADN proviral
tat	p14	active fortement la transcription de l'ADN proviral
rev	p19	permet l'exportation des ARNm du noyau
nef	p27	augmente la réplication virale, diminue le nombre de cellules hôte
vpu	p16	nécessaire à un assemblage viral efficace au bourgeonnement

III 3- Fonction des protéines et origine génomique [6]

2.3.3. Propriétés physico-chimiques

Comme la plupart des virus enveloppés, le HIV est un virus fragile.

Les produits chimiques d'inactivation recensés, dont l'efficacité demande des délais variables, sont des désinfectants à base d'aldéhyde à la concentration de 0,5 à 2%, l'alcool éthylique à 70%, les produits à base de phénol à 5%, l'hypochlorite de soude à 10%, les iodophores.

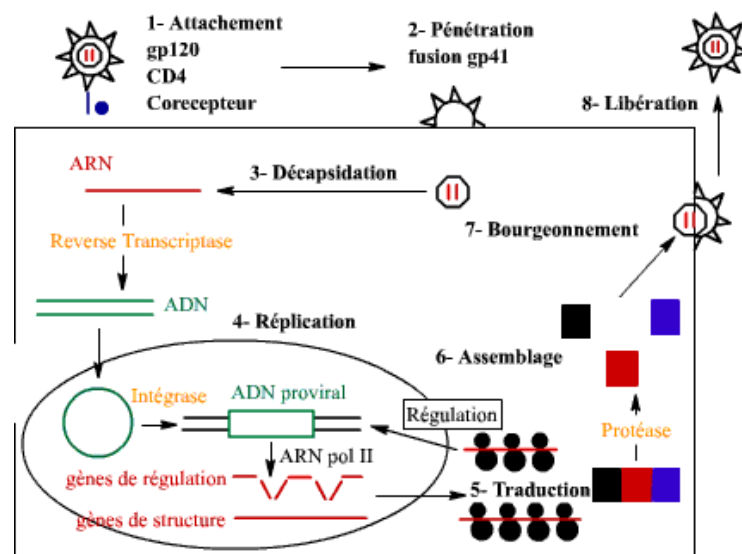
Pour les procédés physiques d'inactivation, après chauffage à 56°C pendant 30minutes, l'activité du virus n'est plus détectable. En revanche, les rayons UV sont sans effet sur le HIV.

2.3.4. Cycle de multiplication

Le cycle réplcatif du HIV se déroule en plusieurs étapes successives :

- La reconnaissance de la cellule hôte et l'entrée du virus
- La transcription inverse
- Le transport de l'ADN viral et son intégration dans le génome humain
- La transcription du provirus, le transport et la maturation de l'ARN
- La traduction
- L'assemblage des différents composants du virus, le bourgeonnement des virions et leur maturation

Ill 4- Le cycle de multiplication du V.I.H.



* Les cibles du virus :

Trois principales catégories de cellules sont infectées par le virus :

- les lymphocytes T CD4+
- les cellules du système monocyte macrophage (ces dernières exprimant la molécule CD4 à un niveau moindre que pour les lymphocytes T CD4+, mais néanmoins significatif)
- les cellules dendritiques.

* La reconnaissance :

Elle fait intervenir deux types de récepteurs cellulaires :

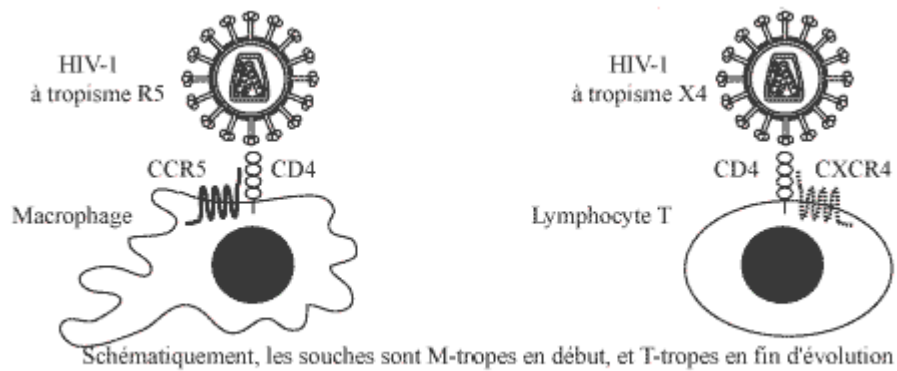
- le récepteur principal : la molécule CD4 présente à des cellules cibles citées précédemment
- le récepteur auxiliaire ou co récepteur (qui est un récepteur de chimiokines) Les deux principaux co récepteurs sont **CCR5** (dont les ligands naturels sont RANTES, MIP1- α et MIP1- β) et **CXCR4** (dont le ligand naturel est SDF1).

Selon l'utilisation préférentielle du co-récepteur les souches de HIV sont classées en

- R5(souches utilisant CCR)
- X4 (souches utilisant CXCR4)
- R5X4 (souches utilisant CCR5 et CXCR4).

Souche R5- virus à tropisme M	Souche X4-virus à tropisme T
Tropisme macrophagique	Tropisme lymphocytaire
Non induction de syncytia (NSI)	Induction de syncytia (SI)
Faible niveau de réplication	Niveau élevé de réplication
Présence prépondérante au stade précoce de l'infection	Présence (mais de manière non systématique) aux stades avancés de l'infection

III 5- *Les différences entre souches R5 et X4* [5,6]



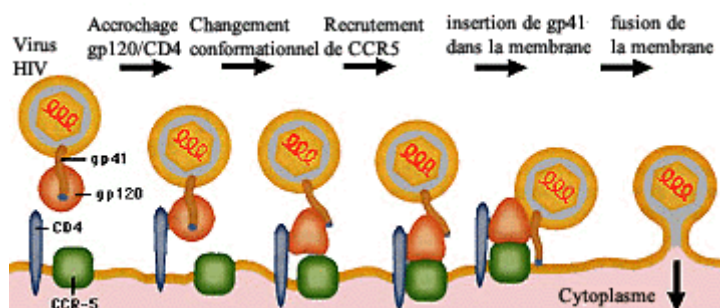
III 6- Les différences entre souches R5 et X4 [5,6]

Le mécanisme conduisant au passage d'un tropisme M à un tropisme T n'est pas connu.

La reconnaissance du côté viral se fait grâce à la glycoprotéine de surface gp120. Celle-ci comporte 5 domaines constants C1-C5 et 5 domaines variables V1-V5.

L'interaction met surtout en jeu les domaines C1, C4 et C5 de la glycoprotéine virale et le domaine extracellulaire D1 de la molécule CD4.

* L'interaction entre gp 120 et CD4 entraîne un changement de conformation de gp120 qui stabilise un site de liaison au co récepteur impliquant la région V3. L'interaction entre gp 120 et le co récepteur approprié provoque l'activation de la glycoprotéine transmembranaire gp41 conduisant à la fusion entre les membranes virales et cellulaires.



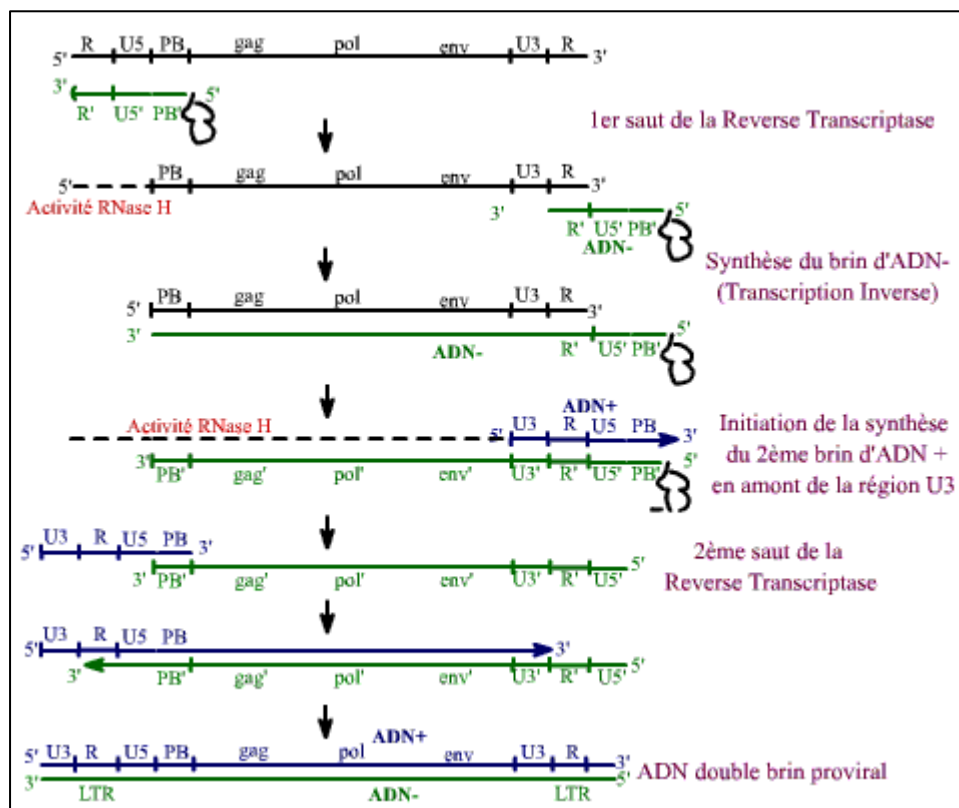
III 7- Interaction protéique et fusion membranaire [6]

* Après libération dans le cytoplasme, la nucléocapside virale devient perméable à différentes molécules, en particulier aux dNTP d'où la libération des 2 molécules d'ARN associées à la Reverse Transcriptase (RT). Celle-ci initie la synthèse du brin d'ADN négatif.

Au cours de l'élongation, l'activité RNase de la RT dégrade l'ARN ayant servi de matrice.

Puis le brin d'ADN complémentaire à polarité positive est synthétisé grâce à l'activité polymérasique de la RT.

On obtient donc un ADN bicaténaire proviral.



III 8-De l'ARN viral à l'ADN bicaténaire proviral [6]

La Reverse Transcriptase est une enzyme qui par une faible fidélité et une faible processivité est à l'origine de la *variabilité virale*. Le taux d'erreur d'incorporation de nucléotides de la RT est estimé à 1 mutation pour 10^4 .

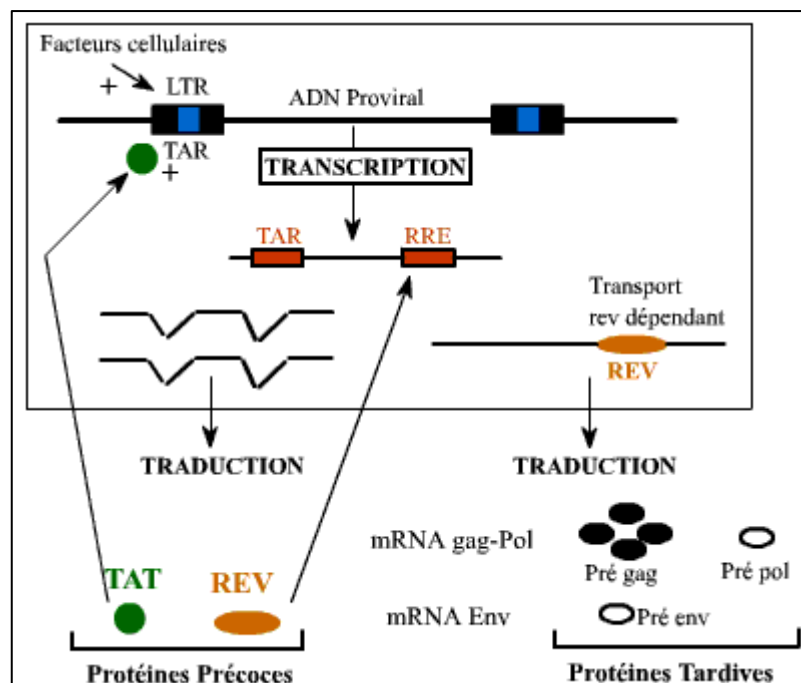
Ceci découle de l'absence d'activité correctrice d'erreur de la RT. La variabilité de la RT d'une matrice à une autre combinée à la structure dimérique du génome est à l'origine d'une fréquence élevée de recombinaisons.

* L'ADN bicaténaire traverse ensuite la membrane nucléaire et se circularise.

Ce transport vers le noyau du complexe de pré- intégration est pour tous les Lentivirus un mécanisme actif faisant intervenir la protéine Vpr du HIV-1 et Vpx du HIV-2.

Il est ensuite intégré au génome cellulaire grâce à l'intervention de l'intégrase.

La transcription des gènes viraux après intégration s'effectue grâce à la machinerie cellulaire. La régulation de la transcription est sous la dépendance de facteurs cellulaires et de facteurs viraux. Les facteurs viraux, notamment NF- κ B, interagissent avec des séquences régulatrices localisées au niveau de la région LTR 5'. La protéine Tat du HIV est une protéine transactivatrice interagissant avec la séquence TAR, ce qui permet le recrutement de différents facteurs cellulaires. Ceci conduit à la phosphorylation de l'ARN polymérase cellulaire et à l'augmentation de sa progressivité.



Ill 9- Transcription, traduction et réinsertion des protéines précoces

Les ARN nouvellement synthétisés sont modifiés : acquisition d'une coiffe en 5', polyadénylés en 3' et épissés. La protéine Rev interagit avec la séquence RRE localisée dans la région env et facilite le transport dans le cytoplasme des ARN non épissés nécessaires à la synthèse des précurseurs Gag-Pol et à la production de génomes viraux.

Les ARN complets sont traduits au niveau des ribosomes en protéines précurseurs Gag et Gag-Pol (ratio 20:1). Les précurseurs Gag sont myristylés, afin de permettre l'ancrage à la face interne de la membrane cellulaire, et phosphorylés. Les protéines précurseurs Env contiennent un peptide signal à leur extrémité N-terminale assurant la translocation à la surface interne du réticulum endoplasmique. Après le clivage du peptide signal par une enzyme cellulaire, la protéine est transportée vers la surface cellulaire par le système membranaire. Dans l'appareil de Golgi, elle est modifiée par glycosylation et clivée par la protéase cellulaire en 2 sous unités fonctionnelles gp41 et gp120.

* Le bourgeonnement s'effectue par l'association simultanée d'ARN génomiques, des protéines précurseurs Gag et Gag-Pol, et la membrane cellulaire. Plusieurs protéines accessoires semblent intervenir à ce niveau (Vif, Vpr, Vpu et Nef). Les ARN complets porteurs de la séquence Psi(signal d'encapsidation) se dimérisent et sont incorporés grâce à l'affinité de la nucléocapside pour les ARN. La maturation de la particule nécessite le clivage protéolytique des précurseurs Gag et Gag-Pol par la protéase virale. La particule virale devient alors infectieuse, capable d'infecter une nouvelle cellule.

2.4. Epidémiologie

Le SIDA se transmet classiquement selon 3 modes [1]

2.4.1. Mode de contamination

La transmission sexuelle

Elle est actuellement majoritaire (80% des cas). Le virus est présent dans le sperme et les sécrétions cervico- vaginales. Certains types de rapports sexuels présentent un risque accru. On peut établir une échelle des types de rapports selon le risque décroissant : anal > vaginal > buccal. Les rapports violents avec saignement ou pendant les règles sont associées à un risque plus élevé.

La transmission par le sang

Elle est liée historiquement à la transfusion sanguine et à l'utilisation de facteurs anti-hémophiliques. Actuellement elle concerne surtout les sujets pratiquant la toxicomanie par voie intraveineuse ou artérielle, mais aussi à un degré bien moindre les personnels soignants après accidents d'exposition au sang.

La transmission mère-enfant

Les mères infectées peuvent contaminer leurs enfants. En l'absence de mesures préventives, 20 à 30 % des nouveaux- nés sont contaminés. Cette contamination survient le plus souvent à proximité de l'accouchement par exposition de l'enfant au sang ou aux sécrétions génitales de la mère. L'allaitement maternel est également une source de contamination du nourrisson.

Le risque de contamination dépend de la voie d'inoculation, du volume de l'inoculum viral, du virus, mais aussi du terrain génétique de l'hôte. Certains individus sont en effet partiellement protégés du fait de l'absence d'expression de certains récepteurs (CCR5 par exemple).

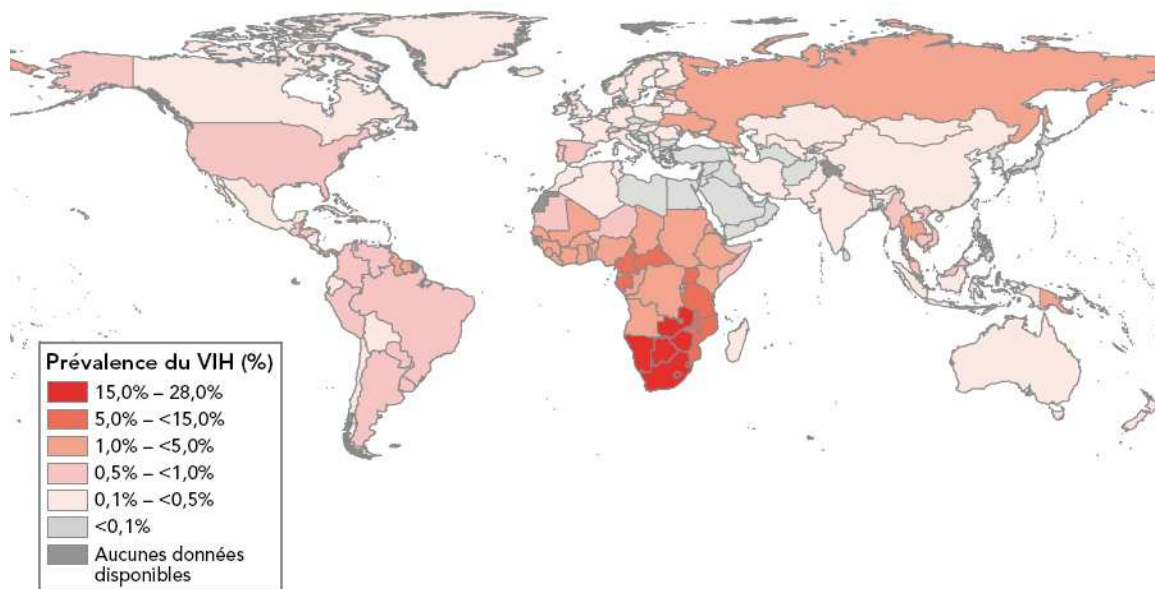
2.4.2. Situation mondiale

A l'échelle mondiale, l'épidémie de VIH s'est stabilisée, mais à des niveaux toujours inacceptables [3] :

On estime que 33 millions [30 millions-36 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2007. Le nombre annuel des nouvelles infections au VIH a baissé de 3,0 millions [2,6 millions- 3,5 millions] en 2001 à 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] en 2007. Globalement, 2 millions [1,8 million- 2,3 millions] de personnes sont décédées à cause du sida en 2007, par rapport à l'estimation de 1,7 million [1,5 million-2,3 millions] en 2001.

Malgré un pourcentage de personnes vivant avec le VIH stabilisé depuis 2000, le nombre global de personnes vivant avec le VIH a régulièrement augmenté, car de nouvelles infections se produisent chaque année, les traitements du VIH prolongent la vie et les nouvelles infections continuent à surpasser le nombre de décès dus au SIDA .

L'Afrique australe supporte encore et toujours une part disproportionnée du fardeau mondial du VIH : 35% des infections à VIH et 36% des décès dus au sida en 2007 se sont produits dans cette sous-région. Dans l'ensemble, l'Afrique subsaharienne abrite 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH



Ill 10- Estimation du nombre de personnes infectées par le V.I.H. en 2007 [3]

2.4.3. Situation en France

Dans notre pays, selon l'InVS [4], environ 150 000 personnes sont séropositives au VIH et 27 000 vivent avec le sida. Chaque année, 6 à 7 000 personnes découvrent leur séropositivité. Près d'un tiers d'entre elles sont des homosexuels.

- 6 500 découvertes de séropositivité en 2007 (6 300 en 2006)
- Les rapports hétérosexuels représentent 60% des découvertes de séropositivité en 2007 et concernent pour moitié des personnes d'Afrique subsaharienne
- Les homosexuels masculins représentent 38 % des découvertes de séropositivité (29% en 2006).

2.5. Physiopathologie de l'infection au V.I.H.

L'infection virale a sur les lymphocytes T CD4+ un effet létal qui dans les cas les plus démonstratifs, consiste en un ECP à type de syncytiums (Or les lymphocytes T CD4+ auxiliaires ont un rôle essentiel dans la régulation de l'activité des lymphocytes B et des lymphocytes T CD8+). De plus les lymphocytes T infectés (recouvert de gp120) vont faire une involution vers les lymphocytes T non infectés [1].

Les lymphocytes T CD8 cytotoxiques éliminent les lymphocytes CD4 recouverts de gp120.

On observe alors tout d'abord une augmentation du nombre de lymphocytes CD8, et un effondrement du rapport CD4/ CD8.

Les lymphocytes B sont stimulés, on obtient une hypergammaglobulinémie pouvant aboutir à des phénomènes auto-immuns.

En revanche, monocytes et macrophages peuvent supporter sans ECP et sans dommage l'infection, constituant ainsi un réservoir pour les virus, mais aussi un véhicule pour infecter précocement, dès la primo-infection, divers compartiments de l'organisme à partir de ce réservoir :

- pénétration dans le système nerveux central (chez 60% des sujets atteints on observe des atteintes neurologiques)
- atteinte des cellules de Langherhans de la peau
- atteinte des cellules de Küppler du foie.

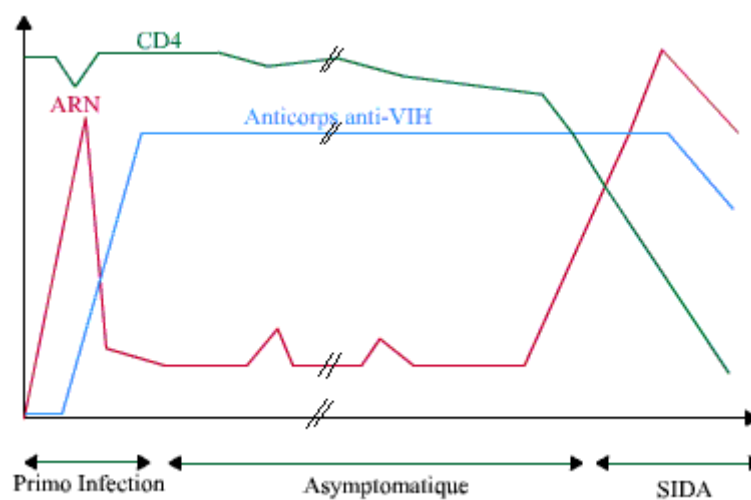
Dans les follicules lymphoïdes (qui sont le principal tissu cible de l'infection virale), les cellules folliculaires dendritiques, élément architectural essentiel de ces follicules, capturent les particules virales et les présentent aux cellules lymphoïdes. À un stade avancé de l'infection, les cellules folliculaires dendritiques sont détruites, ce qui participe à l'atrophie finale des formations lymphoïdes au stade du SIDA.

Chez un individu infecté, les souches virales sont monocytophages (macrophagotrope) en début d'infection, mais généralement lymphotropes et de plus en plus cytolitiques lorsque l'infection est évoluée.

2.6. Pathogénie

L'infection se caractérise par la succession de trois phases [1,5,6] :

- La primo-infection
- La phase asymptomatique
- La phase clinique : le SIDA



Ill 11- Les différents stades de la maladie en fonction des taux d'A.R.N., de CD4, d'anticorps anti-VIH

2.6.1. La primo-infection

Elle se manifeste 15 à 30 jours après la contamination mais elle est asymptomatique dans 30 à 70% des cas.

Lorsqu'elle est symptomatique, elle rappelle une mononucléose infectieuse : angine fébrile, adénopathies disséminées. On peut voir quelques fois des signes méningés et des éruptions morbilliformes. (Eruption maculo-papuleuse, faites d'éléments érythémateux arrondis ou ovalaires plus ou moins nombreux mais séparés.)

Elle correspond à une dissémination virale rapide et étendue, suivie d'une réponse immunitaire spécifique, cellulaire et humorale, variable d'un individu à l'autre.

Dans la situation la plus fréquente d'une transmission sexuelle, les cellules dendritiques de la muqueuse génitale véhiculent le virus par l'intermédiaire d'un récepteur membranaire appelé DC-SIGN dans les ganglions lymphatiques régionaux. Le virus est ensuite transmis aux lymphocytes CD4 + activés dont l'infection est le point de départ d'une importante virémie assurant la dissémination du virus à la plupart des organes dans les jours suivants. Une des caractéristiques de la population virale initiale est sa relative homogénéité. Dans les semaines qui suivent, la virémie diminue et se stabilise en 6 mois environ. Le contrôle de la virémie semble être dû principalement à la réponse lymphocytaire T cytotoxique.

2.6.2. La phase asymptomatique ou de latence clinique

Elle se caractérise par une durée médiane en absence de traitement d'environ 10ans. Les variations entre les individus sont considérables, allant de 2 à plus de 20ans. Des études ont montré que la concentration plasmatique d'ARN viral influençait la durée de la période asymptomatique et constituait donc un marqueur essentiel de la progression clinique.

Pendant cette phase, les lymphocytes T CD4 présentent des anomalies qualitatives et quantitatives avec une diminution régulière de leur nombre au cours du temps. Ce déclin concerne le compartiment des lymphocytes CD4 mémoires et celui des lymphocytes CD4 naïfs. Les lymphocytes T CD8 diminuent également. La conséquence est une restriction du répertoire des cellules T. La décroissance régulière du nombre de lymphocytes CD4 dans le sang périphérique au cours de l'évolution de l'infection relève de différents mécanismes : destruction cellulaire par apoptose induite par le virus ou la réponse immunitaire, déficit de régénération des lymphocytes, modification de la distribution des lymphocytes dans les différents compartiments de l'organisme.

2.6.3. La phase clinique : le SIDA

Elle se caractérise par une virémie et une chute importante du nombre de lymphocytes CD4.

On observe donc à ce stade une immunosuppression.

Ceci a pour conséquence sur le plan clinique, la survenue d'infections opportunistes et de néoplasies définissant la maladie SIDA.

On observe des maladies opportunistes de type :

- Infectieuses :

- mycobactéries opportunistes tels que *Mycobacterium avium* ou les *Mycobacteries* atypiques et quelquefois par *Mycobacterium tuberculosis*

- Virus :

Tel que CMV, HSV, JCV, HHV-8, HPV...

- Mycoses :

Tel que candidose, cryptococcose, histoplasmosse...

- Parasitose :

Tel que pneumocystose, giardiase, toxoplasmose neuroméningé, microsporidose.

- Prolifération de cellules conduisant à des cancers :

Tel que lymphomes, cancer, sarcome de Kaposi liés à la diminution de l'immunité anticancéreuse

On observe alors une altération de l'état générale puis le décès du patient.

Classification clinico- biologique de l'infection :

La première classification a été établie par le CDC en 1987, puis révisée en 1993.

Elle distingue 3 catégories (A, B et C) selon les signes cliniques observés. Ces catégories sont subdivisées en 3 sous- catégories (1, 2 et 3) selon la valeur des lymphocytes CD4.

Une classification pédiatrique , concernant les enfants de moins de 12ans, a été proposée par le CDC d'Atlanta en 1994.

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
Une ou plusieurs des critères suivant chez un adulte ou un adolescent infecté par le HIV, s'il n'existe aucun critères des catégories B et C :	Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes : - angiomatose bacillaire ; - candidose oropharyngée ; - candidose vaginale persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ; - dysplasie du col, carcinome in situ ; - syndrome constitutionnel : fièvre sup. à 38,5°C ou diarrhée sup. à 1mois ; - leucoplasie chevelue de la langue ; - zona récurrent ou envahissant ; - purpura thrombocytopénique idiopathique ; - salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens ; - neuropathie périphérique	Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans cette catégorie : - candidose bronchique, tarchéale ou pulmonaire ; - candidose oesophagienne ; - cancer invasif du col ; - coccidioïdomycose, disséminée ou extra-pulmonaire ; - cryptococcose extra-pulmonaire ; - cryptosporidiose intestinale sup. à 1 mois ; - infection à CMV ; - encéphalopathie due au HIV ; - infection herpétique, ulcères chroniques sup.à 1mois, infection bronchique, pulmonaire ou oesophagienne ; - histoplasme disséminée ou extra-pulmonaire ; - isosporidiose intestinale chronique ; - sarcome de Kaposi ; - lymphome de Burkitt - lymphome immunoblastique ; - lymphome cérébral primaire ; - infection à Mycobacterium avium ou kansaii, disséminée ou extra-pulmonaire ; - infection à mycobacterium tuberculosis ; - pneumopathie bactérienne récurrente ; - leuco-encéphalopathie multifocale progressive ; - septicémie à salmonelle non typhi récurrente ; - toxoplasmose cérébrale ;

III 12-Catégorisation de la maladie en fonction des manifestations cliniques

Nombre de lymphocytes T CD4	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
>500/mm³	A1	B1	C1
200 à 499/mm³	A2	B2	C2
< 200/mm³	A3	B3	C3

Ill 13-Sous catégories de la classification CDC de l'infection par le VIH

Ces catégories sont hiérarchiques, un sujet classé dans une catégorie ne peut passer dans la catégorie inférieure lorsque les signes cliniques ont disparu.

Aux USA, , le SIDA est défini par les catégories A3, B3 ou C alors qu'en Europe, seule la catégorie C le définit.

2.7. Diagnostic et suivi biologique

2.7.1. Diagnostic biologique

Le dépistage de l'infection est proposé chez les personnes s'estimant ponctuellement ou durablement à risque de contamination, chez des personnes présentant des signes de primo-infection ou chez les patients présentant des pathologies pouvant être des complications de l'infection à HIV.

Il est également proposé en cas d'incarcération, en pré- opératoire, en pré-nuptial et lors de la déclaration de grossesse.

Le dépistage de l'infection à HIV est également un acte de prévention puisqu'il permet une discussion avec le patient sur ces risques d'infection et sur les moyens de prévention.[1,6]

2.7.1.1. Marqueurs virologiques indirects de l'infection

La détection des anticorps anti- VIH repose sur l'utilisation de tests ELISA agréés.

En France, la législation définit l'utilisation de deux tests mixtes (détectants VIH-1 et VIH-2) différents.

Ils sont très sensibles, il n'existe pas de faux négatifs. Mais il peut exister des faux positifs. Ils se positivent en moyenne vers le 21^{ième} jour après la contamination. Des positivations tardives sont possibles, c'est pourquoi le dépistage devra donc être systématiquement contrôlé 3mois après une exposition.[6]

Lorsque les deux tests réalisés lors du dépistage ne sont pas négatifs, un deuxième prélèvement est nécessaire pour confirmer l'identité du patient et la spécificité des anticorps détectés. Un western-blot ou un immuno-blot permet d'identifier les protéines virales cibles des anticorps du sujet et de différencier le HIV-1 du HIV-2. Lorsqu'au moins deux protéines d'enveloppe Env ± Gag ± Pol sont reconnues l'examen est positif et le sujet séropositif pour le HIV.

2.7.1.2. Marqueurs virologiques directs de l'infection

L'utilisation de marqueurs mettant en évidence un des composants de la particule virale peut être nécessaire lorsque le sujet n'a pas encore développé d'anticorps (fenêtre sérologique), lorsque les tests sérologiques restent indéterminés et lorsque la présence d'anticorps maternels masque une éventuelle infection du nouveau-né.

On réalise la recherche du génome viral : recherche d'ARN VIH-1 plasmatique par RT-PCR. Cette méthode est très spécifique, très sensible, est un marqueur pronostic et permet le suivi thérapeutique des patients. Elle se positive en 10 jours

On peut à défaut effectuer la recherche de l'antigène p24. Elle se positive en 15 jours. L'antigène p24 n'est présent qu'en primo- infection et se négative après quelques semaines.

D'autres méthodes sont disponibles comme la recherche d'ADN proviral par PCR et l'isolement viral par culture (qui est possible seulement en laboratoire spécialisé, le HIV étant un virus de classe 3).

	RT-PCR Roche	RT- PCR Abbott	NASBA Biomérieux/orga non	DDNA Bayer/Chiron
Versions actuelles	Monitor HIV-1	LCx HIV-1	Nuclisens HIV-1	Quantiplex HIV-1
Limites de détection	20 c/mL	20 c/mL	40-80 c/mL	50 c/mL

Ill 14-Les différents tests commerciaux disponibles

2.7.1.3. *Autres marqueurs virologiques*

- Génotype de résistance

Réalisation du séquençage de gènes de RT recherche de mutations associées à la résistance permettant grâce à algorithme de définir si les traitements seront efficaces.

- Phénotypage de résistance : virogramme en évaluation.

2.7.1.4. *Autres examens*

- hémogramme (recherche si thrombopénie)
- bilan hépatique (ASAT, ALAT, γ GT...)
- sérologie syphilitique, VHB, VHC, toxoplasme, CMV
- IDR à la tuberculine
- Radiographie pulmonaire
- Examen clinique complet permettant l'évaluation initiale de l'infection.

2.7.2. **Suivi biologique de l'infection à HIV**

Deux examens cliniques permettent d'établir en première intention le pronostic et le suivi de l'infection à HIV, accompagnés de l'interrogatoire et de l'examen clinique :

- La détermination du taux de lymphocytes CD4
- La quantification de l'ARN

Ces deux marqueurs sont à étudier tous les 3 mois et leur évolution constitue un élément important pour l'instauration et la modification d'un traitement.

2.7.2.1. *Taux de lymphocytes CD4*

Il est exprimé en nombre par mm^3 (normale : 500 à 2000) ou en pourcentage. Il reflète l'immunodépression du sujet et donc le risque de développer des pathologies opportunistes. Ce risque est important au-dessous de 200 $\text{CD4}/\text{mm}^3$ et majeur au-dessous de 50 $\text{CD4}/\text{mm}^3$.

Il va conditionner la mise en place d'un traitement de l'infection à HIV ainsi qu'un traitement préventif des maladies opportunistes.

2.7.2.2. *Quantification de l'ARN plasmatique du HIV-1*

Elle est réalisée par des techniques standardisées (RT-PCR, ADN branché...) et s'exprime en copies par mL de plasma sanguin ou en log copies /mL. Ces techniques sont très sensibles et peuvent détecter moins de 50 copies d'ARN. La charge virale plasmatique qui correspond à l'équilibre entre la production de virions et leur destruction par le système immunitaire reflète le niveau de la réplication virale. Plus la réplication est importante, plus le risque de progression de l'infection est élevé. La charge virale plasmatique est un paramètre de choix pour évaluer l'efficacité des antirétroviraux qui agissent directement en inhibant la réplication du virus.

2.8. **Objectifs des traitements**

Les traitements ont actuellement 4 objectifs principaux [2] :

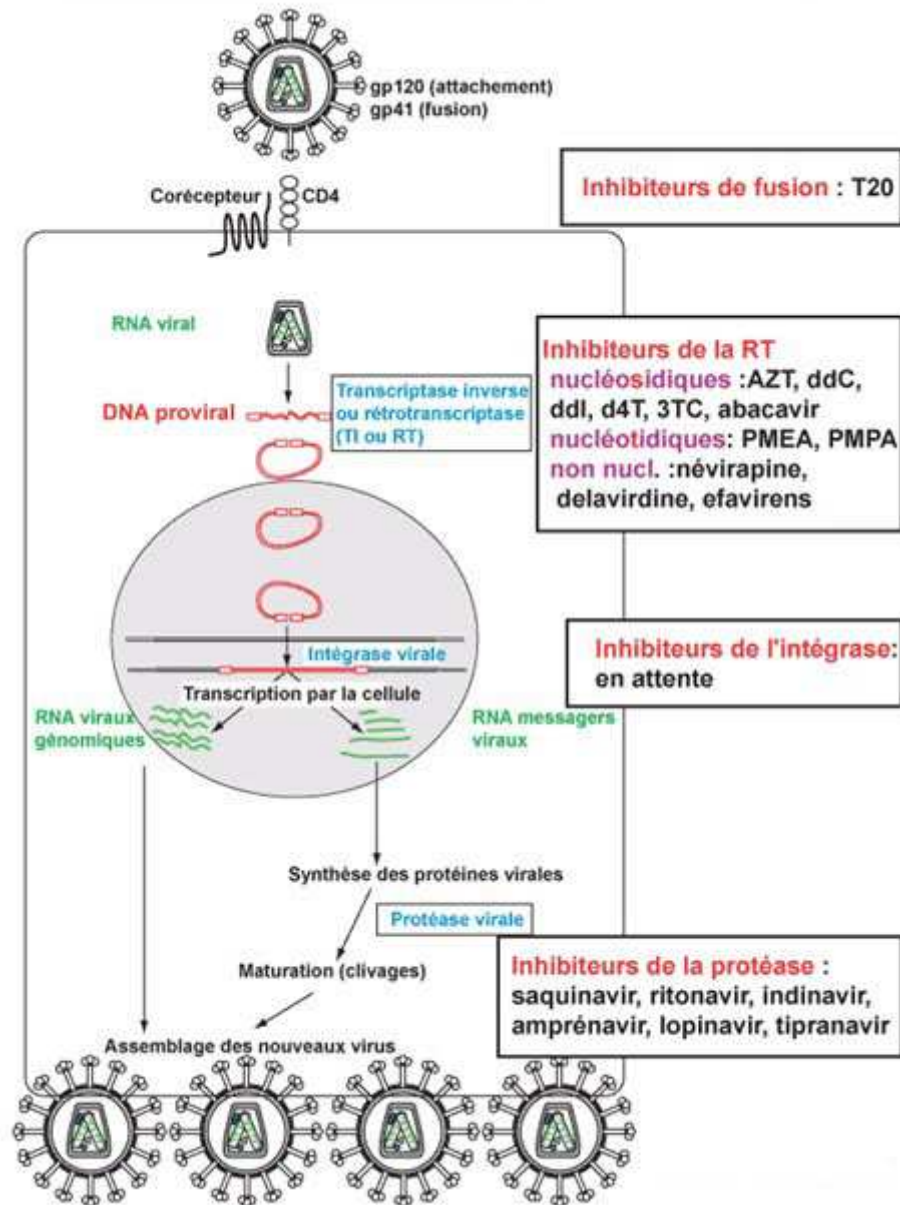
- Bloquer la réplication virale
- Obtenir une restauration immunitaire
- Empêcher le développement des maladies opportunistes
- Prévenir l'infection après exposition.

2.8.1. **Les antirétroviraux**

Actuellement quatre classes de médicaments se répartissent sur les trois cibles que sont la RT, la protéase et l'enveloppe :

- 1) les analogues de nucléosides inhibiteurs de la rétrotranscriptase (INTI)
- 2) les inhibiteurs non nucléosidiques de la rétrotranscriptase (INNTI)
- 3) les inhibiteurs de la protéase (antiprotéases, IP)
- 4) les inhibiteurs d'entrée de deux sortes :

- *les inhibiteurs de la fusion, ciblés sur la gp41, comme le T-20 ou enfuvirtide (se fixant sur la gp-41, ils en empêchent le repliement),
- *les "agonistes des corécepteurs", avec notamment ceux agissant au niveau du CCR5



Ill 15- Multiplication du V.I.H.1 et antirétroviraux

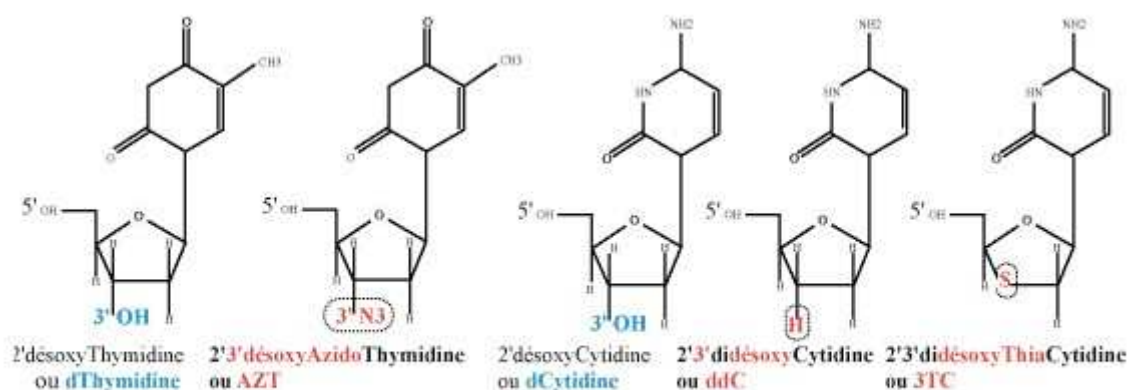
2.8.1.1. Inhibiteurs de la transcriptase inverse

2.8.1.1.1. Inhibiteurs nucléosidiques de la Reverse Transcriptase :

Incorporés dans les chaînes d'ADN et bloquent l'élongation :

AZT	Zidovudine	Retrovir® GSK (1987)
ddI	Didanosine	Videx® BMS (1992)
ddC	Zalcitabine	Hivid® Hoffman –La Roche (1994-arrêt commercialisation en 2006)
d4T	Stavudine	Zerit® BMS
3TC	Lamuvudine	Epivir® GSK
AZT+3TC		Combivir® GSK
ABC	Abacavir	Ziagen® GSK
FTC	Emtricitabine	Emtriva®
AZT+3TC+ABC		Trizivir® GSK
ABC+ 3TC		Kivexa®

Ceux-ci doivent être transformés en dérivés triphosphates par des kinases cellulaires pour exercer leur activité.



Dépourvus du 3'OH des nucléosides naturels, ces analogues de nucléosides antirétroviraux sont "manchots"

III 16- Trois exemples d'analogues aux nucléosides antirétroviraux

2.8.1.1.2. Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse

TDF	Ténofovir	Viread® Gilead
TDF + FTC		Fexaday®

Leur cytotoxicité est importante : des anémies pour l'AZT, des neuropathies périphériques pour la ddC et la d4T, des pancréatites pour la ddI. Ces effets secondaires sont attribués à une inhibition de la DNA polymérase des mitochondries, inhibition qu'on ne trouve pas avec la 3TC et la FTC qui sont donc particulièrement bien supportées

A noter que certains de ces analogues de nucléoside ou de nucléotide sont actifs également sur la DNA polymérase du virus de l'hépatite B (HBV), ce qui est d'un grand intérêt, vu la fréquence des co-infections HIV+HBV : c'est le cas de la 3TC, de la FTC et du ténofovir

2.8.1.1.3. Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

NVP	Nevirapine	Viramune® Boehringer Ingelheim
EFV	Efavirenz	Sustiva® BMS

Les INN ne doivent pas être associés entre eux.

2.8.1.2. *Inhibiteur de la protéase*

La protéase du VIH-1 a pour rôle de cliver de précurseurs protéiques formant ainsi des protéines actives.

IDV	Indinavir	Crixivan® Merck
RTV	Ritonavir	Norvir® Abbott
SQV	Saquinavir	Invirase® gélules, Fortovase®capsule molle Roche
NFV	Nelfinavir	Viracept®
APV	Amprénavir	Agenerase® GSK
	Fosamprénavir	Telzir® GSK
LVP	Lopinavir	
LPV+RTV		Kalétra® Abbott
ATV	Atazanavir	Reyataz® BMS
	Tipranavir	Aptivus ®Boehringer Ingelheim

2.8.1.3. *Inhibiteurs de la fusion*

Ils bloquent la fusion de l'enveloppe virale avec la membrane cellulaire. L'interaction de la gp 41 virale avec son corécepteur devient impossible.

2.8.1.4. *Stratégie de prise en charge thérapeutique*

Les stratégies de prise en charge thérapeutique comportent différentes combinaisons comportant au moins 3molécules (Trithérapie):

Exemple : 2 INTI+ 1 IP ou 2 INTI +1 INNTI ou 3 INTI.

La décision d'instaurer un traitement antirétroviral doit prendre en considération le statut clinique et immuno-virologique du patient mais aussi les limites des traitements actuels : absence d'éradication virale, effets indésirables, difficultés d'adhésion sur une longue

période en raison de contraintes multiples (nombre de prises, contraintes alimentaires...) et les interactions médicamenteuses.

Le traitement est recommandé pour les patients cliniquement symptomatiques ou lorsque le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 350/mm³.

Une fois instauré, le traitement doit avoir pour objectif une inhibition maximale de la réplication virale pour éviter le développement de résistance. La probabilité d'émergence de virus résistants en fonction de l'activité antivirale du traitement peut être modélisée par une courbe en cloche. Lorsque la virémie sous traitement est maintenue en dessous du seuil de détection des tests moléculaires, la probabilité d'émergence de résistance est pratiquement nulle. Dans le cas contraire, il existe un déterminisme remarquable d'évolution vers la résistance qui sera plus ou moins rapide selon les molécules utilisées (INNTI et 3TC > INTI et IP) Il importe de souligner la résistance croisée pour les différentes molécules au sein des 3 classes thérapeutiques.

2.8.1.5. *Effets indésirables*

-Effets indésirables communs à toutes les classes : **Anomalies métaboliques**

Plus de 50% des patients traités présentent des anomalies métaboliques. Les mécanismes physiopathologiques de ces anomalies sont encore mal élucidés. Il est recommandé :

- dès l'initiation du traitement : effectuer un bilan des risques cardio-vasculaires, instaurer une stratégie de prise en charge à titre préventif (arrêt du tabac, contrôle du surpoids, traitement de l'hypertension artérielle, exercice physique...)
- en cours de traitement : proposer un bilan lipido-glucidique semestriel.

-Effets indésirables des inhibiteurs de la Reverse Transcriptase :

- Effet indésirable commun aux analogues nucléosidiques : **Acidose lactique**

L'incidence de l'acidose lactique grave est de 1 à 4 pour 1000 patients traités par an (toxicité mitochondriale).

Le début est insidieux en raison de l'apparition de symptômes non spécifiques (troubles digestifs, asthénie, fièvre, dyspnée...) qui rend le diagnostic difficile (pas de tableau évocateur). L'évolution peut être rapidement mortelle par défaillance multiviscérale.

Il faut toutefois noter que les hyperlactatémies modérées sont fréquentes avec cette classe de médicaments. Elles ne permettent pas de prédire d'un risque d'acidose lactique grave.

- Effet indésirable commun aux analogues non nucléosidiques : **Toxicité cutanée**

On note pour la névirapine un risque d'éruptions cutanées qui peut être sévère justifiant la posologie d'instauration progressive et des toxidermies pour l'éfavirenz.

- Autres effets indésirables notables :

- zidovudine : hématotoxicité (anémie, neutropénie)
- didanosine : diarrhée, pancréatite, neuropathies périphériques
- stavudine : pancréatites, neuropathies périphériques, hépatotoxicité
- lamivudine : myélotoxicité si en association avec la zidovudine
- abacavir : toxidermies cutanées, syndrome d'hypersensibilité (disparaît en 24 à 48h après l'arrêt du traitement et contre-indique formellement la reprise du médicament en raison d'un risque de récurrence très sévère, voire mortelle)
- névirapine : hépatotoxicité
- efavirenz : sensations ébrieuses
- ténofovir : diarrhée, néphrotoxicité.

-Effets indésirables des inhibiteurs de la protéase :

- Principaux effets indésirables communs :

- troubles digestifs : gastralgies, vomissements, diarrhées
- lipodystrophies : anomalies de la répartition des graisses associant une fonte adipeuse ou lipoatrophie (bras, cuisse, visage) à une hypertrophie adipeuse essentiellement au niveau du tronc (dos en « bosse de bison »)
- intolérance glucidique et dyslipidémies (hypertriglycémie, parfois hypercholestérolémie)
- neurotoxicité : paresthésies péri-orales, neuropathies périphériques
- toxicité hépatique : élévation des transaminases pouvant nécessiter une interruption voire un arrêt définitif du traitement.

- Autres effets indésirables notables :

- ritonavir : hyperuricémie
- indinavir : anémie hémolytique, insuffisance rénale, lithiases urinaires (cristallisation du produit in situ) qui justifient une hydratation abondantes (au moins 1,5L/jour)
- nelfinavir : diarrhées
- lopinavir/ ritonavir : diarrhées, pancréatites.

Les inhibiteurs de la protéase ont tous un métabolisme qui utilise la voie des cytochromes P450. Ils sont donc inhibés ou induisent de nombreuses interactions métaboliques avec d'autres produits utilisant les mêmes voies métaboliques.

-Effets indésirables des inhibiteurs de la fusion :

- réactions au site d'injection très fréquentes (douleur, induration, érythèmes, nodules, kystes, prurit)
- céphalées, insomnies
- anorexie, perte de l'appétit, asthénie, anxiété...

2.8.2. Traitement et prévention des infections opportunistes

La survenue des infections opportunistes a considérablement diminué depuis 1996 grâce à la restauration immunitaire induite par les multithérapies antirétrovirales puissantes.

La prévention des infections opportunistes repose sur un traitement prophylactique. La prévention primaire dépend du nombre de lymphocytes CD4. La prévention secondaire vise à prévenir les rechutes. La restauration immunitaire sous traitement antirétroviral permet dans certaines circonstances de suspendre la prophylaxie primaire ou secondaire.

2.9. Prévention

Des moyens de prévention permettent de bloquer la transmission du HIV par les 3 modes de contamination habituelle [1]:

2.9.1. Transmission sanguine

La sélection des donneurs et le dépistage sérologique des dons de sang instaurés en 1985 ont permis de réduire très fortement le taux de transmission par transfusion. Depuis 2000 un dépistage systématique de l'ARN du HIV est également réalisé afin de réduire le risque résiduel. Le dépistage des anticorps anti-HIV chez les donneurs d'organes, de tissus et de cellules est également obligatoire. Les systèmes d'échange de seringues et la vente libre de seringues ont pour but de diminuer la transmission chez les toxicomanes. En cas d'exposition au sang (AES), un traitement antirétroviral très précoce et poursuivi pendant 1 mois permet de réduire le risque de contamination.

2.9.2. Transmission sexuelle

L'usage du préservatif constitue le moyen de prévention le plus efficace, à condition d'être bien utilisé. Le préservatif peut être masculin et féminin.

En cas de rupture de préservatif, une chimioprophylaxie similaire à celle de l'exposition au sang peut être proposée.

2.9.3. Transmission mère-enfant

Le traitement par la zidovudine (AZT) en fin de grossesse, pendant l'accouchement et les 6 premières semaines de vie de l'enfant permet de réduire de 25 à 8% le taux de transmission. L'association d'une césarienne programmée ou d'autres antirétroviraux permet de limiter ce taux à moins de 2%. L'allaitement est contre-indiqué dans les pays industrialisés.

L'impact économique et social de l'infection par le HIV est considérable dans toutes les régions du monde. Dans les pays industrialisés où les traitements sont accessibles, une

diminution de près de 80% de la morbidité et de la mortalité associées à l'infection a été observé depuis 1996. Cependant, il n'est encore pas possible d'obtenir une éradication du virus d'un organisme infecté.

Dès lors, l'utilisation des antirétroviraux semble ne pouvoir se concevoir que de manière limitée et entachée de deux points négatifs majeurs : leur toxicité et l'émergence de résistance.

Les moyens de combattre l'infection dans les pays démunis restent très limités. L'extrême variabilité génétique du virus constitue un obstacle majeur pour le développement d'un vaccin efficace. Si les efforts de prévention dans ces pays regroupant 95% des infections dans le monde doivent être maintenus, le problème de l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux et à de véritables structures de soins est désormais posé.

Les principales orientations de recherche concernent l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques telles que l'entrée du virus dans la cellule hôte ou l'intégration dans l'ADN cellulaire, une meilleure compréhension des mécanismes de persistance virale et de restauration immunitaire, la réalisation d'essais d'interruption thérapeutique programmée pour limiter la toxicité à long terme ou obtenir une resensibilisation du virus, la réalisation d'essais d'immunothérapie, la mise au point éventuelle d'un vaccin préventif.

Nous allons à présent nous concentrer sur les différentes articulations du second point clef de notre étude en tentant de le définir sous ses aspects sémantiques, sociologiques, déontologiques et légaux.

3. LES CONCEPTS DE DISCRIMINATION

Du latin *discriminare*, signifiant mettre à part, discerner, séparer, la discrimination consiste à distinguer un groupe de personnes des autres, et à lui appliquer un traitement spécifique, sans lien objectif avec le critère qui sert à différencier le groupe. Un critère est donc discriminatoire s'il n'est pas adapté à la situation.

Au niveau sémantique, on peut parler de « stigmatisation » lorsque l'échelle devient macroscopique [10].

Elle renvoie à une notion d'égalité en droit en induisant une dévalorisation de certains groupes d'humains. Elle induit donc une valeur négative, ce qui a poussé ces derniers temps les politiques à tenter un certain rééquilibrage en créant la notion de discrimination positive [7].

Comme nous l'aborderons par la suite, la discrimination présente à décrire des facettes sociales, économiques, juridiques voir même philosophiques.

3.1. Les différents niveaux de préjugés

Au niveau social, le psychologue américain Gordon ALLPORT créa en 1954 une échelle permettant des classifier les différents niveaux de préjugés dans une société ; divisée en cinq catégories, chaque degrés étant défini par les conséquences des préjugés sur les groupes minoritaires dans une société [8,11].

3.1.1. Premier degré : l'antilocution

Un groupe majoritaire plaisante librement sur un groupe minoritaire. Ce sont des stéréotypes et des images négatives qui sont communément interprétés comme inoffensifs par la majorité.

3.1.2. Deuxième degré : l'évitement

Les membres du groupe minoritaire sont évités par le groupe majoritaire. La minorité est de ce fait isolée. Aucun mal direct n'est voulu, mais un mal indirect est fait à travers l'isolement.

3.1.3. Troisième degré : la discrimination.

C'est un critère de distinction qui s'applique dans la fourniture d'un bien ou d'un service. Cet acte peut être précis (individuel), ou collectif (systémique, dans cas, on parlera plus volontiers de « stigmatisation ») et met ainsi les préjugés en action. Le groupe majoritaire essaye activement de causer du tort à la minorité.

3.1.4. Quatrième degré : l'attaque physique.

Elle consiste en des actes de vandalisme sur le groupe minoritaire. L'histoire nous donne malheureusement un grand nombre d'exemples : lynchages des Noirs aux Etats-Unis, expropriations des Juifs par le III Reich, martyrisations des Chrétiens par les Romains, passage à tabac d'homosexuels

3.1.5. Cinquième et dernier degré : l'extermination.

Le groupe majoritaire cherche à éradiquer le minoritaire. Souvent répertorié sous les termes de génocide ou de nettoyage ethnique.

Si les deux derniers degrés sont facilement définissables en raison des motifs et des conséquences objectives des préjugés, on se rend compte que les barrières entre les degrés un deux et trois peuvent être fluctuantes. Allport nous dit que dans le cas d'une discrimination: « le groupe majoritaire essaye activement de causer du tort à la minorité ». Dans le cadre de discrimination à l'embauche, ou encore de discrimination sanitaire, il est préférable d'indiquer que par un traitement différentiel et inégal de personnes ou de groupes en raison de leurs origines, de leurs appartenances, de leurs apparences, le groupe

majoritaire cause du tort à un groupe minoritaire. Il n'y a pas de tentative active de faire du mal, on glisserait alors plutôt vers l'évitement puisque c'est l'isolation qui cause tort à la minorité.

3.2. Les différents types de discrimination

Les différents moyens de qualifier des personnes étant infinies (vestimentaire, sexe, opinion, langage, couleur de peau, religieux, social...) on peut aisément comprendre que les critères discriminatoires et les domaines de discrimination le sont eux aussi.

Parmi les principaux domaines de discrimination, on peut citer de manière non exhaustive [9]:

3.2.1. Les discriminations liées au physique

La première venant à l'esprit : le racisme et les rejets liés à la couleur de peau. Mais on peut également citer l'handiphobie (liée au handicap), la grossophobie (liée à l'obésité), le sexisme. L'âge, la taille, la beauté peuvent être autant de critères de traitements spécifiques.

3.2.2. Les discriminations liées aux comportements et aux modes de vie

L'homophobie, s'opposant à l'hétérophobie (néologisme) ; l'hétérosexisme à l'homosexualité. Et beaucoup de discriminations basées sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

Le mode de vie : sédentaire/nomade.

3.2.3. Les discriminations liées à un état de santé

C'est par exemple le rejet des malades mentaux, le rejet des personnes séropositives au VIH ou aux hépatites, le non accès des personnes à mobilité réduite à certains sites, l'impossibilité de contracter certaines assurances

3.2.4. Les discriminations basées sur des critères géographiques

C'est principalement la xénophobie, discrimination en fonction de la nation et toutes ses variantes géographiques, parfois même en fonction de la ville de résidence (parisianisme).

3.2.5. Les discriminations liées aux opinions

Elles peuvent être politiques ou religieuses. La discrimination religieuse est également appelée antisémitisme. On peut décrire l'islamophobie, la judéophobie, voir la cathophobie (néologisme)

3.2.6. Les discriminations basées sur des critères sociaux

Discriminations liées à la richesse ou la pauvreté, à une classe sociale, une catégorie socioprofessionnelle, une corporation ...

L'analyse de l'Histoire montre combien la discrimination est évolutive dans le temps et dans l'espace. Par exemple, le recensement français n'inclue pas les critères « couleur de peau », ou « religion » car considérés comme discriminatoires, alors que ces critères sont inclus dans le recensement américain.

Le fait qu'être une femme n'était pas un critère de discrimination dans l'obtention du droit de vote avant 1944 en France explique bien les possibles distorsions temporelles.

3.3. Définition pénale

La loi française reconnaît 18 critères de discrimination (art. 225-1 du code pénal) :

« Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques en raison de leurs origines, leur sexe, de leur situation de famille, de leur apparence physique, leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur opinion politique, de leur activité syndicale, de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion. »

Donc, au niveau pénal, la discrimination est le fait que Pierre se voit refuser ce que l'on accorde à Paul uniquement sur un critère prohibé par la loi.

Dans certains cas, des critères seront plutôt considérés comme consensuels que discriminants. Ainsi, le fait de ne recruter que des hommes dont la taille est supérieure à 1,75 m dans les Compagnies Républicaines de Sécurité est une conséquence logique et non un refus d'accès à la profession.

Nous constatons que le terme « discrimination » possède des déclinaisons sémantiques et qualificatives. Nous allons dorénavant nous intéresser à ce qui en découle dans le domaine médical.

4. L'ETHIQUE, LA DEONTOLOGIE, LA LOI

Nous allons voir quels sont les devoirs et les obligations des Chirurgiens-dentistes au niveau éthique, déontologique, mais aussi ce qu'en dit la loi.

Puis, nous nous intéresserons aux moyens dont disposent désormais les personnes victimes de manquements aux règles fondamentales sur l'égalité des soins afin de faire valoir leur droit.

4.1. Revue des règles éthiques

4.1.1. L'éthique et la morale

L'éthique est une méthode de réflexion afin de trouver le bonheur des hommes et des moyens d'accès à cette fin. Du latin « ethicus », la morale, c'est de nos jours la partie théorique de cette dernière [12].

On entend par « morale », l'ensemble des normes propres à un individu ou à une société à un instant T de son histoire. Certains philosophes modernes comme Deleuze ou Kant définissent la morale comme un ensemble d'impératifs catégoriques commandant de faire le Bien posé comme valeur absolue (Ne point nuire à autrui).

La morale est ainsi généralement rattachée à une tradition historique et parfois idéaliste (de type kantienne) qui distingue entre ce qui est et ce qui doit être, selon le dogme [13].

On peut définir l' « éthique » comme la recherche du « mieux » d'un individu ou d'une société à un moment bien défini de leur histoire [12]. Pour Levinas : « l'éthique, c'est la morale en marche ». Elle se décline en différents degrés, en fonction de leur objet. (Bioéthique, éthique des affaires ...).

L'éthique définit donc des critères afin de déterminer si une action est favorable ou non en jugeant ses causes et ses conséquences et elle serait plutôt la tendance à rechercher le

Bon comme valeur relative. Ainsi des actes comme l'euthanasie, considérés comme « immoraux » peuvent être légitimés dans le cadre de la réalisation du bien général.

L'éthique est liée à une tradition contemporaine et parfois matérialiste (de type spinoziste) qui cherche seulement à améliorer la perception de la réalité par une attitude raisonnable dans la recherche du bonheur pour tous [13].

4.1.2. Bioéthique et éthique déontologique

La déontologie est l'ensemble des obligations que les professionnels s'engagent à respecter afin de garantir une pratique conforme au code l'éthique de la profession.

La bioéthique est la partie de l'éthique recherchant des normes morales applicables aux sciences du vivant, y compris de la médecine. Elle se définit comme une réflexion critique sur les comportements et les attitudes à adopter dans le domaine des sciences de la vie et de la santé en générale.

Elle est régit selon 3 valeurs cardinales [13,14,15] :

- Autonomie de la personne
- Bienfaisance : que peut-on faire de bon pour le patient
- Justice : Est-ce équitable, pour l'individu comme pour la société ?

Principe d'autonomie :

Pour John Stuart MILL : « *Un patient doit pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* » Il a donc le droit de faire ses propres choix, non idéaux, voir irrationnels. Par conséquent il a le droit de refuser un traitement.

Cependant, dans le respect de la personnalité et de la confidentialité, le médecin se doit de l'informer afin qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé.

Principe de bienfaisance :

Egalement décliné comme le principe de non malfaisance selon certaines écoles, il s'agit à l'origine d'un mantra (support de méditation) permettant la protection contre des actions nuisibles ou téméraires ; dans la pratique, ce principe évalue les bienfaits d'une prise en charge en comparaison avec ses inconvénients, ses risques Il faut par conséquent trouver l'équilibre entre bénéfice d'un côté et le risque et le coût d'autre part. Le coût renvoie à une réflexion sociétale que nous étudierons ci-après.

Ce principe est finalement la promotion du « bien du patient ».

Principe de justice :

Cette notion est plus économique que juridique ou philosophique et elle prévaut majoritairement dans les pays dont le système de santé est régit par l'état et/ou les collectivités.

En effet, si l'on part du principe qu'une allocation équitable des ressources est évidente , tant au niveau financier qu'humain ou temporel, la société ne peut accepter des gains marginaux pour certains qui menacerait les ressources collectives et par voie de fait, le bien-être de tous .

C'est de ce principe par exemple que découle le non remboursement de la plupart des soins esthétiques mais également la délicate prise en charge des maladies orphelines.

L'éthique déontologique est une partie de l'éthique qui est à distinguer mais aussi à comparer à l'éthique conséquentialiste, chaque niveau de réflexion ayant ses avantages et ses points négatifs.

Dans l'éthique conséquentialiste, on évalue une action uniquement par rapport à son produit brut (ses conséquences). Ainsi, cette dernière présente l'avantage de correspondre à la rationalité technico-scientifique et économique, tout en reposant sur une généralisation du principe de bienfaisance. Par contre elle peut déstabiliser des attentes légitimes des

personnes engagées dans une relation de soins (« tous les coups sont permis pourvu que l'objectif soit bon ») et donc avoir des conséquences immorales ou injustes.

Dans l'éthique déontologique, une action est à évaluer par rapport à sa conformité à des règles-obligations-devoirs qui valent indépendamment des conséquences.

Cette réflexion engendre malheureusement un risque de déviation vers un formalisme rigide (je fais ce que je dois faire, advienne que pourra) mais présente deux avantages majeurs :

- Elle permet de rendre compte à certaines règles absolues (interdit de prolonger la vie inutilement par exemple)
- Elle rend compte des devoirs de fidélité (stabilité de la relation médecin-patient), sans calcul des conséquences.

La revue de ces deux variations de l'éthique, à la fois différentes mais ayant une origine commune (l'Éthique) nous oriente vers une nécessaire éthique déontologique pluraliste qui tient à la notion de devoirs, de droits et de principes mais sans prétendre les réduire à un unique impératif catégorique ni tenir les conséquences d'une action pour secondaire.

4.2. Les dispositions ordinales

Après avoir défini dans la partie précédente les obligations morales du soignant, nous allons ci-après étudier les devoirs et droits de l'odontologiste dans son activité quotidienne tels que les régit le Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes [16].

Inscrit dans le code de la santé publique, il se compose de 6 titres, une sous-section et 84 articles.

Nous nous intéresserons aux deux premiers et disserrerons sur les 12 articles concernant directement notre étude.

Il est important de noter que le code déontologique édicté par le C.N.O.C.D. n'est en aucun cas une source de droit ; le juge peut s'en inspirer, mais n'a pas à les appliquer.

Les conseils de l'ordre peuvent émettre des sanctions, mais, un recours judiciaire auprès des instances supérieures est possible contre ces décisions.

4.2.1. Titre premier : devoirs généraux des chirurgiens-dentistes.

Huit articles concernent directement notre étude :

Article 4127-201

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'ordre, à tout chirurgien-dentiste exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 ou par une convention internationale, quelle que soit la forme d'exercice de la profession. Elles s'appliquent également aux étudiants en chirurgie dentaire mentionnés à l'article L. 4131-2. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

Article 4127-202.

Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé.

Article 4127-204

Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients.

Article 4127-206

Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 4127-207

Le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Article R. 4127-211

Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, 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 leur égard.

Article R. 4127-212

Le chirurgien-dentiste ne doit pas abandonner ses patients en cas de danger public, si ce n'est sur ordre formel et donné par écrit des autorités qualifiées.

Article R. 4127-214

Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue.

Nous voyons en somme que le Code de Déontologie est universel, il s'applique à toutes les personnes pratiquant l'Odontologie en France.

Cette pratique doit se faire en concordance avec le respect de la personne humaine, par des actes et des soins réalisés dans des conditions garantissant une sécurité et une qualité optimales ; la formation continue a été mise en place afin de promouvoir la qualité générale des soins dentaires [17]. Le praticien doit « se comporter en bon père de famille avec ses patients », ce dernier ne peut théoriquement pas quitter son cabinet et de ce fait, abandonner ces patients même en cas de danger imminent, sauf si les autorités qualifiées lui en donnent le droit. Il se doit de garantir un secret professionnel immuable, sauf cas prévus par la loi. Ce secret incombe à tout le personnel soignant.

Le Chirurgien-dentiste ne peut faire de distinctions en raison de quelque critère que ce soit à l'intérieur de sa patientèle. Il lui incombe la responsabilité de soigner tous ces patients avec respect, avec les mêmes objectifs quelles que soit les circonstances. Cependant, le titre second nuance le titre premier :

4.2.2. Titre second : devoir des chirurgiens-dentistes envers les patients [16].

Ce sont ici quatre articles qui nous intéressent particulièrement :

Article R. 4127-232

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

- 1) De ne jamais nuire de ce fait à son patient.*
- 2) De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.*

Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211.

Article R. 4127-233

Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui.

Article R. 4127-238

Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime la plus appropriée en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.

Article R. 4127-239

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 et pour des raisons légitimes et que le chirurgien-dentiste apprécie en conscience, un patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Un pronostic fatal ne doit être révélé au patient qu'avec la plus grande circonspection mais les proches doivent généralement en être prévenus, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné le ou les tiers auxquels elle doit être faite.

Le titre second nuance ici l'obligation d'apporter des soins à toutes personnes se présentant à son cabinet. Il peut tout à fait refuser de soigner un patient, mais uniquement pour l'un des deux motifs précisés par l'article R. 4127-232. Entre discrimination et refus de soins pour raisons personnelles ou professionnelles (sous conditions), la limite est floue.

Nous avons remarqué, dans les enquêtes antérieures, que nombre de patients sont dans l'ignorance ou préfèrent taire leur statut sérologique. Les odontologistes ont le droit de prescrire une hématologie car cette ordonnance peut être « *nécessaire à la qualité des soins* » (La révélation du pronostic se faisant sous l'égide de l'article R. 4127-239).

Peut-être semblerait-il judicieux afin de parfaire l'anamnèse, de mieux connaître ses patients, et le cas échéant de prendre des précautions spécifiques dans la protection du personnel, la réalisation d'actes invasifs ou dans la prescription pharmacologique, de demander une hématologie avec les grandes constantes biologiques et un séro-test ?

4.3. Les dispositifs légaux

Il existe en France trois sources de Droit :

- La Loi, avec notamment le Code Civil et le Code Pénal. Ces codes sont édictés par le législateur.
- La jurisprudence, qui est la manière dont les tribunaux interprètent la Loi.
- La Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Cette dernière ne peut être saisie que si tous les recours en droit interne ont été épuisés.

4.3.1. La position de l'O.N.U.

Nous allons également voir que l'Organisation des Nations Unies peut émettre des souhaits, mais cette dernière n'est pas une source de droit.

Le Pacte International des Droits Civils et Politiques de l'ONU condamnent la discrimination, notamment dans son article 26 du 10 Décembre 1948 qui précise :

« Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. A cet égard, la loi doit interdire toute discrimination et garantir à toutes les personnes une protection égale et efficace contre toute discrimination, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique et de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. »

L'état de santé n'y est pas explicitement mentionné.

4.3.2. La position de la Convention européenne des droits de l'homme

Adoptée par le conseil de l'Europe en 1950, elle est entrée en vigueur en 1953.

L'article 14 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, portant sur l'interdiction de discrimination, se réfère à la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'assemblée générale des Nations Unies. À noter que la France n'a pas ratifié le protocole n°12 qui étend la discrimination à tous les droits légaux.

Une discrimination basée par exemple sur le métier, le diplôme, le lieu de résidence, le type de contrat de travail (CDD, CDI, CPE, CNE, etc.), le lieu de travail ou l'expérience semble discutable. C'est une des raisons pour laquelle la France n'a pas ratifiée le protocole 12 du C.E.S.D.H (Comité Européen pour la Sauvegarde des Droits de l'Homme)

Article 14 - Interdiction de discrimination

« La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation »

Ici aussi, l'état de santé n'est pas clairement indiqué.

4.3.3. La position du Code Pénal français

Le Code Pénal prévoit l'aggravation des peines pour certains actes délictueux, comme des violences physiques, lorsque le mobile est raciste ou homophobe. Ainsi, la loi du 3 février 2003 punit plus sévèrement une agression lorsqu'elle est raciste. Celle du 18 mars 2003 punit plus sévèrement une agression lorsqu'elle est homophobe. Le néologisme « sidéophobe » n'est pas précisé.

4.3.3.1. Article 225-1

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'apparence physique, du patronyme, de l'état de santé, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales [18].

L'état de santé est donc clairement défini comme pouvant être un critère de distinction illégal.

4.3.3.2. Article 225-2 [19]

La discrimination définie à l'article 225-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende lorsqu'elle consiste :

1° A refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;

2° A entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque ;

3° A refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne ;

4° A subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ;

5° A subordonner une offre d'emploi, une demande de stage ou une période de formation en entreprise à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1

6° A refuser d'accepter une personne à l'un des stages visés par le 2° de l'article L. 412-8 du code de la Sécurité Sociale.

Lorsque le refus discriminatoire prévu au 1° est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 Euros d'amende [19]. .

4.3.3.3. Article 225-3

Les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables [20] :

1° Aux discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité. Toutefois, ces discriminations sont punies des peines prévues à l'article précédent lorsqu'elles se fondent sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ;

2° Aux discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap, lorsqu'elles consistent en un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur l'inaptitude médicalement constatée soit dans le cadre du titre IV du livre II du code du travail, soit dans le cadre des lois portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique ;

3° Aux discriminations fondées, en matière d'embauche, sur le sexe, l'âge ou l'apparence physique, lorsqu'un tel motif constitue une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ;

4° Aux discriminations fondées, en matière d'accès aux biens et services, sur le sexe lorsque cette discrimination est justifiée par la protection des victimes de violences à caractère sexuel, des considérations liées au respect de la vie privée et de la décence, la promotion de l'égalité des sexes ou des intérêts des hommes ou des femmes, la liberté d'association ou l'organisation d'activités sportives ;

5° Aux refus d'embauche fondés sur la nationalité lorsqu'ils résultent de l'application des dispositions statutaires relatives à la fonction publique.

On ne peut pour la loi refuser un service médical sur le critère de l'état de santé sauf cas particuliers.

Article 225-3-1 [20]

Les délits prévus par la présente section sont constitués même s'ils sont commis à l'encontre d'une ou plusieurs personnes ayant sollicité l'un des biens, actes, services ou contrats mentionnés à l'article 225-2 dans le but de démontrer l'existence du comportement discriminatoire, dès lors que la preuve de ce comportement est établie.

Les différentes sources de droit en France démontrent l'existence du caractère délictueux des comportements discriminatoires. Si le Code Pénal est plus précis que la Convention Européenne des Droits de l'Homme en définissant clairement l'état de santé comme un critère de distinction illégal et en réprimant sévèrement ces discriminations, il subsiste toutefois des critères relativement subjectifs dans la définition de la réorientation légitime selon les risques pouvant porter atteintes à l'intégrité physique de la personne. Ce sont donc les magistrats qui seront chargés en dernier de donner leur avis sur les faits. Mais il existe cependant des moyens visant à objectiver au maximum un comportement douteux.

4.4. Reconnaître les discriminations

Nous allons voir maintenant que la loi est précise concernant les possibilités d'identifier des comportements discriminatoires.

4.4.1. Généralités et historique concernant le testing

Le testing, ou encore appelé test in situ ou test en situation est un moyen de mettre en évidence une discrimination [21]

Les premiers tests in situ ont fait leur apparition au début du siècle dernier, leur utilisation est de plus en plus fréquente de nos jours afin de prouver une ou des inégalités en matière de demande d'embauche, d'accès au logement, de refus de soins du fait de critères non objectifs et non pertinents [22].

Ils ont souvent été portés à la connaissance du grand public en France par le biais de l'association S.O.S. Racisme dans les années 1990 afin d'établir la discrimination des établissements de nuit envers les populations franco-africaines.

Il faut cependant distinguer testing scientifique et testing judiciaire. Si le premier est un outil des sciences sociales, l'autre est un moyen de preuve en matière juridique. Ils répondent tous deux à des critères bien définis.

4.4.2. Le testing scientifique

Le testing scientifique est un scénario écrit par les chercheurs mettant en scène un couple de demandeurs et un offrant. Si le test ne se fait pas de manière écrite, le scénariste doit faire appel à des acteurs. Les résultats sont ensuite standardisés et classés afin d'étude statistique ; il faut par conséquent un échantillon représentatif pour être significatif. Ils sont donc discutés selon les critères classiques du débat scientifique (conception de l'enquête, bon déroulement...) [22].

Pour Marc Bendick, chercheur et analyste en politiques publiques sur les questions de la pauvreté, du sous-emploi et de la discrimination aux États-Unis : « Le testing doit être empreint d'une rigueur méthodologique proche de celle qui caractérise l'expérimentation en laboratoire »[23].

Si le fait d'être validé comme une preuve en matière pénale est très restrictif, le testing scientifique a lui aussi ses limites.

Elles viennent principalement du fait que, l'expérimentation sociale et matière de testing ne peut jamais véritablement tendre à 100% vers une expérimentation de laboratoire proprement dite. Le recrutement des échantillons peut toujours être biaisé, les situations dans lesquelles sont placées les acteurs sont similaires ou approchantes, jamais parfaitement identiques. (Biais de personnalité dans le cas de testing « in-person audits ».

De plus, le créateur du test ne peut en France éprouver des variables dont la loi prohibe l'utilisation : on ne peut user de qualificatifs comme « race, origine nationale, religion... »

Il doit donc utiliser une variable indirecte appelée « proxy », pouvant être interprétable de manière équivoque et uniforme par toute la population. Ainsi, le prénom « Françoise » est un proxy d'excellente qualité afin de tester la variable « sexe » mais nul pour tester la variable « âge ».

4.4.3. Le testing judiciaire

Le notion juridique de testing l'analyse d'un cas exposé/non exposé réel, avec des possibilités de témoignages fiables. La personne exposée ayant bien été victime à son insu d'une discrimination. Il n'y a donc qu'un seul comportement discriminatoire qui sera jugé au cas par cas. L'étude des faits et des résultats est soumise au code de procédure pénale. La Cour de cassation, après avoir rappelé « qu'aucune disposition légale ne permet aux juges répressifs d'écarter les moyens de preuve produits par les parties au seul motif qu'ils auraient été obtenus de façon illicite ou déloyale », a précisé qu'il appartient aux juges, en application de l'article 427 du CPP, « d'en apprécier la valeur probante après les avoir soumis à la discussion contradictoire »

Les magistrats peuvent donc considérer que *les faits parlent d'eux mêmes* [24].

L'arrêt de la Cour de cassation de Juin 2002, faisant suite à un arrêté de Cour d'appel dans une

affaire de discrimination à l'emploi, reconnaît désormais le testing dans la mesure où c'est un moyen de recherche de la preuve. Il s'agit toutefois de prouver que le seul motif possible de refus est la discrimination suite à un des dix-huit motifs prohibés par le code pénal .Les autres variables étant similaires.

Cependant, il faut que la demande d'accès à un droit ou un service de la personne cherchant à prouver la discrimination soit sincère et justifiée. Dans le cas contraire, on considère qu'il s'agit d'une « poussée à la faute » puisque le discriminant a affaire à une personne qui n'existe pas ou n'est pas vraiment victime, cet acte invalidant le testing.

En matière de droit, les conditions de recevabilité du testing on l'a vu sont strictes et restrictives. Il ne constitue pas une preuve irréfutable, mais plutôt un élément de preuve. Il faut donc alimenter les dossiers de données plus qualitatives et objectives. L'interprétation finale de tous ces éléments restant toujours du ressort des magistrats. Ces derniers peuvent s'appuyer depuis cinq ans sur la force et la compétence d'une haute autorité chargée spécifiquement d'étudier les problèmes de discrimination et d'inégalité dans notre société.

4.5. La Haute Autorité de Lutte contre les Discrimination et pour l'Egalité (H.A.L.D.E.)

4.5.1. Présentation

La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité est une autorité administrative créée par la loi du 30 Décembre 2004 dans le but de lutter contre toutes les discriminations prohibées par la loi (par des sanctions et recours ou par des actions de sensibilisation et d'information) [26]. Elle est composée d'un collège de 11 membres, présidé par Louis SCHWEITZER. Ses travaux sont associés à un comité consultatif de 18 membres issus du monde professionnel et syndical. Le mandat des membres est de cinq ans. Le collège est nommé de la manière suivante :

- deux membres (un homme et une femme) dont le président, désignés par le Président de la République ;
- deux membres (un homme et une femme) désignés par le Président du Sénat ;
- deux membres (un homme et une femme) désignés par le Président de l'Assemblée Nationale ;
- deux membres (un homme et une femme) désignés par le Premier Ministre ;
- un membre (homme ou femme) désigné par le Vice-Président du Conseil d'État ;
- un membre (homme ou femme) désigné par le Premier Président de la Cour de Cassation ;
- un membre (homme ou femme) désigné par le Président du Conseil Economique et Social.

Au-delà de la défense des cas individuels, son autre objectif est de mener un combat de fond contre les discriminations et les préjugés qui y donnent naissance, notamment par des informations au grand public, mais aussi en donnant des avis et des recommandations auprès du parlement et du gouvernement afin d'améliorer les textes de loi .

Elle est depuis sa création de plus en plus sollicitée. Les problèmes principaux sont d'abord liés à l'origine sociale et ethnique (35 %), au handicap (19%) et enfin à la santé (14%) [27].

4.5.2. Sa force

Elle possède de multiples pouvoirs :

- Auditionner des témoins et vérifier sur place des éléments de plainte. Les personnes mises en cause sont tenues de répondre à ses questions ; dans le cas d'un refus, la H.A.L.D.E. a la possibilité de saisir un juge des référés.
- Organiser une médiation, un « procès à l'amiable », avec amendes, indemnisation et affichage de communiqués. Cette procédure doit toutefois être validée par le parquet.
- Donner un avis devant les tribunaux administratifs, civils jusqu'en correctionnelle.
- Informer le procureur de la République si elle a la connaissance de faits constitutifs d'un crime ou d'un délit.

4.5.3. Comment saisir la H.A.L.D.E.

Sa saisine peut être effectuée par le discriminé grâce à un courrier motivé et renseigné (photocopie des attestations ou pièce pouvant éclairer la situation, les éléments transmis restent confidentiels et ne seront divulgués qu'avec l'accord du réclamant) par une association ayant plus de cinq années d'existence, par un député ou sénateur ou d'un représentant français élu au Parlement européen.

Après examen de la réclamation par une équipe de juristes, les réclamants sont informés par écrit de la suite donnée à leur dossier. Si la Haute autorité reconnaît l'existence d'une discrimination, elle s'estime compétente pour instruire le dossier. La principale difficulté est de parvenir à établir la preuve de la discrimination. A cette fin, elle dispose de pouvoirs d'enquête (auditions, vérifications sur place, renseignements...)

Elle peut également se saisir d'office dans les cas de discrimination globale dont elle a connaissance.

Nous venons dans les parties précédentes de définir de manière objective deux grands items de notre titre de thèse :

Ont été portés à notre connaissance les différents qualificatifs de la discrimination - aspects sémantiques et juridiques et déclinaisons sociales- et nous maîtrisons maintenant certains aspects biologiques du V.I.H. aux niveaux macroscopiques et microscopiques.

5. ALERTES CONCERNANT LES COMPORTEMENTS DISCRIMINATOIRES DES ODONTOLOGISTES VIS A VIS DES PATIENTS V.I.H.+

Dans la partie suivante, nous étudierons le point de vue de différentes associations de lutte contre le S.I.D.A. Il s'agit donc de notions plus subjectives, mais nous le verrons plus loin, non dénuées de bon sens. Ces dernières sont le porte-parole des patients V.I.H. + et permettent de dévoiler au public et aux médias un ensemble d'incohérences (ou de décisions interprétées comme telles) ou de situations embarrassantes toujours très mal vécues par les patients porteurs du virus. Ces associations (les trois principales en France étant Act Up, Sidaction, et AIDS) possèdent de nombreux membres et adhérents et jouissent d'une force de frappe certaine, notamment lorsqu'elles décident d'élaborer des études statistiques.

Nous disséquons ci-après quelques articles ayant été fournis par l'association A.I.D.S et ayant des origines diverses (feuillets d'informations disponibles dans les lieux d'accueil, magazines spécialisés, publications en ligne...) en tentant d'élaborer quelques pistes de réflexion puis nous étudierons les résultats de deux études statistiques commandées en 2005 et 2009

5.1. Rappel à l'ordre de l'Ordre

En mars 2005, dans une missive adressée à l'ensemble de la profession, le C.N.O.C.D. alertait la profession. Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a, en des termes très clairs, rappelé à l'ordre ses membres sur la « discrimination inadmissible » que représente le « refus de prise en charge des pathologies bucco-dentaires » des séropositifs, le refus de soins ne pouvant « en aucun cas être justifié par l'état de santé d'un patient ». Il rappelait également à cette occasion que de tels actes étaient passibles de sanctions pénales et disciplinaires.

5.2. Etat des lieux réalisé par différentes associations de lutte contre le S.I.D.A.

5.2.1. Act Up Paris ou l'imbroglio tri-partite

Act Up est une association militante de lutte contre le sida, créée en juin 1989, suivant le modèle américain, né deux ans plus tôt. Ce modèle a essaimé essentiellement dans le monde occidental (New York, Philadelphie, etc., en France : Paris et Toulouse), chaque association bénéficiant d'une totale autonomie, et se caractérise par un certain nombre de techniques activistes relatives tant à la visibilité de la lutte engagée qu'au mode de fonctionnement interne du collectif. L'association est financée par ses membres, par des dons privés (Pierre Bergé, Agnès b...), mais aussi par des laboratoires pharmaceutiques, des subventions d'Etat (ministères) et de collectivités locales (région, villes, départements...).

Le 25 novembre 2006, une quinzaine de ses militants a interrompu la session du congrès annuel de l'Association Dentaire Française (A.D.F.) consacré au thème : « guérir, c'est prévenir ». Ils et elles entendaient dénoncer les refus de soins dont sont victimes de très nombreux séropositifs de la part des chirurgiens-dentistes. Un refus qui selon eux tend également à démontrer une méconnaissance, voire un mépris, des règles fondamentales d'asepsie [28].

Car d'après un sondage réalisé fin 2005, par Sida Info Service sur les discriminations dont sont l'objet les séropositifs, 45% des personnes interrogées se sont déclarées victimes de discriminations de la part du milieu médical, premier domaine de discrimination ; de manière récurrente, les dentistes sont cités comme les plus concernés par les pratiques discriminatoires.

Pour Act Up, ces refus de soins traduisent en outre le manque effarant de connaissances et de compétence de ces praticiens dans les domaines de l'hygiène et de l'asepsie. Pour l'association de lutte contre le Sida, les « précautions universelles » en la matière constituent déjà un bouclier efficace contre les risques de transmission virale. La prise de précautions redoublées pour les séropositifs ne se justifie donc absolument pas. Elle est même en soi absurde car elle ne tient pas du tout compte d'une donnée fondamentale de l'épidémie : le grand nombre de séropositifs qui sont dans l'ignorance de leur propre statut sérologique.

Act Up considère que la logique, tout comme le principe de non discrimination, commanderait

donc que les précautions universelles en matière d'hygiène et d'asepsie soient appliquées à tous les patients. Elle évoque le fait que les praticiens qui refusent de soigner des séropositifs invoquent leur inquiétude des risques que le VIH soit transmis à leurs autres patients.

L'association parisienne indique qu' *« ils feraient bien de se soucier des risques que l'application aléatoire et discriminatoire des précautions sanitaires fait courir aux séropositifs, personnes immunodéprimées qui ne peuvent inconsidérément être exposées aux risques viraux ou bactériens. »*

Elle rappelle que la distinction des patients en fonction de leur état de santé est d'autant plus insupportable que les séropositifs sont régulièrement confrontés à des discriminations socio-économiques : comme les titulaires de la couverture maladie universelle, l'accès aux soins dentaires leur est impossible, alors que l'hygiène et les soins bucco-dentaires sont un enjeu majeur pour la santé des personnes immunodéprimées.

Elle interpelle la profession en la considérant comme l'une de celle qui est la moins bien formée et la moins soucieuse de se former à propos du VIH. Si les praticiens appliquaient dans tous les cas et pour tous leurs patients les précautions universelles en matière d'asepsie et d'hygiène, non seulement ils se protégeraient eux-mêmes mais ils veilleraient aussi à la protection de l'ensemble de leur patientèle, séropositive ou non.

Act Up Paris demande au C.N.O.C.D. qu'il fasse respecter son rappel à l'ordre de 2005 et qu'il sanctionne les praticiens contrevenants. Elle exige également que l'Association Dentaire Française prenne publiquement position contre les refus de soins pratiqués par les chirurgiens-dentistes à l'encontre des personnes séropositives.

Quelques semaines plus tard, Act Up a saisi le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et la H.A.L.D.E des cas de refus de soins portés à sa connaissance.

L'une des trois principales associations de lutte contre le S.I.D.A. en France nous présente en fait le schéma très sombre d'un imbroglio dans lequel tout le monde est perdant ; d'un côté, le patient V.I.H +, connaissant ou non, dévoilant ou non son statut sérologique, d'un autre, le praticien, selon Act Up, mal formé du fait de diverses raisons aux soins sur les séropositifs, voir même de mauvaise foi, et dernier camp, celui des patients V.I.H. -, pouvant soit être la cible du

virus V.I.H ou les vecteurs d'infections diverses affectant les séropositifs .

Act Up insiste sur le fait qu'une partie non négligeable des séropositifs sont, comme nous l'avons vu dans la première partie, dans l'ignorance totale de leur séropositivité. Nous étudierons plus tard si le fait que le chirurgien-dentiste demande une sérologie systématique de ses patients lors de l'anamnèse puisse paraître indiqué.

Certaines de ces accusations peuvent être justifiées, quant à d'autres, elles semblent totalement erronées ; Sommes-nous par exemple la « profession la moins bien formée (...) au VIH »?

En réponse à toutes ces accusations, Robert REGARD, alors vice-président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, et président de la commission de la vigilance et des thérapeutiques dresse un constat quelque peu ambigu de la situation. Il trouve en effet le refus de soins à des patients VIH intolérable rappelant les devoirs et les règles éthiques de la profession.

Il rappelle également que pour contrer le risque de transmission virale, l'application des précautions universelles en matière d'hygiène et d'asepsie est un bouclier efficace. Nous les réétudierons par la suite.

Malgré la menace à ses subordonnés d'action primitive en réponse à des comportements déviants, Le Docteur REGARD note que le refus de soins peut toutefois être justifié, notamment dans « *un contexte de clinique qui dépasse celui de sa compétence. Mais ce praticien se devra alors, de veiller à ce que le patient puisse être soigné chez un confrère ou dans un service hospitalier adapté.* ».

Il fait ensuite l'éloge des services odontologiques hospitaliers dans lesquelles « *exercent des confrères dont la compétence est certaine et qui pourront soigner ces patients dans les meilleures conditions.* »

On le constate là encore que les limites entre discrimination pure et la préférence d'un protocole clinique plus adapté à la situation du patient restent très floues. Problème de communication, de compréhension, nous tenterons d'éclairer ces difficultés dans la dernière partie..

5.2.2. Sidaction et les causes et conséquences des discriminations

Sidaction est une manifestation créée en 1994 en France et destinée à récolter des fonds et sensibiliser le public à propos du sida. C'est aussi depuis 2005 le nom de l'association qui répartit les fonds collectés entre les programmes de recherches (fondamental, clinique, sociale, soins...), la prise en charge des patients et la prévention de l'épidémie tant en France qu'à l'international.

Cette dernière indique que son standard téléphonique se fait régulièrement l'écho de pratiques quelques peu douteuses de la part des Odontologues en ce qui concerne la prise en charge des patients V.I.H.+ [29] .

On note par ici, des refus soudains de continuer la prise en charge, et ce, en plein milieu du plan de traitement odontologique ; par là des refus plus subtils liés à une surcharge de l'agenda. Tout ceci ayant toujours pour conséquence une inéluctable détérioration de la santé bucco-dentaire. On rappelle encore une fois qu'un chirurgien, si il ne se sent pas la capacité de soigner un patient V.I.H+, doit l'adresser à un confrère plus compétent ou l'orienter vers une consultation spécialisée dès lors qu'il ne court pas de danger et qu'il n'y a pas d'urgence. De plus, si un patient peut rompre à tout moment le contrat médical qui le lie à son patient, la réciproque est vraie.

Pour le Docteur Eric VALETTE, membre du réseau de soins V.I.H.-ville d'Orléans, cité par Sidaction, ces refus sont illogiques du fait de la non propagation du virus par voie aérienne. Il poursuit : « Cette attitude est d'autant plus ridicule que les patients ne disent pas forcément qu'ils sont infectés ! » De plus, Sidaction estime à 50 000 le nombre de personnes contaminées qui ignorent leur statut. Il s'agit donc pour lui de refus motivés par trois arguments :

- 1) La peur d'une contamination transversale et longitudinale.
- 2) Une méconnaissance des modes de transmission.

Une enquête menée au Canada montre que les praticiens surestiment le risque réel d'infection par le virus. Ils sont ainsi 86% à souhaiter que les sidéens soient pris en charge dans des cliniques spécialisées. (Raisons invoquées : crainte d'être infecté et perte de patients s'ils venaient à apprendre qu'ils soignent des séropositifs. [30]

3) Un respect douteux des règles d'hygiène et d'asepsie

Or, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes est très clair : tous les praticiens doivent appliquer les mêmes règles en ce qui concerne la lutte contre les infections nosocomiales .Il effectue même des visites de contrôle inopinées.

Pour Marc MOREL, directeur du Comité inter associatif sur la santé (C.I.S.S.), cité par Sidaction aucun cas de transmissions soignant-soigné, ou soigné-soignant n'a été recensé en ce qui concerne le V.I.H. Contrairement à l'hépatite C, plus virulente, mais « les représentations liée au S.I.D.A. restent très fortes ».

Dans les centres spécialisés dans la prise en charge des sidéens créés dans les années 90 afin de faire face à un réel besoin, par un temps surchargés, le nombre de consultation a nettement diminué, il est même parfois anecdotique . Les associations rétorquent que si il y a moins de refus de soins, c'est parce que les patients séropositifs préfèrent désormais taire leur séropositivité.

Or ce mutisme est dangereux, la réponse à certains traitements différant en fonction des stades de la maladie.

5.2. Enquête sur les discriminations des personnes vivant avec le S.I.D.A.

5.2.1. Enquête menée par Sidaction en 2005

5.2.1.1. Objectifs de l'enquête

L'objectif principal de l'enquête menée en 2005 par Sidaction était de savoir dans quels milieux les appelants avaient subi un comportement discriminatoire et si ces derniers avaient préféré renoncer à un bien ou un service, voire même s'ils avaient préféré taire leur séropositivité [31].

5.2.1.2. Méthode

Il s'agit d'un questionnaire proposé aux personnes appelant les lignes d'écoutes téléphoniques consacrées au VIH ainsi qu'un questionnaire en ligne.

Le terme « discrimination » a été défini comme « *le fait de mettre à l'écart ou de traiter différemment une personne ou un groupe de personnes en raison d'un critère spécifique.* »

5.2.1.3. Résultats

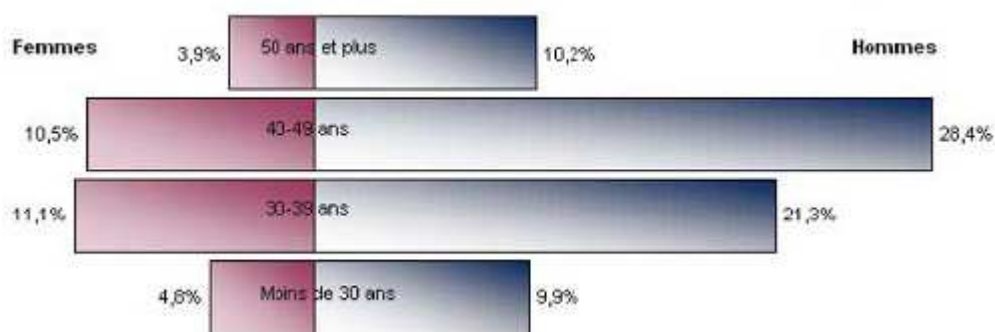
349 questionnaires ont été retenus pour l'analyse.

Il s'agit majoritairement d'hommes (environ 7/10) et l'âge moyen est de quarante ans.

Six personnes sur dix ont appris leur séropositivité depuis plus de dix ans.

Tout d'abord, une question posée sans évoquer de situation précise visait à savoir s'ils avaient déjà été discriminés du fait de leur séropositivité. Six personnes sur dix ont répondu favorablement.

.



Ill 17- Répartition de l'échantillon par sexe et âge $n=334$ hommes=223 femmes=101

Puis, quelle que soit leur réponse, l'enquête a demandé aux interrogés dans quels domaines ont-ils déjà été discriminés, s'ils ont déjà renoncé un service du fait de leur séropositivité, ou s'ils ont déjà préféré taire leur séropositivité pour pouvoir accéder à une offre ou un service qui sans ce stratagème leur auraient été refusés.

	Discriminé ^A	Renoncé ^B	Taire ^C
De manière générale, pensez-vous avoir déjà été discriminé(e) du fait de votre séropositivité (en %, non-réponses exclues) :	57,3%	--	--
Domaines évoqués (en %, non-réponses exclues)			
Vie sociale :			
Milieu médical	43,7%	29,3%	46,8%
Emploi et vie professionnelle	33,7%	29,3%	65,2%
Assurances et banques	33,6%	36,4%	57,5%
Connaissances et voisinage	31,7%	36,4%	72,2%
Services publics	16,2%	23,5%	40,0%
Loisirs	14,2%	23,5%	44,9%
Vie privée :			
Conjoint ou ex-conjoint	29,6%	50,1%	29,7%
Partenaire sexuel	37,2%	50,1%	47,7%
Famille	28,9%	32,0%	52,1%
Amis	31,1%	32,0%	50,4%
Variables créées (en % sur l'ensemble des personnes interrogées)			
Au moins une fois "oui" à l'un des domaines	83,4%	68,2%	92,0%
Au moins une fois "oui" dans l'un des domaines de la vie sociale	71,9%	68,2%	90,3%
Au moins une fois "oui" dans l'un des domaines de la vie privée	55,3%	32,0%	71,6%
Par ailleurs, avez-vous le sentiment d'avoir été discriminé(e) pour un autre motif ?	49,4%	--	--

A "Plus particulièrement, pensez-vous avoir déjà été discriminé dans... (domaine) ?"

B "D'autre part, pour ne pas être discriminé(e) du fait de votre séropositivité, avez-vous déjà renoncé à... (domaine) ?"

C "Pour ne pas être discriminé(e), avez-vous déjà préféré taire votre séropositivité dans le cadre... (domaine) ?"

Ill 18- Résultats de l'enquête de 2005[31]

Dans la vie sociale, c'est dans le domaine médical que l'on discrimine le plus les populations séropositives. Presque 25 %, soit une personne sur quatre préfère renoncer à consulter et plus d'une personne sur trois préfère taire sa séropositivité. Ce qui pour le personnel est évidemment très dangereux, mais également pour les patients V.I.H.+ ou V.I.H.- .

Ce sont surtout des offres d'assurance et des prestations de banque dont les personnes interrogées se privent. Et c'est très majoritairement à ses connaissances et à son voisinage que l'on préfère taire sa séropositivité.

Les refus de soins, les propos ou attitudes désobligeantes, le non-respect du secret médical ont été définis comme discrimination par les interrogés.

Les femmes font d'avantage l'objet d'une discrimination dans le milieu médical mais elles ne taisent cependant pas plus leur séropositivité. Ceci étant vraisemblablement lié aux consultations gynécologiques

Le non-respect du secret médical et la divulgation de la séropositivité à un tiers correspondent plus à une violation des droits du malade qu'à un acte discriminant à proprement parler, les conséquences sont souvent dramatiques et entraînent des comportements discriminatoires ou d'auto exclusion dans d'autres domaines.

5.2.1.4. Discussion

Les différences observées selon l'âge et le sexe sont peu significatives selon le rapporteur de l'enquête.

En revanche la question étant : « avez-vous déjà ? » il s'avérait prévisible que l'ancienneté du diagnostic soit un indicateur davantage significatif mais la réponse reste élevée dès les premières années du diagnostic.

Les exemples de discrimination sont extrêmement nombreux. Force est de constater que l'état des lieux est inquiétant. Tous les domaines sont concernés, qu'il s'agisse de la vie sociale, de la vie professionnelle ou de la vie privée. Face à cette situation, on note un fort mouvement d'auto exclusion et le choix, pour se protéger, de taire sa séropositivité ayant dans le milieu médical des conséquences graves ; antagonisme de traitements, risque de contamination des autres

patients ou du personnel soignant, erreurs de diagnostic, infections opportunistes ...D' où une attente légitime et pressante des associations et des personnes envers la HALDE bien que, comme nous l'avons révélé plus haut, ces comportements soient très difficiles à objectiver.

5.2.2. Enquête menée par Sidaction en 2009

5.2.2.1. Objectif de l'enquête

L'objectif de cette nouvelle enquête est d'approfondir l'étude des « mises à l'écart » dans les milieux de la santé et du travail, tout en observant l'état des discriminations dans les autres domaines de la vie courante [32]. (Nous ne nous cantonnerons ici qu'au milieu médical)

5.2.2.2. Méthode

Cette enquête recourt à un questionnaire d'une quinzaine de questions, proposée par les écoutants à toute personne séropositive appelant Sida Info Service ou Sida Info Droit.

Au total, 273 questionnaires sont retenus pour constituer l'échantillon. Le sexe ratio est de 3 hommes pour une femme.

5.2.2.3. Résultats

L'âge moyen est de 41,5 ans, hommes et femmes confondus. Si les hommes (75 %) et les femmes (25 %) ont des âges moyens relativement proches, respectivement 41 ans contre 42 ans, la structure par classe d'âge diffère sensiblement selon le sexe : les hommes de 40 à 49 ans sont plus nombreux tandis que les femmes de 30 à 39 ans et de plus de 50 ans sont surreprésentées.

Nous étudierons tout d'abord les points n'ayant pas changés avec l'enquête de 2005, puis nous verrons quels sont les éléments nouveaux afin de nous attarder plus particulièrement sur notre

domaine d'intérêt.

5.2.2.4. Les similitudes avec le rapport de 2005

La définition retenue pour l'étude 2009 du terme discrimination est la même qu'en 2005 . Le sentiment spontané de discrimination ne diffère pas de façon significative selon le sexe et l'âge. En revanche, il tend à augmenter avec l'ancienneté du diagnostic de la séropositivité. De façon logique, plus le diagnostic est ancien et plus la période d'exposition au risque d'être confronté à une discrimination est longue. Ce fait était déjà relaté lors du précédent sondage.

5.2.2.5. Les différences par rapport à 2005

54.2% des personnes interrogées se sont déjà senties discriminées du fait de leur séropositivité, soit un sentiment général inférieur de 3 points par rapport à l'enquête antérieure.

Finalement, plus de 70 % des interrogés estiment avoir déjà été discriminés. Cette proportion est plus faible qu'en 2005 où 81,4 % relataient au moins un évènement discriminatoire. Cette année, la question des discriminations dans les autres domaines que médical et professionnel était moins approfondie.

5.2.2.6. Les éléments nouveaux

Des différences très significatives apparaissent aussi en fonction de certaines caractéristiques socio-économiques. Les personnes percevant une allocation sociale de remplacement (RMI (Revenu Minimum d'Insertion), AAH(Allocation aux Adultes Handicapés), pension d'invalidité) ou celles sans revenu salarial ont vécu plus souvent une discrimination que les autres, respectivement 70,8 % et 65,4 %.

5.2.2.7. Domaine médical et chirurgie-dentaire.

En 2005, près de 44 % des personnes interrogées avaient répondu affirmativement à la question suivante : « *Pensez-vous avoir été discriminé par un médecin, un infirmier, un dentiste, un*

kinésithérapeute, un personnel administratif médical ? ».

Cette année, près de la moitié des personnes interrogées (48,4 %) ont rapporté au moins une situation de discrimination dans le domaine de la santé. Cette proportion, encore plus élevée qu'en 2005 insiste sur le fait que le milieu médical est toujours mis en avant dans le domaine des discriminations.

Plus du tiers des personnes interrogées (37,5 %) se sont senties discriminées par un professionnel de santé spécialisé (Professionnels de santé médicaux et paramédicaux sauf médecins généralistes et infirmiers.). Une personne sur cinq (21,6 %) cite une situation de discrimination avec son généraliste. Quant aux infirmiers et employés du milieu médical, ils sont rapportés plus d'une fois sur dix.

Parmi les professionnels de santé spécialisés, les dentistes sont cités le plus souvent, et de loin. Pour E. De Carvalho, c'est une constante depuis 2002 [32]. Quarante-neuf personnes apportent un commentaire sur une situation de discrimination chez leur dentiste : rendez-vous uniquement en début ou fin de journée (nous verrons plus tard si ceci est lié à une logique thérapeutique et peut être retenu comme sentiment discriminant), comportements humiliants (refus de cracher dans le crachoir, arrêt de la consultation au milieu des soins...), voire refus de soins .

Les dentistes ne sont pas les seuls soignants mis en cause. Toutes les catégories médicales sont évoquées, du proctologue au rhumatologue, en passant par l'anesthésiste, le pneumologue ou encore la sage-femme. Même chez les médecins spécialistes VIH et maladies infectieuses certaines personnes ont ressenti de la discrimination. Pour l'ENAH (European Network of Aids Helplines), ces chiffres élevés de discrimination dans le milieu de la santé peuvent pointer une certaine méconnaissance. Mais ils reflètent principalement une peur irrationnelle des soignants vis-à-vis du VIH et du Sida. Elle explique dans son dernier rapport : *« Il semble de bon sens que la principale raison pour garder ses distances par rapport aux personnes séropositives est due simplement à la peur d'être contaminé. [...] Les membres des professions médicales, en particulier, devraient être capables de distinguer avec précision le un risque potentiel de situations sans aucun risque, par rapport à l'infection par le VIH. »* Enfin, pour la rapportrice, ces chiffres sont aussi le reflet du manque d'humanisme et de sensibilité de certains professionnels de santé.

Si l'on constate de manière claire que le V.I.H. est également « une maladie sociale » et que la stigmatisation des personnes atteintes contribue à les marginaliser, et ce encore en 2009, les causes des mises à l'écart demeurent parfois non objectives voir farfelues : dentistes soi-disant incultes en hygiène et asepsie, traitant les patients lors d'horaires inconvenants sans raisons aucune, ne connaissant rien aux pathologies résultantes du V.I.H...

Quoiqu'il en soit, le constat est clair ; certains praticiens dérogent au code de déontologie en invoquant des motifs douteux, cependant, deux aspects ressortent petit à petit des enquêtes précédentes.

Le V.I.H., bien que moins contagieux que les hépatites B et C, continue de colporter bon nombre de frayeurs :

- Peur des contaminations transversales et longitudinales avec une de ses conséquences : la réaction de la patientèle
- Une méconnaissance du virus pour certains soignants.

Nous avons donc tenté de nous adresser directement aux chirurgiens-dentistes et de centrer une courte enquête rétrospective sur le domaine odontologique afin de peaufiner et d'objectiver ou non les résultats associatifs.

La partie suivante de notre étude sera consacrée à la réalisation de nos propres enquêtes, nous verrons quels ont été les problèmes rencontrés, et les différentes interprétations pouvant en découler.

6. POURQUOI LA DISCRIMINATION ?

Les études que nous avons disséquées dans le chapitre précédent ont été réalisées par des associations spécifiquement engagées dans la lutte contre le V.I.H. ayant, de par leur budget et leur disposition géographique une force de frappe nationale.

Afin de nous faire notre propre opinion, nous essayerons d'avoir le point de vue des professionnels de santé en ce qui concerne les mises à l'écart des patients séropositifs, mais également de réaliser une enquête rétrospective cas exposés-cas non exposés de le but d'opposer l'opinion de la patientèle V.I.H.- à celle de la patientèle V.I.H.+

6.1. L'enquête auprès des praticiens

6.1.1. Objectif

Suite aux lectures des études menées par les défenseurs des patients séropositifs, ont souvent été rapportés des cas de discriminations de la part des chirurgiens-dentistes pour des motifs parfois douteux, parfois justifiés d'un point de vue professionnel. Nous avons donc décidé de demander par un court questionnaire l'avis des praticiens.

6.1.2. Méthode

Afin de se rapprocher au plus près de l'enquête menée par Sidaction -qui a été réalisée grâce à une collecte de données d'appelants de toute la France-, nous avons, de manière empirique, choisi d'envoyer des questionnaires anonymes avec retour timbré à 30 dentistes tirés au sort en France métropolitaine. Le V.I.H. concernant une population plutôt urbaine 10 questionnaires furent postés vers des villes de moins de 5000 habitants. Le reste vers des centres urbains plus conséquents.

Cette première salve de 30 envois ayant pour but de dégrossir les possibles problèmes ou incompréhensions dans le questionnaire.

Une courte lettre d'introduction expliquait qu'il s'agissait d'une enquête sur le S.I.D.A. au cabinet dentaire (et non sur les discriminations afin de ne pas orienter les réponses) réalisée par un étudiant de Nancy dans le cadre de sa thèse.

Les questions portant sur des faits ont été privilégiées par rapport aux questions d'opinion et l'essentiel des interrogations étaient sujettes à des réponses fermées [33,34].

Le questionnaire envoyé était le suivant :

ENQUÊTE SUR LE V.I.H. AU CABINET DENTAIRE

NB :

Pour les questions dont la réponse est précédée de O, merci de ne cocher qu'une seule case.

Si vous ne trouvez pas de réponses satisfaisantes à la question, n'y répondez pas.

Question numéro 1 : Quel âge avez vous ?

O - de 30 ans O entre 30 et 39 ans O entre 40 et 49 ans O + de 50 ans

Question numéro 2 : De quel sexe êtes-vous ?

O Masculin O Féminin

Question numéro 3 : Où exercez-vous ?

O Dans une ville de moins de 5000 habitants O Dans une ville de plus de 5000 habitants

Question numéro 4 : Avez vous déjà soigné des patients V.I.H.+ ?

O oui O non

Question numéro 5 : Préférez vous les réorienter vers un centre de soins spécialisé ?

O oui O non

Question numéro 6 : Si oui, pourquoi ?

_ Vous avez peur d'être contaminé : O oui O non

_ Vous avez peur de la réaction de votre patientèle si elle venait par hasard à apprendre que vous soigné des patients séropositifs : O oui O non

_ Vous ne disposez pas des moyens techniques suffisants : O oui O non

_ Vous avez peur de ne pas être honoré : O oui O non

_ Vous préférez éviter par convenance personnelle : O oui O non

_ Pour une ou d'autres raisons : O oui O non

Question numéro 7 : Pensez vous que des patients V.I.H.+ puissent se sentir discriminés chez un chirurgien-dentiste ? (La discrimination est définie comme « le fait de mettre à l'écart ou de traiter différemment une personne en fonction d'un critère spécifique . »)

O oui O non

Question numéro 8 : Une prise de sang systématique lors de l'anamnèse vous paraît-elle justifiée ?

O oui O non

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré.

6.1.3. Résultats

Sur les 30 envois effectués, seuls 7 retours ont été portés à notre connaissance (soit 23% de réponses pour 78 % de mutisme). De plus, 6 dentistes sur 7 ont répondu « non » à la question numéro 5 (Préférez vous les réorienter vers un centre de soins spécialisé ?), nous privant ainsi d'avancer des motifs à la réorientation.

6.1.4. Discussion

Il a été décidé que ce questionnaire n'étaient pas exploitable eu égard au petit nombre de renvois.

Quelles peuvent en être les raisons à ce si petit nombre de retours ?

La peur d'être confronté à une sorte de testing ; une déconsidération du problème ; la lassitude de répondre à différentes enquêtes ; un questionnaire non adapté ?

Il est délicat d'avancer une hypothèse fiable, mais nous pouvons penser que le problème gêne, voir dérange ...

6.2. Enquêtes auprès des patients

6.2.1. Objectif

La finalité primaire de ces enquêtes est d'établir les éventuelles différences de traitement et d'opinion entre une population ayant une variable fixe (ici le fait d'être séropositif) et une population ne la possédant pas (ou plus exactement ne pensant pas la posséder car comme nous l'avons vu bon nombre de patients sont dans l'ignorance de leur statut sérologique) [33,34] .

6.2.2. Méthode

Une enquête rétrospective type cas exposés/cas non exposés permet d'avoir les opinions de deux populations distinctes sur la seule différence d'une variable fixe (V.I.H.+ /V.I.H.-). Nous avons procédé au préalable à des entretiens de patients V.I.H.+ au sein de l'association A.I.D.S. dans ses locaux nancéiens. Ces entrevues nous ont ainsi permis de ressentir quelque peu l'ambiance de la vie des personnes malades. De ce fait, nous avons recueilli un nuage de mots-clefs concernant les discriminations, fleuretant on peut le voir avec les problèmes énoncés précédemment par les associations.

A partir de ces constatations, un premier feuillet « brouillon » de 21 questions a été mis en place et proposé aux volontaires des universités d'été des personnes en traitement de l'association A.I.D.S. à Remiremont du 17 au 21 septembre 2008. Bon nombre de questions étaient volontairement ouvertes.

6.2.3. Résultats

L'étude des résultats bruts de 32 carnets « brouillons » nous a révélé trois principales difficultés :

- La longueur du carnet fait que les dernières réponses étaient fréquemment bâclées
- Trop de questions ouvertes donnent des réponses farfelues. Ce phénomène était attendu mais elles ont permis *a posteriori* de repérer certaines variations.
- Certaines questions se sont finalement révélées peu judicieuses ou peu exploitables.

Ainsi, un questionnaire plus court a été mis en place. Toutes les questions ont été fermées avec toutefois la présence d'un item « autre » pour l'une d'entre elles. Le feuillet recto verso est le suivant :

Vous et l'odontologie en 9 questions

NB :

Pour les questions dont la réponse est précédée de O, merci de ne cocher qu'une seule case .

Si vous ne trouvez pas de réponses satisfaisantes à la question, n'y répondez pas .

Question numéro 1 : Quel âge avez-vous ?

O - de 30 ans O entre 30 et 39 ans O entre 40 et 49 ans O + de 50 ans

Question numéro 2 : De quel sexe êtes-vous ?

O Masculin O Féminin

Question numéro 3 : Quelle est votre disponibilité par rapport à votre Chirurgien-dentiste ?

O Plutôt disponible

O Plutôt pas disponible

Question numéro 4 : Quel est votre nombre de brossage quotidien ?

O 1 fois par jour ou moins

O Plus d'une fois par jour

Question numéro 5 : Avez-vous tout confié à votre Chirurgien-dentiste en ce qui concerne votre état de santé ?

O oui O non

Question numéro 6 : Avez-vous déjà été discriminé chez un dentiste ? (La discrimination est définie comme « le fait de mettre à l'écart ou de traiter différemment une personne en fonction d'un critère spécifique. »)

☐ oui ☐ non

Question numéro 7 : Pensez-vous que l'état de santé complexe d'un patient comme une infection au V.I.H. peut légitimement l'amener à le réorienter vers un autre centre de soins ?

☐ oui ☐ non

Question numéro 8 : Quelles peuvent être à votre avis les raisons d'un refus de soins dans le cas d'un patient V.I.H.+ ?

☐ Il a peur d'être lui-même contaminé : ☐ oui ☐ non

☐ Il a peur de la réaction de sa patientèle si elle venait par hasard à apprendre qu'il soigne des patients séropositifs : ☐ oui ☐ non

☐ Il ne dispose pas des moyens techniques suffisants : ☐ oui ☐ non

☐ Il se sent incompetent : ☐ oui ☐ non

☐ Il a peur de ne pas être honoré (payé) : ☐ oui ☐ non

☐ Il préfère éviter par convenance personnelle : ☐ oui ☐ non

☐ Autre : ☐ oui ☐ non

Question numéro 9 : Où vous faites-vous soigner ?

☐ Institution publique (Hôpital, faculté)

☐ Institution privée (cabinet privé, centre mutualiste)

Quelles étaient les réponses attendues ?

Concernant les questions numéro 1 et 2, elles nous permettent de connaître plus précisément les 2 populations étudiées, par tranche d'âge et de sexe et ainsi de faire des comparaisons entre les cas exposés et les non exposés, mais également d'analyser les différentes réponses à l'intérieur même du groupe questionné (V.I.H.+,/V.I.H.-)

Les questions 3 et 4 nous donneront des éléments de réponse en ce qui concerne le niveau d'implication du patient vis à vis de sa santé bucco-dentaire : apporte-t-il de l'importance à son chirurgien-dentiste, à son HBD, et finalement à sa bouche en général.

Les questions 5, 6, 7 et 8, nous font rentrer dans « le vif du sujet » :

Question numéro 5 (Avez-vous tout confié à votre Chirurgien-dentiste en ce qui concerne votre état de santé ?) :

Les associations de lutte contre le sida affirment que désormais bon nombre de séropositifs taisent leur statut sérologique par crainte de se voir refuser des soins. Cette question nous permettra de vérifier cette hypothèse, et de voir si ce mutisme est significatif par rapport à notre population VIH-.

Question numéro 6 (Avez-vous déjà été discriminé chez un dentiste ?) :

Celle-ci nous donne la possibilité de vérifier les statistiques de Sidaction, peut être serons-nous surpris des réponses des cas non exposés concernant des faits discriminatoires.

Question numéro 7 (Pensez-vous que l'état de santé complexe d'un patient comme une infection au V.I.H. peut légitimement l'amener à le réorienter vers un autre centre de soins ?) :

La revue des règles ordinales et des textes légaux nous a montré qu'un soignant peut légitimement réorienter un patient s'il le justifie objectivement. Nous aurons ainsi l'avis de la population étudiée (exposé ET non exposé)

Question numéro 8 (Quelles peuvent être à votre avis les raisons d'un refus de soins dans le cas d'un patient V.I.H.+ ?) :

Cette question nous aiguille sur les éventuelles justifications d'un refus de soin pour les patients étudiés. Cette question était à l'origine ouverte dans le « questionnaire brouillon » ; afin d'en faciliter l'étude, nous avons décidé de la fermer et d'y adjoindre l'item « autre » comme c'est souvent la règle dans ce genre de cas. Pour l'avant dernier item, nous avons préféré le terme « convenance personnelle » plus politiquement correct que « par comportement sérophobe ».

Question numéro 9 (Où vous faites vous soigner ?) :

Il est évident qu'un certain nombre de patients V.I.H. + se font soigner en institutions publiques, et sortiraient ainsi de notre titre original (enquête sur les discriminations au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H.). Cet item nous permet donc d'exclure la population soignée en institution publique. Après réflexion, il eût été plus judicieux de placer cette dernière en position 1 afin d'éviter de suite la patientèle publique.

Comme nous l'avons expliqué pour l'enquête destinée aux chirurgiens-dentistes, le but est de confirmer ou non les propos du dossier élaboré par Sidaction et de peaufiner certaines interrogations.

Les enquêtes de l'association Sidaction ayant portées sur plus de 300 personnes, nous avons imaginé recruter une centaine de cas non-exposés afin de pouvoir étudier des résultats significatifs. Dans le but de se rapprocher d'une répartition géographique aléatoire des appelants (« toute la France »), nous avons proposé le feuillet à des patients venant consulter en urgence dans un cabinet dentaire de l'île d'Oléron pendant les mois de Juillet et Août 2009. En effet, la patientèle estivante Française qui est amenée à consulter vient des quatre coins de l'hexagone à cette période de l'année, avec une légère dominante parisienne.

Nous avons ainsi récolté 130 questionnaires correctement remplis.

6.2.4. Problèmes rencontrés dans le recrutement des cas exposés

Le recrutement des cas exposés s'est avéré beaucoup plus problématique.

Il avait été prévu de donner des feuillets à l'association A.I.D.S. de Nancy afin que cette dernière la distribue dans ses universités d'été des personnes en traitement ; or deux problèmes majeurs se levaient devant nous : la répartition géographique des questionnés devenait plus « Lorraine » que nationale et surtout, comme nous l'a très justement fait remarquer le président de l'antenne locale Jean-Philippe JULOT : « A.I.D.S n'est pas qu'une structure d'aide et d'écoute des personnes V.I.H. +, ici sont pris en charge les patients victimes de toutes les M.S.T., de plus étant dans une très grande précarité sociale, toxicomane, S.D.F., ou personne en invalidité . Nous avons d'ailleurs peu de V.I.H.+ comparé aux victimes d'hépatites . » Nous ne pouvons confronter une population trop marginale à la population de référence.

Sur ses conseils, nous nous sommes rabattus vers Sidaction et Seronet- deux associations de lutte contre le V.I.H. proposant des écoutes téléphoniques et en ligne - afin que ces dernières les exposent aux appelants.

L'association Sidaction s'est montrée très intéressée par l'objet de notre étude, mais nous a expliqué que la ligne d'appel était actuellement consacrée à une autre enquête et qu'il y avait en fait une liste d'attente pour les études en ligne. Le délai était alors de plus d'un an mais que ses locaux nous seraient bien évidemment ouverts dans le futur si nous le désirions.

Seronet quant à elle nous remercia du bien fondé de notre étude, nous rappelant encore une fois les problèmes des patients séropositifs dans les cabinets dentaires. Elle ne put cependant répondre favorablement à notre requête, car faute d'effectif, une seule personne ne peut répondre au téléphone, ce dernier étant « un moyen d'écoute, et non de questionnement ».

En dernier recours, nous nous sommes tournés vers le service des maladies infectieuses du C.H.U. de Nancy. Nous fûmes cette fois ci confronté à un problème légal. Son Chef de Service, le Professeur Thierry MAY, nous expliqua que pour des raisons d'emploi du temps, le questionnaire ne pouvait qu'être distribué en salle d'attente ; or cette dernière ne recevant pas exclusivement des patients infectés par le V.I.H., le respect du secret médical

devenait alors compromis, puisque certains patients auraient répondu à un questionnaire alors que d'autres non V.I.H. ne le feraient pas.

Suite à ces différentes demandes non probantes, il apparaît que le recrutement de la population exposée soit plus que délicat. Il faut en effet pouvoir préserver le secret médical tout en recrutant un échantillon conséquent et proche de la population étudiée.

Il faut impérativement disposer d'une force de recrutement importante. Ceci pourrait en fait se faire de différentes manières mais le temps et les moyens nous sont restreints :

- Donner les feuillets aux médecins recevant uniquement des patients V.I.H.+ afin de leur faire répondre directement et ce dans le cabinet de consultation. Environ 5 minutes par patient seraient nécessaires, ce qui paraît peu pour un consultant, mais s'avère coûteux en temps sur une journée complète.
- Ou bien s'associer durablement avec une association type Sidaction afin d'abroger le problème lié au secret médical et de disposer d'un échantillon d'étude conséquent.

Ces deux solutions n'ont pu être mises en œuvre pour les motifs que nous avons invoqués plus haut.

Ainsi, il a été décidé de n'étudier que le point de vue des patients « sains ». Nous ne pourrions donc établir- comme il avait été prévu- une enquête cas exposés/cas non exposés. Nous tenterons d'obtenir les sentiments de la population en général concernant les problèmes de refus de soins au cabinet dentaire des patients séropositifs aux V.I.H.

Nous allons donc dans la prochaine partie analyser, interpréter et éventuellement extrapoler les résultats de l'enquête menée sur 130 patients estivants venus consulter en urgence dans un des 5 cabinets dentaires de l'île d'Oléron.

7. ENQUETE SUR LES PATIENTS SAINS

7.1. Méthode

L'étude des cas non-exposés a été réalisée dans le cadre d'un remplacement libéral effectué dans la commune du Château d'Oléron pendant la période Juillet-Août 2009. Seuls cinq cabinets restent ouverts durant cette période pour une population estimée à 200 000 habitants lors des mois les plus chauds (contre 8 praticiens pour environ 20 000 habitants le reste de l'année).

Les questionnaires ont été remis aux patients non insulaires français venus consulter en urgence, et ce en début ou en fin de soin.

Le terme « urgence » englobe ici toutes sortes de soins effectués hors rendez-vous programmés dans les plans de traitement (urgence douloureuse, urgence prothétique ou autre).

Aucun des sondés n'a porté à notre connaissance un statut sérologique V.I.H.+ lors de l'anamnèse .

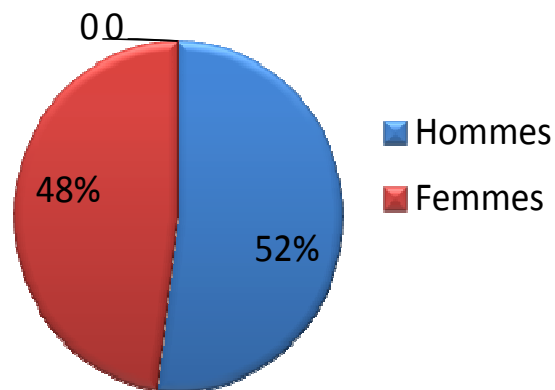
130 questionnaires ont été retenus pour notre étude. Les mineurs n'ont pas été sélectionnés.

.

7.2. Résultats

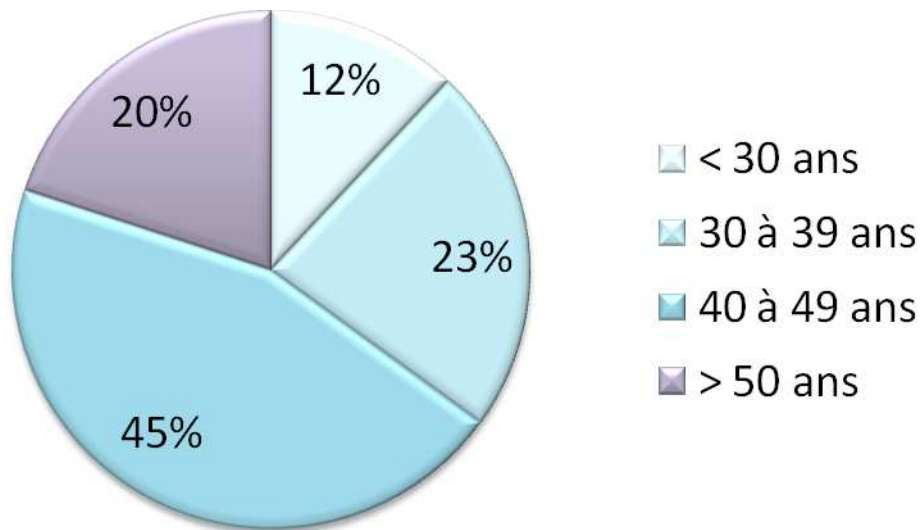
Les résultats statistiques ont été arrondis à l'unité la plus proche ; les décimales .50 ont été adjointes à l'unité supérieure

7.2.1. Répartition des sexes



Le sexe ratio est de 1 pour 1 environ. Il se rapproche de la moyenne nationale, cette dernière étant de 51.4% de femmes, avec une inégalité principalement due à la différence d'espérance de vie. Nous nous éloignons ainsi du sexe ratio de l'enquête menée par Sidaction qui était de 3 hommes pour une femme. Il sera donc judicieux de réaliser des comparaisons homme-femme dans la suite de notre étude.

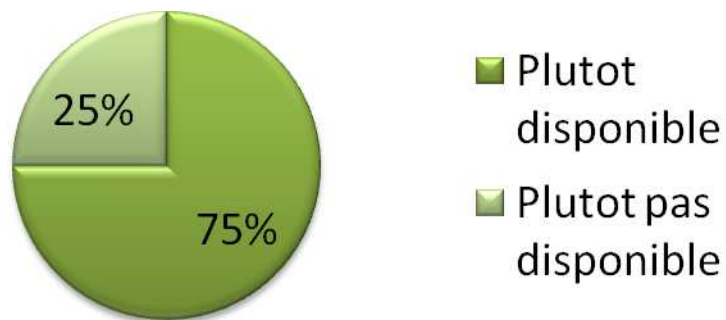
7.2.2. Répartition des questionnés par tranche d'âge



n=130

Nous constatons que la majorité des patients venus consulter est âgée de 40 à 49 ans. Les plus jeunes sont les plus rares à avoir répondu au questionnaire, les tranches « senior » et 40-49 sont proches avec respectivement 20 et 23 % de patients concernés. Pouvons-nous avancer l'hypothèse que les moins de 40 ans préfèrent profiter de la période estivale ou bien doivent veiller à leurs jeunes enfants, reportant ainsi une urgence non douloureuse ? Une corrélation avec d'autres études portant sur les populations consultant en urgence au cabinet dentaire semble être judicieuse.

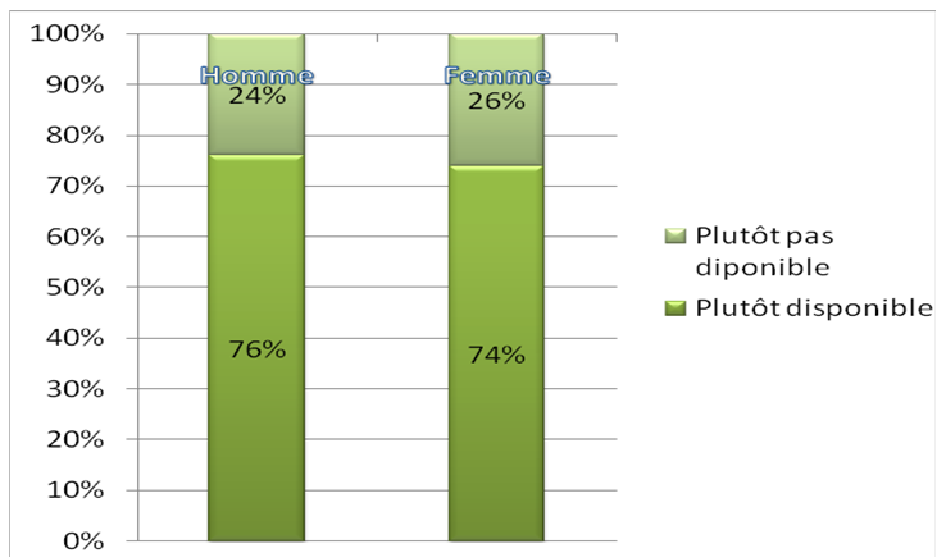
7.2.3. Disponibilités des patients sondés



n=130

Dans 3 cas sur 4, les questionnés se déclarent plutôt disponibles par rapport à leur chirurgien-dentiste. Il est important de noter que le feuillet a été distribué à des patients nécessitant des soins ou des prescriptions urgents, leur disponibilité est par conséquent élevée au moment du sondage. La proportion de patients disponibles aurait peut-être chuté si le sondage avait par exemple été effectué dans la rue. Cet item, comme nous l'avons expliqué dans les parties antérieures est à corrélérer avec la question suivante afin d'avoir une idée sur le niveau d'implication des patients.

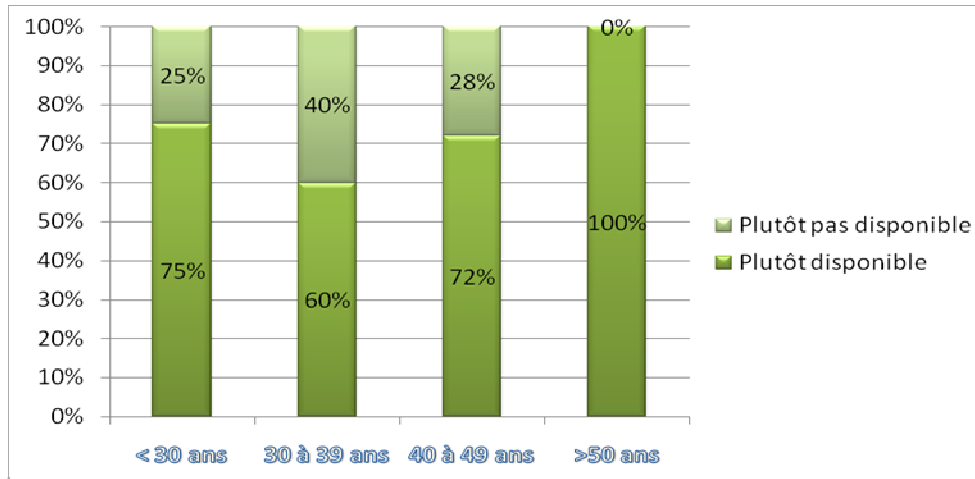
Disponibilité des patients en fonction du genre



n=130 (68 hommes dont 52 disponibles, 16 non disponibles ; 62 femmes dont 46 disponibles, 16 non disponibles)

La disponibilité n'est pas une affaire de sexe, le ratio des hommes et celui des femmes se juxtapose au ratio global.

Disponibilité des patients par tranche d'âge



n=130 (16 patients de moins de 30 ans dont 12 disponibles, 4 non disponibles ; 30 patients de 30 à 39 ans dont 18 disponibles, 12 non disponibles ; 58 patients de 40 à 49 ans dont 42 disponibles, 16 non disponibles ; 26 patients de plus de 50 ans dont 26 disponibles)

Par contre, nous constatons une grande différence d'implication lors que nous étudions l'item par tranche d'âge.

Peut-on imputer le large pourcentage de la classe la plus jeune aux différentes campagnes de prévention et de vulgarisation des soins odontologiques ayant eu lieu ces dernières années ?

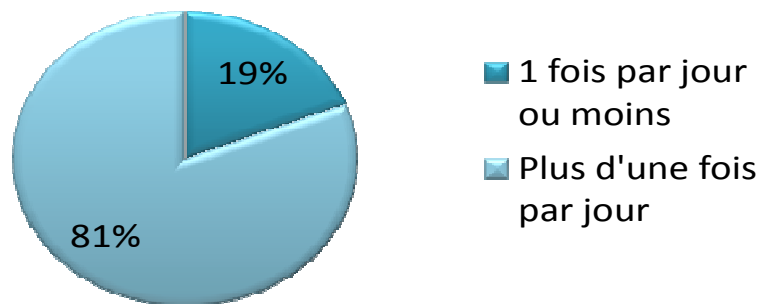
Quoi qu'il en soit, si la classe 30 à 39 ans se déclare la moins disponible, la courbe ne fait que croître avec les années, pour atteindre un plébiscite chez les plus de 50 ans.

Se préoccupe-t-on d'avantage de sa santé lorsque l'on vieillit ?

Une étude plus «sociologique » des causes permettrait d'émettre et de clarifier différentes hypothèses.

7.2.4. Niveau d'implication des patients sondés

Assiduité au brossage des patients sondés :



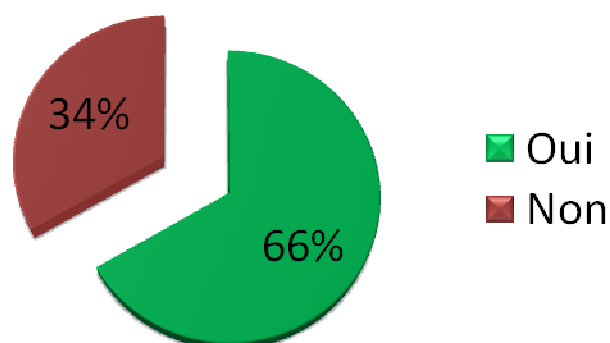
n=130

A quelques pourcentages près, nous aurions pu calquer le diagramme disponibilité avec celui de l'assiduité au brossage.

Plus de huit patients sur dix déclarent se brosser les dents plus de deux fois par jour. Y-a-t-il une similitude avec la moyenne nationale ? Ou peut-on imputer ce fort résultat de « patients brossateurs » à un effet « blouse blanche » toujours difficile à quantifier ?

7.2.5. A propos du secret médical

Confession complète de l'état de santé

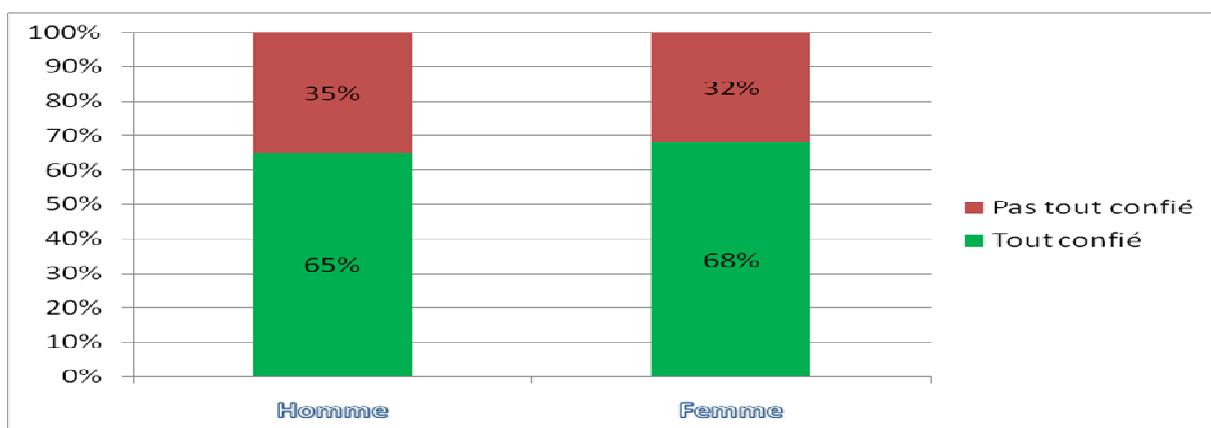


N=130

Le secret médical est une vertu cardinale des professions de santé, or plus d'un tiers des personnes interrogées ont préféré garder secrètes certaines informations préférant ne pas tout confier au praticien.

Peut-on voir ici un manque de confiance dans un jeune dentiste n'étant là que pour soigner brièvement un mal ou réparer une prothèse abîmée ou est-ce la profession entière qui souffre d'un manque de confiance de la part des soignés ? Il serait très intéressant de confronter les résultats obtenus avec ceux d'autres professionnels de santé par exemple.

Répartition des patients ayant tout confié ou non en fonction du sexe



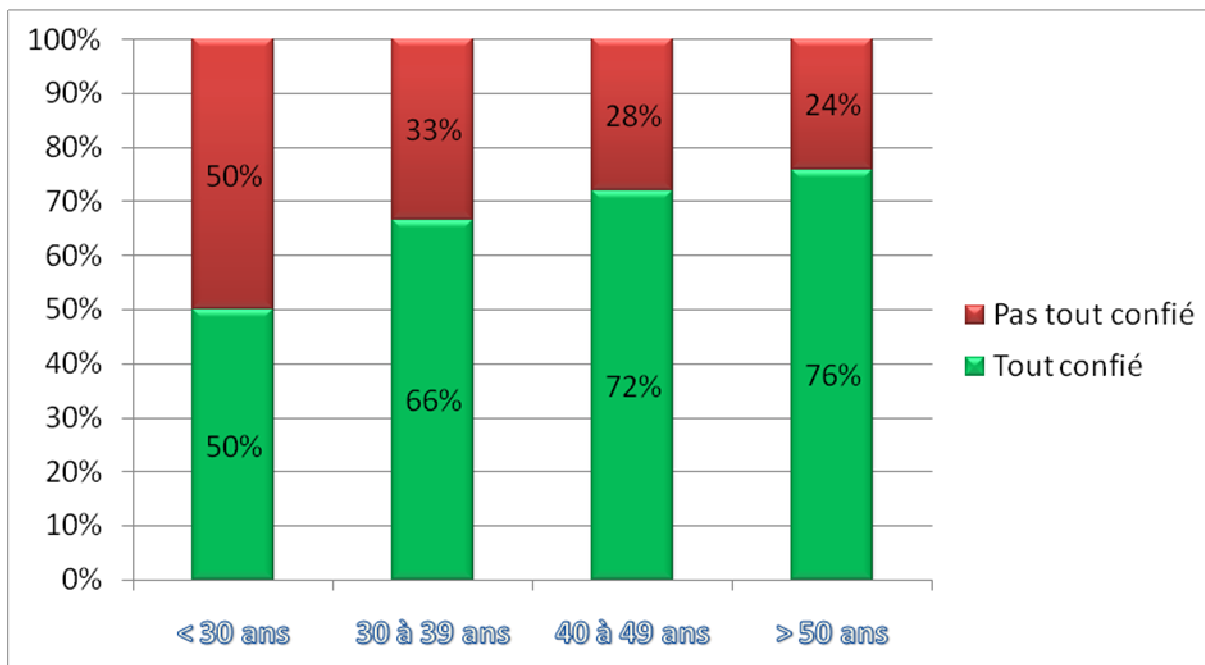
n=130(68 hommes dont 44 ont tout confié, 24 n'ont pas tout confié ; 62 femmes dont 42 ont tout confié, 20 n'ont pas tout confié)

Tout comme dans l'item précédent, on ne peut véritablement parler de différences entre les hommes et les femmes, les deux catégories indiquant la même réticence à se dévoiler intégralement lors de l'anamnèse.

Par contre, comme nous pouvons le constater sur le graphique suivant, l'âge semble être un facteur déterminant dans la relation de confiance soignant-soigné.

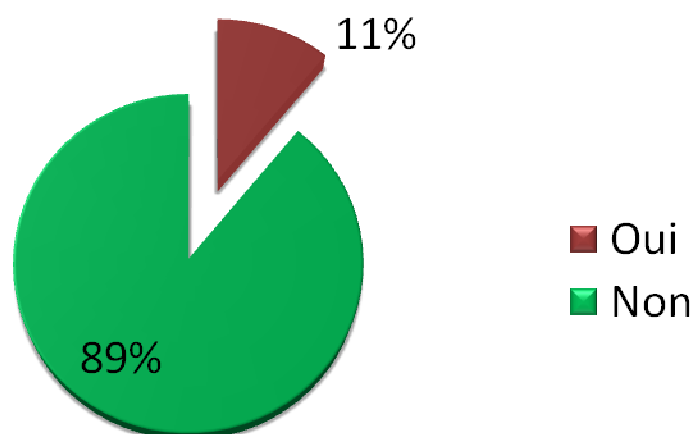
La méfiance caractérise un « jeune » sur deux, mais celle-ci s'estompe progressivement avec l'âge, atteignant le ratio un pour quatre chez les « seniors ».

Répartition des patients ayant tout confié ou non en fonction de l'âge



n=130 (16 patients de moins de 30 ans dont 8 ont tout confié, 8 n'ont pas tout confié ; 30 patients âgés de 30 à 39 ans dont 20 ont tout confié, 10 n'ont pas tout confié ; 58 patients âgés de 40 à 49 ans dont 42 ont tout confié, 16 n'ont pas tout confié ; 26 patients de plus de 50 ans dont 20 ont tout confié, 6 n'ont pas tout confié)

7.2.6. Discrimination des patients sondés

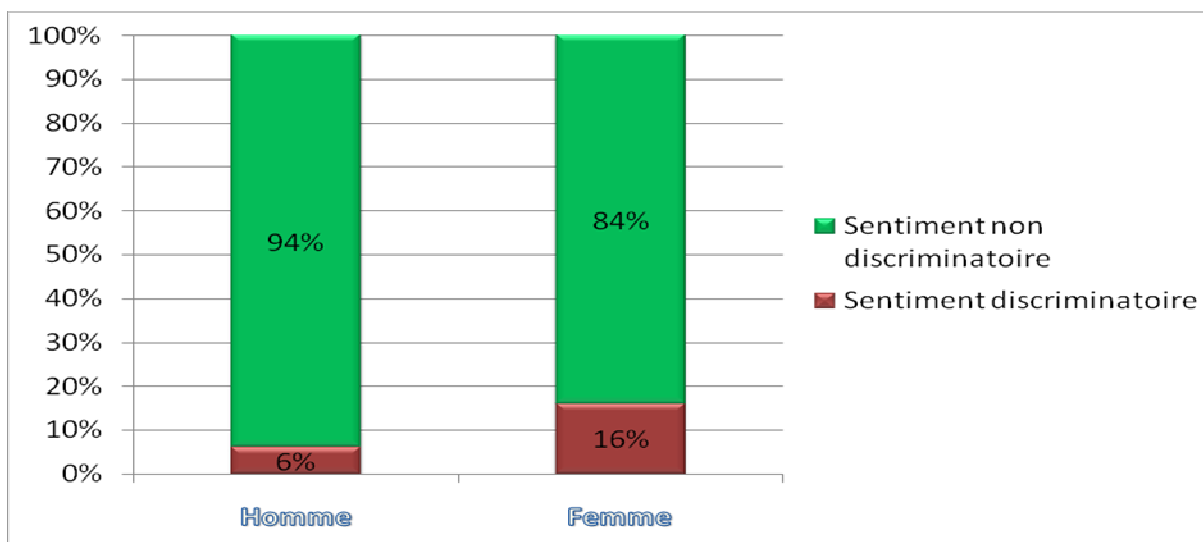


n=130

Nous voyons qu'environ un patient sur dix (surtout des femmes comme le montre le graphique ci-dessous) déclare avoir déjà été discriminé chez un dentiste. Nous rappelons que dans le questionnaire, la discrimination avait été définie comme : « le fait de mettre à l'écart ou de traiter différemment une personne en fonction d'un critère spécifique. »

Le résultat est à interpréter avec prudence notamment pour la raison suivante : Sur les cinq cabinets ouverts lors de la période d'étude, un confrère indiquait aux appelants qu'il ne pouvait les prendre « en urgence » que sous une quinzaine de jours, justifiant que son emploi du temps était déjà rempli par tous ses patients insulaires. Or nous tombons ici dans un pur cas de discrimination géographique avec comme critère discriminant le fait d'être un patient estivant. Avons-nous alors dans les 11% de discriminés quelques patients éconduits par ce confrère « débordé » ? Nous aurions pu essayer de débiaiser ce paramètre mais l'information n'a été portée à notre connaissance qu'en fin de remplacement.

Répartition du sentiment discriminatoire par genre



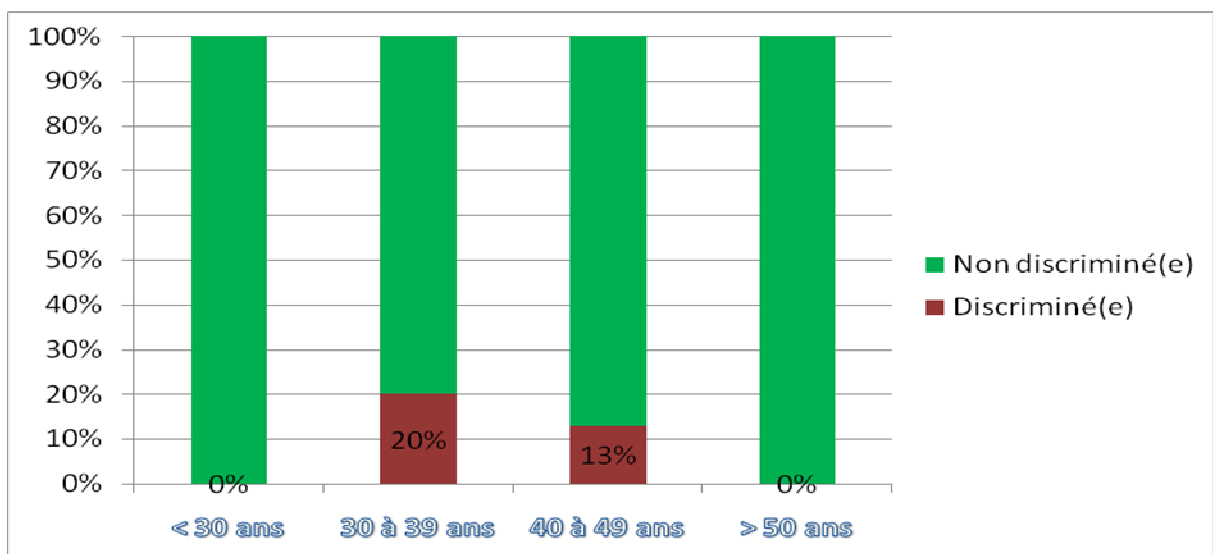
n=130.(68 hommes dont 4 ont subi une discrimination, 64 n'en ont pas subi ;62 femmes dont 10 ont subi une discrimination, 52 n'en ont pas subi)

Cependant le graphique suivant indique que deux tranches d'âge n'ont jamais été discriminées : les moins de trente ans et les plus de 50 ; or les patients estivants appellent

dans la plupart des cas un dentiste de manière aléatoire, ce qui nous amène à penser qu'au moins l'un d'entre eux a appelé le dentiste récalcitrant à soigner les continentaux. Ces derniers ne l'indiquent pas dans leurs réponses au questionnaire.

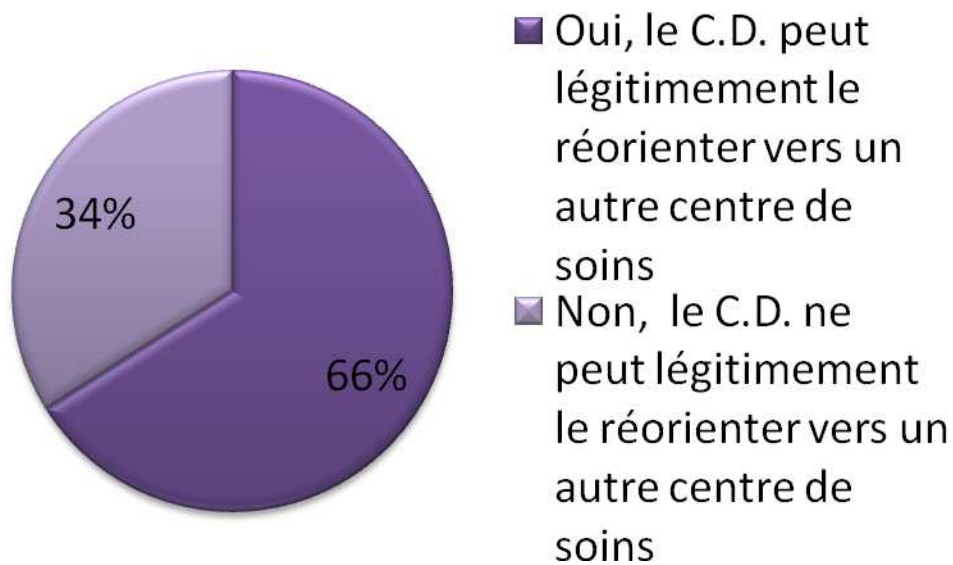
Nous l'avons précédemment décrit, la discrimination revêt aussi des valeurs subjectives difficilement qualifiables et quantifiables.

Répartition du sentiment discriminatoire par tranche d'âge



n=130(16 patients de moins de 30 ans dont 0 ont subi une discrimination ;30 patients de 30 à 39 ans dont 6 ont subi une discrimination, 24 n'en ont pas subi ; 58 patients de 40 à 49 ans dont 8 ont subi une discrimination, 50 n'en ont pas subi ; 26 patients de plus de 50 ans dont 0 ont subi une discrimination.)

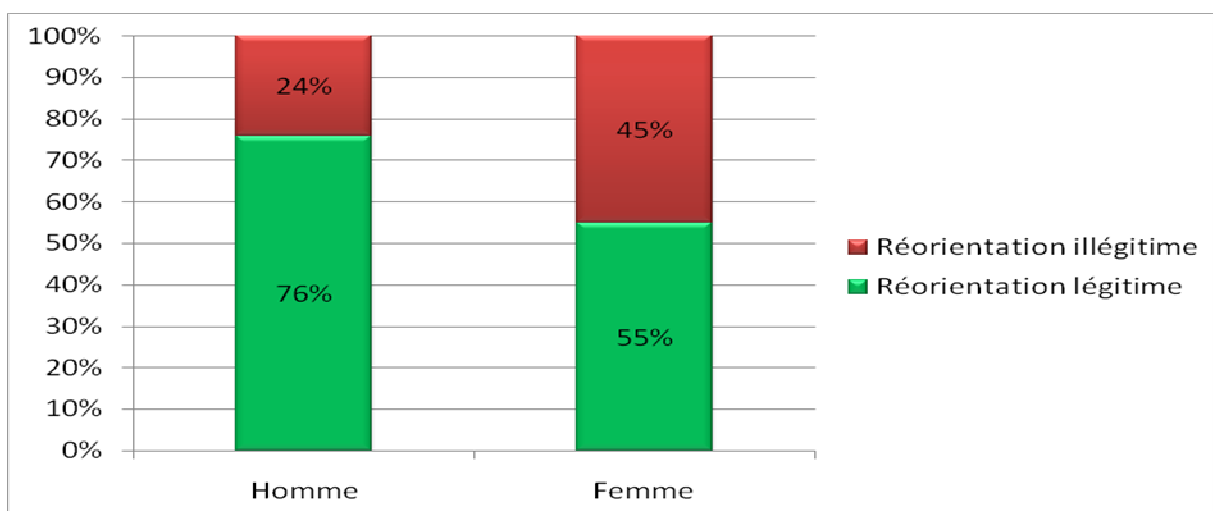
7.2.7. Avis sur la réorientation due à un statut V.I.H.+



n=130

Si environ deux patients sur trois estiment légitime une réorientation d'un soigné V.I.H.+ vers un autre centre de soins, ce sont majoritairement les hommes qui plaident pour un réaiguillage des personnes infectées vers un autre centre de soins :

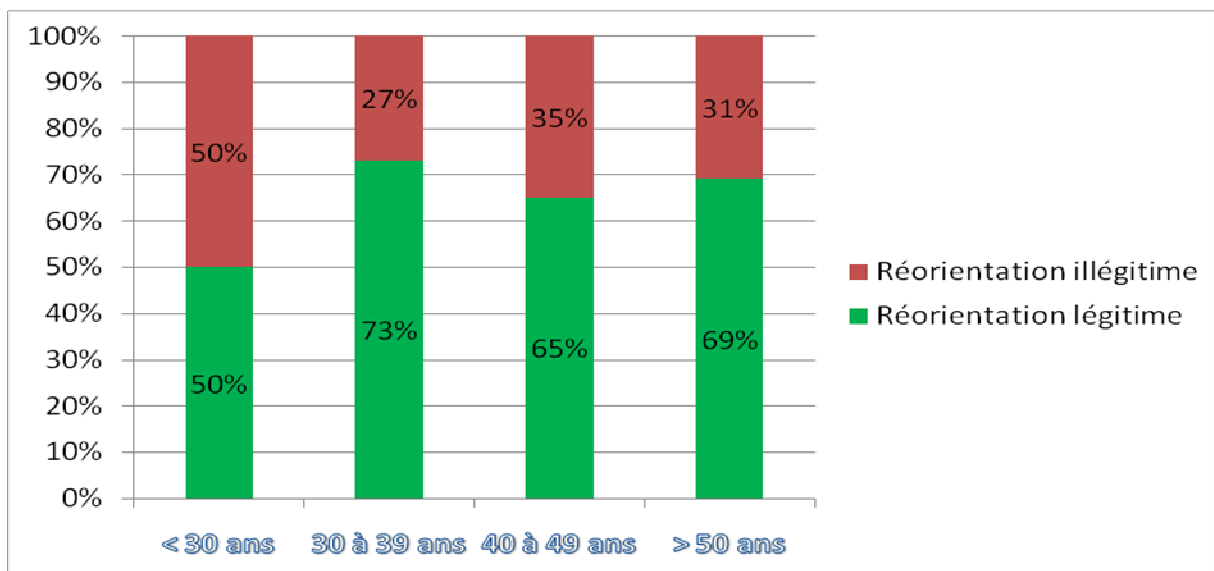
Répartition de la légitimité de la réorientation par genre



n=130 (68 hommes dont 52 pour la réorientation, 16 contre la réorientation ; 62 femmes dont 34 pour la réorientation, 28 contre la réorientation)

Par contre, si la réorientation est légitime à environ 70% pour les plus de trente ans, la classe la plus jeune n'a pas une position tranchée sur la question :

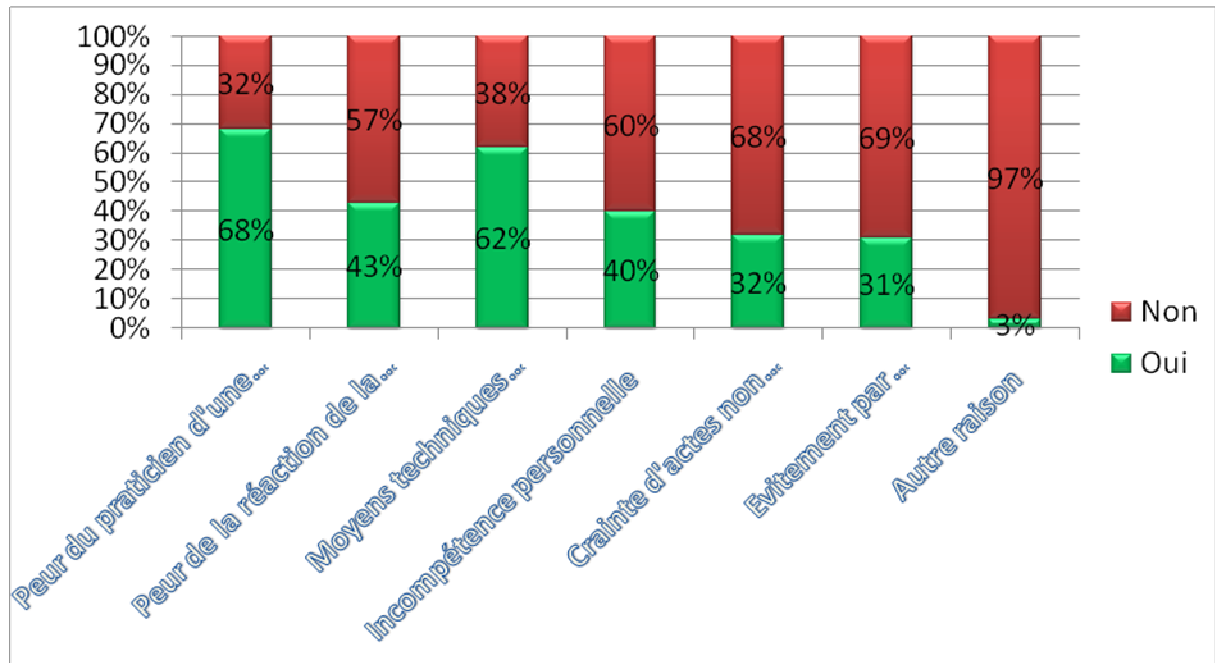
Répartition de la légitimité de la réorientation par tranche d'âge



n =130(16 patients de moins de 30 ans dont 8 pour la réorientation, 8 contre la réorientation ;30 patients de 30 à 39 ans dont 22 pour la réorientation ; 58 patients de 40 à 49 ans dont 38 patients pour la réorientation, 20 contre la réorientation ;26 patients de plus de 50 ans dont 18 pour la réorientation, 8 contre

7.2.8. Avis sur les causes d'un refus de soin

Répartition des raisons d'un refus de soins dans la population étudiée



- | | |
|---|----------------------------------|
| 1) Peur du praticien d'une contamination personnelle | $n=130$ (88 « oui », 42 « non ») |
| 2) Peur de la réaction de la patientèle | $n=130$ (56 « oui », 74 « non ») |
| 3) Moyens techniques insuffisants | $n=130$ (81 « oui », 49 « non ») |
| 4) Incompétence personnelle | $n=130$ (52 « oui », 78 « non ») |
| 5) Crainte d'actes non honorés | $n=130$ (42 « oui », 88 « non ») |
| 6) Evitement par convenance personnelle | $n=130$ (41 « oui », 89 « non ») |
| 7) Autre raison | $n=130$ (4 « oui », 126 « non ») |

Le graphique ci-dessus présente à décrire deux grands groupes en fonction des pourcentages de réponses positives ou négatives.

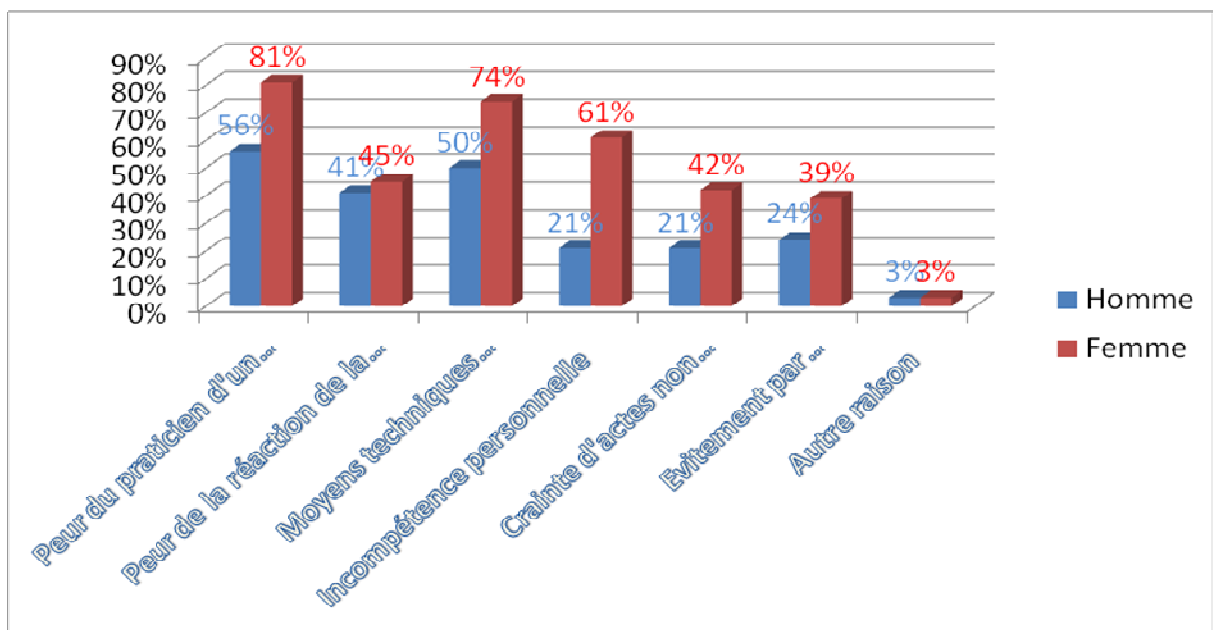
Les raisons principalement invoquées avec respectivement 68 et 62% de « oui » sont la peur du praticien d'une contamination personnelle ainsi que des moyens techniques insuffisants aux soins chez les séropositifs.

Puis un groupe invoquant des raisons plus « secondaires » : avec des pourcentages d'affirmation compris entre 31 et 43%, on trouve dans l'ordre : la peur de la réaction de la patientèle si elle venait par hasard à apprendre que son praticien soigne des patients V.I.H.+, l' incompétence personnelle, la crainte de ne pas être honoré et enfin un évitement par convenance personnelle .

Le très faible pourcentage de raisons autres nous réconforte dans l'idée que la question a été fermée de manière correcte.

Le graphique suivant indique la répartition de raisons en fonction du sexe :

Répartition des raisons d'un refus de soins par genre



1) Peur du praticien d'une contamination personnelle *n=88 (38 hommes, 50 femmes)*

2) Peur de la réaction de la patientèle *n=56 (28 hommes, 28 femmes)*

3) Moyens techniques insuffisants *n=81 (34 hommes, 47 femmes)*

4) Incompétence personnelle *n=52 (14 hommes, 38 femmes)*

5) Crainte d'actes non honorés *n=42 (14 hommes, 28 femmes)*

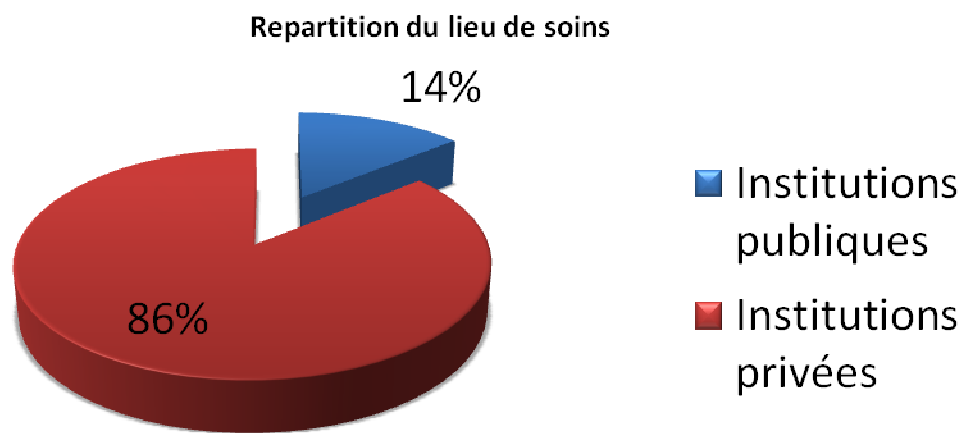
6) Evitement par convenance personnelle *n=41 (16 hommes, 25 femmes)*

7) Autre raison *n=4 (2 hommes, 2 femmes)*

Les deux groupes principaux cités précédemment sont rattrapés par le sentiment féminin d'incompétence personnelle du chirurgien-dentiste avec 61%. Pour les hommes les pourcentages sont moindres dans toutes les raisons invoquées. Cette constatation est liée au fait que les hommes invoquent moins de raisons que les femmes.

7.2.9. Centre de soins habituel des patients sondés

La dernière question était à l'origine destinée aux patients V.I.H +



n=130

14% des patients interrogés se font, ou ont déjà été soignés à la faculté ou à l'hôpital.

7.3. Discussions

7.3.1. Concernant la population étudiée

Si le sexe ratio se rapproche de celui de la population française, la répartition par tranche d'âge semble plutôt s'en éloigner même si la grande majorité des sondés (65%) a plus de 40 ans. Des raisons peuvent être évoquées concernant notamment les priorités sanitaires des patients estivants, il serait bon de croiser ces statistiques avec des résultats plus nationaux.

7.3.2. Niveau d'implication des patients

Ces deux questions ont été posées dans le but d'avoir une idée générale concernant le niveau d'implication des sondés à propos de leur hygiène bucco-dentaire. La recherche d'un indice C.A.O n'aurait pu être possible compte tenu du peu de temps qui nous était imparti lors des consultations

Même si, comme nous l'avons vu plus haut, les réponses à la première question ne sont peut-être pas spontanées puisque face à la douleur, le malade est logiquement enclin à aller consulter au plus vite un professionnel de santé, les deux questions présentent toutes deux un fort taux de réponses « positives » (la question numéro 4 pouvant se décliner comme : « Vous brossez vous les dents plus d'une fois par jour ? »)

Il est possible aussi que l'effet « blouse blanche » amène à biaiser les réponses à la question 4. Si les répartitions par genre sont identiques, celles par âge ne suivent pas les mêmes courbes :

Les moins de 30 ans sont 38% à se laver les dents moins de deux fois par jour, alors que les plus de 50 ans ne sont que 8%

Peut-on ici interpréter une certaine forme d'insouciance des moins de 30 ans face à la sagesse des plus de 50 ans? Là encore une investigation plus poussée permettrait d'en déterminer les causes.

Quoi qu'il en soit, si l'on se réfère aux statistiques pures, nous pouvons considérer que de manière globale, la population étudiée présente un niveau d'implication correcte dans sa santé bucco-dentaire.

7.3.3. Statistique croisée avec le sentiment de discrimination

Nous avons calculé une statistique croisée avec la question numéro 6 : « Avez-vous déjà été discriminé chez un dentiste ? »

Il est très intéressant de noter que **31% des patients se lavant les dents une fois par jour ou moins affirment avoir déjà été discriminés chez un dentiste.**

Un test du Chi 2 nous permettra de savoir si les variables reflétant le niveau d'implication des patients et le sentiment de discrimination peuvent être liées [42].

Partons de l'hypothèse H0 que les 2 variables sont indépendantes. Après un rappel des valeurs observées, nous calculerons les valeurs attendues :

Valeurs observées	DISCRIMINE	NON DISCRIMINE	TOTAL
Un brossage par jour ou moins	8	17	25
Plus d'un brossage par jour	6	99	105
TOTAL	14	116	130

Valeurs attendues	DISCRIMINE	NON DISCRIMINE	TOTAL
Un brossage par jour ou moins	2.7	22.3	25
Plus d'un brossage par jour	11.3	93.7	105
TOTAL	14	116	130

Valeurs observées et valeurs attendues nécessaires à l'élaboration du χ^2

La valeur calculée (V.C.) du test est de 14.4488.

La valeur tabulée (V.T.), au risque $\alpha=5\%$, à 1 degré de liberté est de 3.84.

V.C. étant supérieure à V.T., nous pouvons rejeter H_0 au risque $\alpha=5\%$. Les deux variables sont donc significativement liées.

Ces résultats sont à manier avec précaution pour plusieurs raisons :

- Comme son nom l'indique le sentiment discriminatoire revêt une forte dimension subjective.
- La discrimination possède des variations transversales et longitudinales
- La cause exacte est inconnue, l'adjonction d'une question : « Si oui, pourquoi ? » nous aurait fortement orientée.
- Nous avons indiqué dans la partie précédente qu'il était possible que les consultants aient essuyé un refus de soins quelques minutes avant d'appeler le cabinet sous un motif « géographique ».

La stigmatisation des patients séropositifs au V.I.H. a pour conséquence un très fort taux de sentiment discriminatoire concernant les soins chez des spécialistes de santé (Sidaction avance 48.4% avec une prédominance odontologique selon E. De Carvalho). Cependant, nous pouvons dorénavant conclure que le fait d'être séropositif n'est pas l'unique cause d'une discrimination de la part des professionnels de santé puisque des taux non négligeables en fonction de différents critères croissables ressortent de notre enquête.

Une discussion avec une patiente peut nous donner un exemple concret, même si certains y verront un cas anecdotique : Rina G., 47 ans, femme au foyer et mère de 4 enfants, originaire de Macon, ayant un état dentaire et parodontal plus que déficient, nous a révélé qu'elle ne consultait son dentiste qu'en cas d'urgence puisque ce dernier lui avait dit qu'il n'y avait de toute façon rien à faire et que « l'on verra un jour pour mettre un appareil ».

Quelles peuvent être les causes de ce refus de prolongation des soins ? La patiente est-elle une habituée des rendez-vous manqués ? Une coutumière des actes non honorés ? Une récalcitrante à l'utilisation de la brosse à dent ? Nul ne peut le savoir. Mais toujours est-il qu'une ou plusieurs raisons, valables ou non, subjectives ou objectives ont amené ce confrère à ne pas vouloir revoir madame Rina G. Celle-ci pensant véritablement que l'Odontologie ne pouvait rien pour elle alors que des soins étaient possibles (extractions et prothèse partielle amovible étaient envisageables).

Peut-on dorénavant parler de paranoïa chez certains patients séropositifs puisque nous savons à présent que bon nombre de patients somme toute « lambda » ont déjà été discriminés chez un chirurgien-dentiste pour des raisons qui nous demeurent inconnues ?

La séropositivité est-elle la seule et unique responsable d'un comportement de rejet ?

Le chapitre suivant nous apporte un élément de réponse

7.3.4. Confiance dans le secret médical

Plus d'un tiers des interrogés a affirmé ne pas confier l'intégralité de son état de santé à son chirurgien-dentiste. Ici encore l'adjonction d'un « si non pourquoi » nous aurait éclairé. Peut-être certains n'en voient-ils pas l'utilité ? D'autres préfèrent-ils ne se confier qu'à leur médecin traitant ?

Ou bien est-ce que des patients atteints de pathologies lourdes ne préféreraient-ils pas se taire afin de ne pas être réorientés tout comme l'indique E. De Carvalho pour les patients V.I.H.+ ?

Une étude plus poussée de la question permettrait de découvrir les causes de ces mutismes.

Quoi qu'il en soit, avec 35% des hommes, 32% des femmes et jusqu'à 50% des moins de 30 ans n'ont pas totalement confié leur état de santé à leur chirurgien-dentiste. Cet état des lieux est préoccupant à plusieurs niveaux :

- Pour le patient lui-même qui risque une altération du diagnostic, la réalisation d'actes ne pouvant être effectués qu'avec certaines précautions (bloc opératoire, antibioprophylaxie...), la prescription de médicaments dangereux pour son état ou allergènes, la prescription d'actes contre-indiqués...
- Pour le chirurgien qui ne peut prendre les précautions de vigilance adéquates pour les soins sur patients infectés et ne peut organiser son planning opératoire en fonction de ces informations mettant également en danger sa patientèle.
- Pour la patientèle du cabinet qui de ce fait se retrouve moins protégée des infections nosocomiales.
- Pour le personnel du cabinet
- Pour le personnel hors cabinet

7.3.5. Concernant la réorientation des patients V.I.H.+

Nous avons remarqué dans la partie juridique de notre étude qu'un soignant a le droit de réorienter son patient. Or pour la grande majorité des sondés, il est du devoir du chirurgien-dentiste d'accompagner intégralement les soins de son patient infecté par le V.I.H. même si nous avons remarqué que la troisième cause d'un refus de soins (du point de vue patient) était que le praticien avait peur de la réaction de ses propres patients si ces derniers venaient à apprendre qu'il soigne des patients séropositifs. Ces deux items sont difficilement corrélables : la peur de la réaction de l'odontologiste n'est pas la peur de sa patientèle.

7.3.6. Les raisons d'un refus de soin.

L'étude des résultats de l'avant-dernière question nous amène à une réflexion sociologique en partant du postulat que notre échantillon représente la société en général. Même si nous remarquons deux sentiments principaux, toutes les raisons invoquées obtiennent un très fort score, puisque le minimum (hors « autre ») est l'évitement par convenance personnelle avec 31% de suffrages.

Le S.I.D.A fait peur. Il fait peur au Docteur (étymologiquement «celui qui sait») qui craint de se faire contaminer, qui n'a pas le savoir ni le matériel pour soigner efficacement le porteur de la maladie. Tout comme le séropositif fait peur ; à la salle d'attente, à la trésorerie, tant et si bien, que le dentiste préfère « l'éviter par convenance personnelle ».

Le 6 mai 1987, un dirigeant de parti politique français déclarait : *« Les sidaïques, en respirant du virus par tous les pores, mettent en cause l'équilibre de la Nation. (...) Le sidaïque, – si vous voulez, j'emploie ce mot là, c'est un néologisme, il est pas très beau mais je n'en connais pas d'autre –, celui-là, il faut bien le dire, est contagieux par sa transpiration, ses larmes, sa salive, son contact. C'est une espèce de lépreux, si vous voulez. »*

Vingt ans après, le V.I.H. continue de faire peur et de traîner sa cohorte d'idées reçues. Peut-être avons-nous été pessimistes lors de la rédaction du questionnaire ; ainsi, aurions-nous dû ajouter la proposition : « le V.I.H. n'est pas une raison de refus de soins » ? Ou bien la proposition « autre » inclue-t-elle quelques patients ne voyant pas dans la séropositivité un critère de refus ?

Nous allons donc revoir dans le chapitre suivant les fondamentaux de la relation soignant-soigné et nous focaliser plus particulièrement sur le V.I.H au cabinet dentaire.

8. DISCUSSION GENERALE

Si dans l'inconscient collectif, la peur de la contamination, transversale et/ou longitudinale restent un des éléments de poids dans les refus de soins faits aux patients séropositifs au V.I.H. D'un point de vue professionnel, certaines angoisses des patients peuvent paraître saugrenues.

8.1. Les avis des patients indemnes concernant les pretextes de refus des praticiens vis-à-vis des patients V.I.H.+

8.1.1. Le respect des honoraires

Environ un tiers des patients sondés avançait la possibilité d'un refus de soins provoqué par la peur du dentiste de ne pas être honoré. Ce pourcentage n'est heureusement pas corrélable avec le pourcentage d'actes non réglés au praticien. Cette idée tenace est nous le pensons due au fait que le V.I.H.+ est encore largement assimilé au toxicomane. Il est vrai qu'environ un quart des infections a pour origine une injection intraveineuse de drogue dure (héroïne principalement). Et, comme le déclarait une ancienne addictrice à l'héroïne lors de nos entretiens initiaux : « il n'y a pas plus fourbe et menteur qu'un camé, sa seule vérité, c'est l'héroïne. Il ne faut jamais faire confiance à un héroïnoman ».

Le problème principal n'est pas ici d'avoir à faire à un séropositif, mais potentiellement à un toxicomane perdant peu à peu de vue les règles, lois obligations, droits et devoirs de l'individu dans la société.

8.1.2. L'évitement par convenance personnelle du praticien

Ici encore, environ un tiers des sondés (principalement des femmes) voit dans cette cause un motif de refus. Mettent-ils dans cette catégorie tous les refus immotivés ou immotivables comme la sérophobie, mais également l'homophobie (45% des diagnostics de séropositivité le sont chez des homosexuels) ou s'agit-il encore là aussi de la crainte d'avoir affaire à des patients toxicomanes ? Nous ne le saurons pas, mais il est clair qu'il persistera toujours des cas « phobiques » pour telles ou telles raisons, de la même manière qu'une société possèdera toujours des cas extrêmes dans sa distribution : extrême gauche-extrême droite ; nains-géants ...

C'est nous le pensons cette catégorie qui sera dans le futur la plus délicate à faire diminuer.

8.1.3. Les moyens techniques

Pour les professionnels que nous sommes, nous ne pouvons qu'être surpris du large score de cet item ; il nous renvoie une fois de plus l'image d'un séropositif différent du patient lambda car quand les patients parlent de moyens techniques insuffisants, nous doutons qu'ils fassent référence ici au matériel lourd nécessaire au maintien en vie des patients en phase terminale, mais plutôt de matériel traditionnel, comme si le séropositif avait des dents plus délicates à traiter, ou peut-être parlent-ils ici des moyens techniques de désinfection, alors que, comme nous le verrons par la suite, le respect des précautions « standard » est un bouclier efficace dans la lutte contre la transmission d'infection.

Une chose est claire, la dent d'un patient V.I.H.+ n'est pas plus délicate à soigner et ne nécessite pas de matériel particulier par rapport à une dent V.I.H.-

8.1.4. La peur de la réaction de la patientèle

C'est une fois de plus la peur de contracter une infection nosocomiale qui offre à cet item un fort score de réponses positives. Or nous savons que le respect strict des normes de désinfection-stérilisation offre une barrière étanche à la propagation du V.I.H.

Il serait judicieux d'afficher -comme c'est déjà le cas dans certains cabinets- les résultats des tests d'autoclave, voir même de rappeler les articles 3-1 et 62 du code de déontologie afin de rassurer les patients.

Peut-on aussi avancer le fait que certains patients ont une « image sociale » plutôt négative du séropositif (marginal, toxicomane...), le Chirurgien-dentiste préférant alors ne pas mélanger ses patientèles.

8.1.5. L'incompétence personnelle

Les premiers cas de S.I.D.A. sont apparus au début des années 80. Il est vrai que certains praticiens, exerçant encore de nos jours, n'avaient auparavant jamais été confrontés à ce problème. Même si, comme nous l'avons décrit précédemment, l'odonte et le parodonte du séropositif sont les mêmes que ceux de n'importe quel autre individu, il convient de rappeler que le patient V.I.H.+ est une personne fragile, physiquement, mais pouvant également être éprouvée psychologiquement.

C'est la raison pour laquelle nous allons maintenant aborder de plus près la relation soignant-soigné.

8.2. La relation thérapeutique avec le patient séropositif au V.I.H.

8.2.1. Le rôle de l'anamnèse

La première consultation doit se faire sous le signe de l'échange et de la confiance. Cette dernière est primordiale afin d'établir une relation de sérénité dans la suite des soins. Le dentiste se doit d'insister sur la nécessité absolue de connaître son patient tant sur son profil physiologique que sur son aspect psychologique. Il ne soigne pas des dents, mais une personne à part entière. Il doit donc prendre le temps de l'échange, du questionnement, de l'interrogatoire clinique et para-clinique.

Mais il doit aussi prendre le temps de mieux connaître la maladie et ses conséquences en termes de soins envisageables ou non. La curiosité scientifique mais aussi la formation continue permettent d'augmenter ses connaissances. Nous allons ci-dessous rappeler quelques points fondamentaux à connaître afin de soigner au mieux les patients atteints du V.I.H.

8.2.2. Prévention des risques spécifiques aux patients séropositifs

8.2.2.1. Patients séropositifs asymptomatiques non traités.

Lors de l'échange sur l'état général du malade, le mode de contamination est intéressant à connaître. En effet, le patient contaminé par accident transfusionnel n'a pas le même profil psychologique, le même mode de vie que le patient séropositif toxicomane.

Les examens biologiques à connaître sont [41] :

la numération plaquettaire car des thrombopénies sporadiques peuvent apparaître de façon inopinée. Le nombre raisonnable de plaquettes pour entreprendre une chirurgie buccale est d'environ cinquante mille à condition qu'une bonne hémostase locale termine le geste. En dessous de ce chiffre, la prise en charge du patient est hospitalière.

Dans le cas d'un patient appartenant à un groupe à risque, comme par exemple le toxicomane, il faudra s'enquérir des autres sérologies virales hépatites B et C. Chez les toxicomanes, les protocoles d'anesthésie locale et la prescription seront adaptés.

8.2.2.2. Patients en stade SIDA

Les modifications biologiques au cours de l'infection VIH sont en relation avec différents paramètres. On peut citer : l'évolution même de la maladie et les différentes thérapeutiques mises en œuvre pour la combattre. Ces malades bénéficient d'antiviraux, d'antiprotéase souvent associée à des antibiotiques, les antifongiques voir des antiparasitaires. Tous ces médicaments présentent des interactions médicamenteuses, des effets secondaires et peuvent entraîner des modifications biologiques du type anémie, neutropénie, leuconeutropénie, agranulocytose et thrombopénie pour ne citer que les principales. La connaissance des différents paramètres biologiques va guider la conduite à tenir de l'odontologiste pour maîtriser le risque infectieux, le risque hémorragique et mieux évaluer le risque potentiel de contamination devant un éventuel accident par exposition au sang.

Gestion du risque infectieux :

Tout commence par le respect des règles d'hygiène dont l'application doit être rigoureuse devant des patients immunodéprimés. Les infections nosocomiales post-opératoires chez les malades au stade sida ont été démontrées. Avant d'entreprendre un soin chirurgical présentant un risque infectieux, l'odontologiste évalue trois paramètres biologiques.

- La mesure de la charge virale détermine le nombre de copies d'ARN viral plasmatique. Cette valeur quantitative est le reflet de l'évolution clinique de la maladie.
- La numération des lymphocytes CD4 est indispensable à connaître, elle conditionne avec le bilan d'hémostase la conduite à tenir. Le nombre de CD4 reflète l'état immunitaire du patient. Au-dessus de 500 CD4/mm³, le risque infectieux postopératoire est semblable à celui de la population générale s'il n'y a pas de neutropénie associée. Entre 500 et 200 CD4/mm³, le risque infectieux est à prendre en compte et dépend du nombre de

polynucléaires neutrophiles. En dessous 200 CD4/mm³, le risque infectieux est considéré comme majeur.

- Les PNN évaluent avec le nombre de CD4 le risque infectieux. Dans le cas d'une neutropénie sévère, inférieure à 500 PNN/mm³, ce risque est majeur. Ces précisions permettent d'adapter une thérapeutique anti-infectieuse.

Gestion du risque hémorragique :

L'exploration des différents paramètres de l'hémostase est indispensable. Le risque hémorragique s'évalue suivant deux critères, l'un lié à la maladie, l'autre liée aux thérapeutiques mises en œuvre. De plus, un malade atteint du sida peut-être co-infecté par le virus des hépatites B ou C. Cette situation est à prendre en compte dans le bilan d'hémostase et de la numération plaquettaire demandé par l'odontologiste avant de réaliser tout acte chirurgical. L'évaluation du risque infectieux et hémorragique peut amener à l'abstention de tout geste thérapeutique devant un patient au pronostic vital compromis. Dans ces diverses situations il est important de prescrire des examens complémentaires suivant le stade de la maladie.

8.3. Les risques de transmission virale

8.3.1. Risque de transmission virale patient-soignant

Un accident à risque élevé de contamination par le V.I.H. est une piqûre profonde avec une aiguille à tronculaire avec aspiration, une coupure par lame de bistouri, les blessures par lancette, élévateur, syndesmotome ou curette [35]. Dans ce contexte, la notion de charge virale qui représente le nombre de copies d'ARN plasmatique du virus est à prendre en compte, elle qualifie en quelque sorte l'importance de l'inoculum. Le taux de transmission après accident percutané est estimé à 0,32% et celui des expositions cutanées ou muqueuses à 0,03%. Il est d'autant plus grand que : [35]

-La blessure est profonde et/ou l'inoculum infectieux est élevé, soit par son volume (aiguille creuse, surface de peau lésée exposée), soit par la charge virale élevée du patient, soit par l'absence de port de gants de l'accidenté (pas d'essuyage de l'aiguille)

-Le patient source appartient à un groupe à risque (usager de drogue, transfusé avant 1992, ayant reçu des soins dans un pays à forte prévalence)

.À ce jour, en France, aucune contamination n'est parfaitement documentée pour le virus V.I.H. concernant l'équipe odontologique. L'accident par exposition au sang par le VIH rentre dans le cadre d'un accident du travail à déclaration obligatoire. Une contamination prouvée diffère d'une contamination présumée par les éléments de preuve recueillis. Ces éléments sont d'une part la sérologie du patient source et d'autre part la sérologie du blessé au moment de l'accident et à quelques semaines de ce dernier. Si dans l'intervalle une séroconversion est établie chez l'accidenté, alors que le patient source était séropositif, on peut parler d'infection prouvée. Dans le cas contraire, il ne s'agit que d'une infection présumée. Cependant, après enquête, le doute devrait bénéficier aux soignants blessés en classant tout de même son dossier en accident du travail.

En France, au 31 décembre 2004 l'I.N.V.S. faisait état de 13 séroconversions VIH chez le personnel de santé depuis le début de l'épidémie (12 infirmières, 1 médecins) et 32 infections présumées (dont un chirurgien-dentiste et une assistante dentaire).

8.3.2. Risque de contamination inter-patient [37]

En France, selon les calculs de l'I.V.S., environ 200 cas annuels de contamination par le virus de l'hépatite B pourraient être dus à une stérilisation inadéquate des portes instruments rotatifs, largement utilisés par les dentistes pour les soins conservateurs et les prothèses. Les manquements à l'hygiène dans ce domaine peuvent aussi théoriquement entraîner des contaminations par le virus de l'hépatite C (moins de deux cas par an) ou par le VIH (moins d'un cas par an soit une contamination tous les 420 millions d'acte).

8.3.3. Risque de transmission virale soignant-patient

Les transmissions surviennent presque exclusivement durant des interventions chirurgicales, obstétricales ou dentaires s'il y a présence du virus circulant chez le soignant, blessures du soignant ou état cutané particulier (dermatite suintante), contacts directs entre le sang où les liquides biologiques du soignant et les muqueuses, une blessure ou une prise opératoire du patient.

Épisodes publiés : trois soignantes (un chirurgien-dentiste, un chirurgien orthopédiste et une infirmière) ont contaminé huit patients au total, le chirurgien-dentiste ayant transmis le VIH à six d'entre eux. Les trois soignants impliqués étaient tous à un stade avancé d'immunodéficience [36].

Les règles d'hygiène doivent être observées avec une grande rigueur tant dans le traitement du matériel et des surfaces, mais également par la mise en place des barrières : vêtements, gants, masques, lunettes et champs opératoires

8.4. Rappels des précautions universelles

Les précautions générales d'hygiène doivent être connues de tous les praticiens. Ces dernières sont des conséquences finalement logiques des actes cherchant à éviter au maximum la transmission de particules (germes, virus, ATNC...) nocives.

8.4.1. Rappel des précautions « standard » [38]

Les précautions générales d'hygiène ou Précautions "Standard" à respecter lors de soins à tout patient RECOMMANDATIONS	
Si contact avec du sang ou liquide biologique	- Après piqûre, blessure : lavage et antisepsie au niveau de la plaie. - Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.
Lavage et/ou désinfection des mains	- Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités.
Port de gants Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités	- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés... - ou - Lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de surblouses, lunettes, masques	- Si les soins ou les manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés).
Matériel souillé	- Matériel piquant tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : manipuler avec précaution ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. - Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutilisé.
Surfaces souillées	- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 12 degrés chlorométriques fraîchement diluée au 1/10 (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisations de sang ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	- Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.

Si il est vrai que le respect des précautions « standard » reste facilement accessible à tous soignants, certains y verront peut-être une perte de temps, voir pour les anciennes écoles un excès de zèle en ce qui concerne le port de gants, pour des actes d'empreinte par exemple, même si ces dernières peuvent se retrouver sanglantes.

8.4.2. Les précautions standards appliquées à l'odontologie [39]

Ce tableau nous présente les déclinaisons odontologiques des précautions « standards ». Cependant, certaines précautions peuvent paraître plutôt saugrenues. Tel est l'exemple du double gantage pour un détartrage, une simple paire de gant nous semble suffisante.

GESTE	RISQUE	MATÉRIEL ET ORGANISATION DES SOINS
Anesthésie	Piqûre avec aiguille si : - recapuchonnage à 2 mains, - désinsertion à 2 mains après traitement, aiguille nue, - dépose de seringue et aiguille nue sur plateau.	- Recapuchonnage et désinsertion à une main - Utilisation de matériel de protection spécifique : - Seringue double-corps, - Recapuchonneur, - Aiguille rétractable. - Élimination : boîte à OPCT de volume important, placée au plus près du soin
Chirurgie	Piqûre, coupure (aiguille de suture, lame de bistouri) Blessure ou projections lors de l'utilisation d'instruments rotatifs	- Écarteurs adaptés, bistouri à usage unique - Sutures à deux pinces (technique "No-Touch") : éliminer l'aiguille à l'aide d'une pince - Gants ou double gantage - Masque avec visière ou lunettes de protection - Aspiration chirurgicale ou double aspiration - Scialytique, lumière froide frontale, loupes - Table opératoire rangée
Démoulage des modèles	Blessure avec couteau à plâtre	- Gants, points d'appui - Nettoyer et stériliser les couteaux - Désinfecter les empreintes
Détartrage, curetage	Blessure avec insert d'ultrasons, curettes	- Doubles gants, points d'appui - Désinfecter après chaque patient - Utiliser une clé spécifique de protection
Pré-désinfection et nettoyage des instruments	Blessure avec sondes, curettes, etc.	- Gants, masque, lunettes - Bac de détergent-désinfectant dans la salle de soins - Pas de contact manuel avec les instruments - Même bac métallique avec anse pour les différentes étapes - Automates : cassettes, sets préparés
Extraction dentaire	Blessure avec syndesmotome-élévateur	- Points d'appui - Protection de la main antagoniste à l'aide d'une compresse de protection
Soins conservateurs et prothétiques	Blessure avec fraises en dynamique ou en statique, projections	- Gants, points d'appui - Masque avec visière ou lunettes de protection - Double aspiration

Le respect strict des règles d'hygiène mais également une méthodologie rigoureuse dans l'organisation d'une séance de soins constitue une barrière efficace à la transmission d'une infection par le V.I.H. Si ces procédures sont suivies « à la lettre » entre deux patients, la séropositivité au V.I.H. ne constitue pas une obligation de prise de rendez-vous en début ou fin de demi-journée de soins. Le respect des procédures d'asepsie est une habilité à acquérir. [40]

8.4.3. Organisation type d'une séance de soins

1) Préparation

- Consultation du dossier du patient et connaissance de l'acte à réaliser

Le Chirurgien-dentiste, seul professionnel médical en France avec les médecins et les sages-femmes, se doit de connaître ses patients « sur le bout des doigts ». Il est étymologiquement « celui qui sait ».

Il est initialement formé à cette pathologie ; ainsi il doit connaître les infections opportunistes à cette maladie, mais également repérer les interactions médicamenteuses, organiser de manière adéquate son programme opératoire et veiller au respect des précautions spécifiques à l'odontologie. Cependant, comme le rappelait un enseignant parisien dans un magazine spécialisé : « l'obtention de la thèse n'est qu'un sésame vers plus de savoir et de connaissance. ». La formation continue joue un rôle primordial dans le rafraîchissement des connaissances odontologiques et médicales en la matière.

- Lavage ou désinfection des mains et utilisation de gants

Un lavage simple par friction avec du savon liquide neutre permet d'éliminer une grande partie de la flore transitaire. L'utilisation de gants non stériles est suffisante.

- Préparation de l'unité de travail

Avec les mains nettoyées et gantées, il convient de désinfecter la zone opératoire à l'aide d'un kit de désinfection (dans l'ordre : plan de travail, éclairage, déclencheur et tube radio, flexibles et leur support, siège de l'opérateur, fauteuil, lavabo et enfin crachoir.)

Puis, on s'attardera à désinfecter les dispositifs non stériles, à préparer le patient, préparer son plan de travail, et enfin, lubrifier les instruments dynamiques.

- Désinfection du champ opératoire

Elle consiste en une désinfection endo et exobuccale, et pour les actes invasifs (lambeau, greffe...) l'antisepsie du site opératoire doit être de rigueur (compresses, écarteurs...)

2) Au cours des soins

- Lavage ou désinfection des mains et utilisation des gants

Pour les patients immuno-deprimés, on réalisera un lavage antiseptique, avant de porter des gants stériles. Ces derniers préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques. Ils ont également un effet protecteur en cas de piqure par phénomène d'essuyage en réduisant significativement l'inoculum. Ainsi, le double gantage diviserait par 8 la quantité de sang transmis lors d'une perforation par aiguille pleine, par simple effet d'essuyage.

Le latex semble plus protecteur que le vinyle, mais il existe une grande variation entre les lots et les marques. Il convient donc de choisir ses gants en fonction du type d'intervention, de la longueur du soin et du niveau de dextérité requis.

- Prévention de la contamination aérienne

C'est tout d'abord l'utilisation d'un masque médical. Ce dernier prévient la contamination du patient vis-à-vis d'agent transmissibles par voie « gouttelette » ou « aérienne ». Cependant, il ne protège en aucun cas le praticien contre la transmission par voie « aérienne ». Il convient donc d'utiliser une aspiration haut débit (la pompe à salive est insuffisante pour évacuer le nuage opératoire.), ainsi que des cotons et compresses.

Un bain de bouche antiseptique pré-opératoire et l'utilisation de la digue réduisent l'aérocontamination.

L'utilisation de masques et lunettes parachève la lutte contre la contamination aérienne.

- Désinfection des empreintes et appareils

Elle doit s'opérer après toute désinsertion buccale. Pour les empreintes, 10 minutes de désinfection dans du Dakin à 50%, pour les prothèses, 10 minutes dans du Dakin.

Puis elles peuvent être retouchées immédiatement ou envoyées sous poche plastique étanche au laboratoire.

- Désinfection des pack-films

Les recueillir dans une lingette désinfectante et les essuyer avec cette dernière.

- Connaître la conduite à tenir en cas d'Accident Exposant au Sang (A.E.S.)

Tout d'abord, il convient de nettoyer immédiatement la plaie, par du savon liquide ordinaire, puis, par 5 minutes d'immersion dans une solution d'hypochlorite à 0.5% (ou Dakin). Dans le cas d'une projection oculaire, rincer abondamment avec du sérum physiologique.

Puis, il faut obtenir des informations sur le statut sérologique du patient source. En cas de refus ou de doute, un médecin référent ou un médecin des urgences hospitalières doit donner son avis le plus rapidement possible. Si le patient est susceptible d'être V.I.H.+, une chimioprophylaxie peut être envisagée, au mieux dans les 4 heures après l'accident. Elle doit être réservée aux situations à risque identifiable de transmission du V.I.H. Pour les autres situations, la balance entre le bénéfice escompté et le risque iatrogène n'est pas en faveur de la mise en route d'un traitement post-exposition. Le V.I.H. n'étant pas le seul agent transmissible, le statut VHC du patient source et la protection VHB du soignant doivent être vérifiés.

Le référent établit un certificat médical initial, mentionnant le descriptif de la lésion avec la mention « *potentiellement contaminante* ».

En fonction du statut professionnel de l'accidenté, les formalités administratives à accomplir sont différentes.

La coordination entre le médecin prenant en charge le praticien, le médecin du patient source et celui chargé du suivi est essentielle pour apporter à la victime le plus de sécurité et le meilleur soutien possible.

3) Après les soins

- Lavage des mains et utilisation des gants

Un lavage simple et des gants non stériles suffisent.

- Rangement de l'unité opératoire

Il doit respecter une chronologie stricte :

Éliminer correctement les objets tranchants ou piquants et ceux à usage unique.

Désinfecter le matériel non stérilisable.

Pré-désinfection des instruments dynamiques.

Reconstituer les cassettes et les pré-désinfecter.

Nettoyer les flexibles.

Désinfecter l'unité de travail.

- Mise à jour du dossier

Indispensable afin de conserver la trace des actes effectués et le matériel utilisé et de disposer dans les séances ultérieures d'information concernant le patient et le traitement en cours.

La connaissance de ses patients est primordiale afin de proposer des soins les plus adaptés à chaque situation. Cette connaissance peut le cas échéant être complétée par une sérologie. La maîtrise des procédures d'hygiène et d'asepsie est également de rigueur et elles doivent être systématiquement appliquées, en tout temps, en tout lieu et pour tout

patient. Ainsi, la gestion des patients V.I.H.+ ne doit plus être une problématique dans l'organisation d'une journée de travail.

9. CONCLUSION

Bientôt 30 ans après sa découverte, le S.I.D.A. continue de faire peur. Il fait peur au patient, il fait peur au personnel soignant, avec pour conséquence directe un mauvais traitement chez certains patients V.I.H.+.

Or, il convient de traiter la maladie avec tact et mesure. L'enquête sur les discriminations au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H. nous a montré que le praticien ne doit pas s'effrayer devant un patient séropositif car il possède toutes les armes pour le soigner :

- Sa connaissance, qu'il peut à tout moment parfaire de différentes manières (Culture, formation continue...)
- Sa méthodologie, dans la gestion des patients au cas par cas (Rôle primordial de la confiance) et dans l'organisation de son programme opératoire (enchaînement des protocoles, désinfection dans les normes...)

Il doit également rassurer sa patientèle en appliquant les précautions « standard » d'hygiène à n'importe quel patient, en maîtrisant les procédures d'asepsie et le cas échéant en indiquant en salle d'attente quels sont ses moyens de stérilisation-désinfection.

Il doit aussi se rassurer lui-même et ses collaborateurs en connaissant la démarche à suivre en cas d'A.E.S.

Malgré l'obligation de respecter une charte déontologique et des lois qui nous l'avons vu sont strictes mais interprétables, il subsistera toujours des récalcitrants motivant leur refus de manière irraisonnée, car le V.I.H. continue de colporter derrière lui une cohorte d'idées reçues : image « sociale » plutôt négative du séropositif (toxicomanes, marginaux, à comportements sexuels déviants...), à laquelle peut s'adjoindre une mauvaise connaissance des modes de contamination. Alors que le patient hépatique, malgré une virulence accrue de l'infection, semble être mieux protégé face à ces préjugés.

Or une question est désormais soulevée :

Bon nombre de patients V.I.H.+ préfèrent de nos jours se taire lors de l'anamnèse et du questionnaire médical initial ; nous avons également vu qu'aujourd'hui 50 000 personnes en France sont dans l'ignorance de leur séropositivité, et comme l'a démontré le questionnaire, un certain nombre de patients ne révèle pas l'intégralité de leur état de santé. Dans ces deux cas, des conséquences graves peuvent aboutir lors de la prise en charge de ces patients, lors des soins et par la suite, lors des prescriptions.

Le chirurgien-dentiste est compétent pour prescrire des examens complémentaires. Peut-on aujourd'hui affirmer qu'une sérologie puisse être systématiquement demandée lors de la première consultation d'un nouveau patient, non pas pour se prémunir d'une éventuelle infection car se fier à un test apparaît moins sûr que l'application systématique des principes d'asepsie recommandés par et pour la profession, mais pour parfaire sa connaissance médicale de ses patients, gage de soins de qualités et parfaitement adaptés ?

La discrimination au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H. est moralement irraisonnable, pénalement condamnable et scientifiquement injustifiable.

10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1] IZOPET, J., BAURIAUD R., PASQUIER C., *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (H.I.V.)*. Rueil-Malmaison : Groupe Liaison édition, 2001. p.333-349.
- 2] DOROSZ, P. *Guide pratique des médicaments*. Paris : Maloine, 2007. 357 p.
- 3] ONUSIDA. (page consultée le 12 novembre 2008). *Le point sur l'épidémie de sida, Rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2007*, [En ligne]. Adresse de l'U.R.L : [. http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf)
- 4] INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. (page consultée le 30 janvier 2009). *Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2008*, [En ligne]. Adresse de l'U.R.L. : http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/imp_a-1_2.htm
- 5] BRICOUT, F., GRIMPEL, E. *Guide de virologie médicale*. Paris : Ellipses, 1998. p. 72-81
- 6] PERRIN, D. *Biologie appliquée à la chirurgie bucco-dentaire*. Paris : Elsevier, 2005. p.86-99
- 7] GAUDIN, H., MARGUENAUD, J-P. *Dictionnaire des droits de l'homme*. Paris : PUF, 2005. p.203-216
- 8] BLOCH, H., CASALIS, S. *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Paris : Larousse, 1997. 1425 p.
- 9] SOULIER, G. *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*. Paris : LGDJ, 1994. p.184
- 10] SAOUT, C. *Discrimination, un combat individuel et collectif*. In Gruissan : Université des personnes en traitements, Oct 2006
- 11] DORON, R., PAROT, F. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. 756 p.
- 12] BARAQUIN, N. *Dictionnaire des philosophes*. Paris : A. Colin, 1997. 335 p.

- 13] BARAQUIN, N., BAUDART, A., *Dictionnaire de philosophie*. Paris : Armand Colin, 2000. 328 p.
- 14] HOERNI, B., GLORION, B., *Ethique et déontologie médicale : permanence et progrès*. Paris : Masson, 2000. p 36-42.
- 15] LEFEBVRE, J. *Déontologie des professions médicales et de santé*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2007. p.106-115
- 16] ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES. (Page consultée le 14 février 2009). *Code de déontologie des Chirurgiens-dentistes*, [En ligne]. Adresse de l'U.R.L : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/Code_de_deontologie_01.pdf
- 17] BERY, A., DELPRAT, L., *Droits et obligations du chirurgien-dentiste*. Hericy : Edition du puy fleuri, 2006. p.112-116
- 18] *Loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 art. 1er* Journal Officiel du 17 novembre 2001, *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 4* Journal Officiel du 5 mars 2002, *Loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 art. 13 II* Journal Officiel du 24 mars 2006
- 19] *Loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 art. 1er* Journal Officiel du 17 novembre 2001, *Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3* Journal Officiel du 22 septembre 2000 (en vigueur le 1er janvier 2002), *Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 41 I* Journal Officiel du 10 mars 2004
- 20] *Article inséré dans la Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 art. 45* Journal Officiel du 2 avril 2006
- 21] Mills, P. Editorial. *Horizons stratégiques* N°5. Mars 2007. p. 2
- 22] CEDIEY, N., DESPRES, C., L'HORTY, Y., Le testing scientifique, problèmes de méthode. *Horizons stratégiques* N°5. Mars 2007. p.75-91
- 23] CALVES, G. Au service de la connaissance et du droit : le testing. *Horizons stratégiques* N°5. Mars 2007. p. 8-16
- 24] BURNIER, F., PESQUIE, B. Test de discrimination et preuve pénale. *Horizons stratégiques* N°5. Mars 2007. p. 60-67

- 25] B.O. du ministère de la Justice, N° 102, Avril-Juin 2006
- 26] HAUTE AUTORITE DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS ET POUR L'EGALITE. (Page reconsultée le 19 janvier 2010). *La HALDE, l'institution* [En ligne]. Adresse de l'U.R.L. : <http://www.halde.fr/Presentation.html>
- 27] RAYNAL, F. Saisir la HALDE, question de droit... et de principes. *Transversal* N°37. Juillet 2007. p.33 et 34
- 28] ACT UP PARIS. Refus de soins dentaires pour les séropos. Par le sang, par le sperme, par les dents ?. *Protocoles* n°45. Paris : Act Up, 2006. p.39-44
- 29] VLAEMYNCK, F. Mots de dents. *Protocoles* N°37. Paris : Sidaction, mai 2007. p.12 à 14
- 30] GODLEWSKI, A-E. Chirurgie Dentaire et santé, la prise en charge des patients VIH+, *D'une dent à l'autre*. Paris : UNECD, 1^{er} semestre 2006. p. 8-9
- 31] DE CARVALHO, E., BERTIN, X., MOREL, M., et coll. (pages consultées le 24 avril 2007). *Enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en 2005* [En ligne] Adresse de l' URL : <http://www.halde.fr/IMG/alexandrie/32.pdf>
- 32] DE CARVALHO E., COUDRAY M. , et coll. (pages consultées le 10 juin 2009) *Enquête sur les discrimination des personnes vivant avec le V.I.H. en 2009* .[En ligne] Adresse de l'URL : <http://www.sida-info-service.org/spip.php?article2445>
- 33] DE SINGLY, F. *L'enquête et ses methodes : le questionnaire*. Paris : Armand Colin, 2008. 128p.
- 34] FENNETEAU, H. *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris : Dunod, 2007. 128 p.
- 35] COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE. *Accidents d'exposition au sang au cabinet dentaire*. Paris : Association Dentaire Française, 2006. Page 8
- 36] COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE. *Accidents d'exposition au sang au cabinet dentaire*. Paris : Association Dentaire Française, 2006. Page 11

- 39] COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE. *Accidents d'exposition au sang au cabinet dentaire*. Paris : Association Dentaire Française, 2006. Page 18
- 38] COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE. *Accidents d'exposition au sang au cabinet dentaire*. Paris : Association Dentaire Française, 2006. Page 34
- 37] CABUT, S. (pages consultées le 19 janvier 2010) *Ces infections transmises chez le dentiste*, [En ligne] Adresse de l'U.R.L : <http://www.lefigaro.fr/sante/2009/05/29/01004-20090529ARTFIG00306-ces-infections-transmises-chez-le-dentiste-.php>
- 40] WEISSENBAACH, M., BLECH, M-F. *Guide clinique à l'usage de l'externe en odontologie*. Nancy : Faculté de Chirurgie-dentaire, 2002. 25p.
- 41] NICOLAS, J.C. *Infections virales et chirurgie bucco-dentaire*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson , 2009. p.96-98
- 42] LEGRAS, B., KOHLER F., *Eléments de statistique : à l'usage des étudiants en médecine et en biologie : cours et exercices corrigés*. Paris : Ellipses, 2007. 299p.

11. TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE p.1

1. **INTRODUCTION** p.4
2. **GENERALITES A PROPOS DE L'INFECTION PAR LE V.I.H** p.6
 - 2.1. Historique p.6
 - 2.1.1. Description d'une épidémie naissante p.6
 - 2.1.2. Identification de l'agent pathogène p.8
 - 2.2. Aspects virologiques p.9
 - 2.2.1. Classification p.9
 - 2.2.2. Caractères généraux des rétrovirus p.10
 - 2.3. Le virus V.I.H. p. 10
 - 2.3.1. Structure biocellulaire p.10
 - 2.3.2. Structure biomoléculaire p.11
 - 2.3.3. Propriétés physico-chimique p.13
 - 2.3.4. Cycle de multiplication p.13
 - 2.4. Epidémiologie p.19
 - 2.4.1. Mode de contamination p.19
 - 2.4.2. Situation mondiale p.20
 - 2.4.3. Situation en France p.21
 - 2.5. Physiopathologie de l'infection au V.I.H. p.21
 - 2.6. Pathogénie p.23
 - 2.6.1. Primo-infection p.23
 - 2.6.2. Phase de latence clinique p.24
 - 2.6.3. Phase de S.I.D.A. p.25
 - 2.7. Diagnostic et suivi biologique p.28
 - 2.7.1. Diagnostic biologique p.28
 - 2.7.2. Suivi biologique p.30
 - 2.8. Traitements p.31
 - 2.8.1. Objectifs des traitements p.31
 - 2.8.2. Antirétroviraux p.38
 - 2.8.3. Traitements et prévention des infections opportunistes p.38
 - 2.9. Prévention p.39
 - 2.9.1. Transmission sanguine p.39
 - 2.9.2. Transmission sexuelle p.39
 - 2.9.3. Transmission mère-enfant p.39
3. **LES CONCEPTS DE DISCRIMINATION** p.41
 - 3.1. Les différents niveaux de préjugés dans une société p.41
 - 3.1.1. L'antilocuton p.41
 - 3.1.2. L'évitement p.42
 - 3.1.3. La discrimination p.42
 - 3.1.4. L'attaque physique p.42
 - 3.1.5. L'extermination p.42
 - 3.2. Les différents types de discrimination p.43
 - 3.2.1. Les discriminations liées au physique p.43
 - 3.2.2. Les discriminations liées au comportement ou au mode de vie p.43
 - 3.2.3. Les discriminations liées à un état de santé p.44
 - 3.2.4. Les discriminations liées à des critères géographiques p.44

3.2.5.	Les discriminations liées à des critères sociaux	p.44
3.2.6.	Les discriminations liées aux opinions	p.44
3.3.	<u>Définition pénale</u>	p.45
4.	L'ETHIQUE, LA DEONTOLOGIE, LA LOI	p.45
4.1.	<u>Revue des règles éthiques</u>	p.46
4.1.1.	L'éthique et la morale	p.46
4.1.2.	Bioéthique et éthique déontologique	p.47
4.2.	<u>Les dispositions ordinales</u>	p.50
4.2.1.	Titre premier : devoir généraux des chirurgiens-dentistes	49
4.2.2.	Titre second : devoirs des chirurgiens-dentistes envers le patient	p.52
4.3.	<u>Les dispositifs légaux</u>	p.54
4.3.1.	La position de l'O.NU.	p.54
4.3.2.	La position de la convention européenne des droits de l'homme	p.55
4.3.3.	La position du code pénal français	p.55
4.4.	<u>Reconnaître les discriminations</u>	p.59
4.4.1.	Généralités et historique	p.59
4.4.2.	Le testing scientifique	p.59
4.4.3.	Le testing judiciaire	p.60
4.5.	<u>La H.A.L.D.E.</u>	p.62
4.5.1.	Présentation	p.62
4.5.2.	Sa force	p.63
4.5.3.	Comment la saisir	p.63
5.	DENONCIATION DES COMPORTEMENTS DISCRIMINATOIRES	
5.1.	<u>Rappel à l'ordre de l'Ordre</u>	p.65
5.2.	<u>Etats des lieux réalisés par différentes associations de lutte contre le S.I.D.A.</u>	p.66
5.2.1.	Act up Paris et l'imbroglia tripartite	p.66
5.2.2.	Sidaction, les causes et conséquences des discriminations	69
5.3.	<u>Enquête sur les discriminations des personnes vivant avec le V.I.H.</u>	
5.3.1.	En 2005	p.71
5.3.2.	En 2009	p.74
6.	POURQUOI LA DISCRIMINATION ?	p.78
6.1.	<u>L'enquête auprès des praticiens</u>	p.78
6.1.1.	Objectifs	p.78
6.1.2.	Méthode	p. 78
6.1.3.	Résultats	p.81
6.1.4.	Discussion	p.81
6.2.	<u>Enquêtes auprès des patients</u>	p.82
6.2.1.	Objectifs	p.82
6.2.2.	Méthodes	p.82
6.2.3.	Résultats	p.82
6.2.4.	Problèmes rencontrés dans le recrutement des cas exposés	p.87
7.	ENQUETE SUR LES PATIENTS SAINS	p.89
7.1.	<u>Méthode</u>	p.89

- 7.2. Résultats p.90
 - 7.2.1. Répartition des sexes p.90
 - 7.2.2. Répartition des questionnés par tranche d'âge p.91
 - 7.2.3. Disponibilités des patients sondés p.92
 - 7.2.4. Niveau d'implication des patients sondés p.94
 - 7.2.5. A propos du secret médical p.94
 - 7.2.6. Sentiment discriminatoire des patients sondés p.96
 - 7.2.7. Avis sur la réorientation due à un statut V.I.H.+ p.99
 - 7.2.8. Avis sur les causes d'un refus de soin p.101
 - 7.2.9. Centre de soins habituel des patients sondés p.103
- 7.3. Discussions de l'étude p.104
 - 7.3.1. Concernant la population étudiée p.104
 - 7.3.2. Niveau d'implication des patients sondés p.104
 - 7.3.3. Statistique croisée p.105
 - 7.3.4. Confiance dans le secret médical p.107
 - 7.3.5. Concernant la réorientation des patients V.I.H.+ p.108
 - 7.3.6. Les raisons d'un refus de soin. P.109

8. DISCUSSION GENERALE p.110

- 8.1. Les idées reçues des patients sains concernant les éventuels refus des praticiens vis-à-vis des patients V.I.H.+ p.110
 - 8.1.1. Le respect des honoraires p.110
 - 8.1.2. L'évitement par convenance du praticien p.111
 - 8.1.3. Les moyens techniques p.111
 - 8.1.4. La peur de la réaction de la patientèle p.112
 - 8.1.5. L'incompétence personnelle p.112
- 8.2. La relation thérapeutique avec le patient séropositif au VIH p.113
 - 8.2.1. Le rôle de l'anamnèse p.113
 - 8.2.2. Prévention des risques spécifiques aux patients séropositifsp.113
- 8.3. Les risques de transmission virale p.115
 - 8.3.1. Risque de transmission virale patient-soignant p.115
 - 8.3.2. Risque de contamination inter-patient p.116
 - 8.3.3. Risque de transmission virale soignant-patient p.117
- 8.4. Rappels des précautions universelles p.117
 - 8.4.1. Rappel des précautions « standard » p.118
 - 8.4.2. Les précautions standard appliquées à l'odontologie p.119
 - 8.4.3. Organisation type d'une séance de soins p.120

9. CONCLUSION p.125

10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES p.127

11. TABLE DES MATIERES p.131

AUQUE Jérémie – Enquête sur les discriminations au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H.

Nancy 2010 : 133 pages : 18 ill.

Th. : Chir-Dent : NANCY I 2010

Mots clés : Discrimination

S.I.D.A.

V.I.H.

Enquête

AUQUE Jérémie - Enquête sur les discriminations au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H.

Th. : Chir-Dent : NANCY I 2010

La France compte environ cent cinquante mille personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.). Les mécanismes d'action du virus et les différents moyens de contrer la progression de la maladie sont aujourd'hui bien connus tant au niveau microscopique que macroscopique. Cependant, bon nombre de patients séropositifs au V.I.H. se plaignent de comportements discriminatoires à leur égard, dans le domaine social mais aussi dans le domaine médical, les chirurgiens-dentistes étant les plus fréquemment cités. Or, la déontologie et les différents dispositifs légaux de notre pays sanctionnent les comportements stigmatisants envers les patients V.I.H.+. Dans certains cas, les motifs de refus peuvent paraître justifiés, mais la plupart des raisons invoquées ne semblent pas fondées. La connaissance de la maladie et de ses patients, la maîtrise des procédures d'asepsie et le respect des précautions « standard » d'hygiène sont autant de barrières étanches qui permettent d'écarter tout risque de contamination, et donc de prévenir les comportements discriminatoires.

JURY :

Président : Monsieur J-P LOUIS

Professeur des Universités

Juge : Monsieur J. PENAUD

Maître de Conférences des Universités

Juge : Monsieur M. WEISSENBACH

Maître de Conférences des Universités

Juge : Monsieur P. CUNY

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom et adresse de l'auteur :

Jérémie AUQUE
7, rue de Cronstadt
54000 NANCY



Jury : Président : JP LOUIS – Professeur des Universités
Juges : J. PENAUD – Maître de Conférence des Universités
M. WEISSENBAACH – Maître de Conférence des Universités
P. CUNY – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Monsieur AUQUE Jérémie, Hubert, Roger

né(e) à: NANCY (Meurthe-et-Moselle)

le 21 novembre 1981

et ayant pour titre : « **Enquête sur les discriminations au cabinet dentaire des patients séropositifs au V.I.H.** »

Le Président du jury,

JP. LOUIS

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie



Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3203

NANCY, le 18.02.2010.

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

Pour le Président
et par Délégation,
La Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire,

J-P. FINANCE

C. CARDEVILLE-ATKINSON