

Du concept universel à la pratique quotidienne

Yvan BISMUTH*, Roger MOATTY*

La réflexion que la commission de l'exercice professionnel vous propose ce soir s'inscrit dans la démarche initiée par notre ami le professeur Roger Diévert, président de notre commission.

Il a toujours associé aux travaux des membres de notre compagnie de jeunes et brillants praticiens, travailleurs, efficaces et dévoués.

Ils nous apportent leur vision du projet de l'exercice futur.

Voici quelques années, Roger Diévert m'a fait l'honneur de me confier la coprésidence de cette commission. Retenu par des obligations, il ne peut être avec nous ce soir. Qu'il se rassure, tous adhèrent à sa philosophie avec enthousiasme et modestie.

Les travaux que nous vous présentons sont le fruit du travail de tous ; certains de ces travaux sont finalisés par un groupe restreint qui apporte sa compétence et son expertise.

Ainsi Yvan Bismuth, par ses engagements au sein de la SOP et son travail au CNFCO nous soutient par un regard compétent, critique et très chaleureux. Son travail constant au sein de ce groupe apporte l'éclairage de l'expertise d'un omnipraticien rompu aux problèmes de formation continue et de l'analyse scientifique.

Roland Zeitoun, président de la SFHOS, apporte, comme toujours, son expertise en matière d'hygiène lors des travaux de la Commission.

Ce soir, nous souhaitons être le vecteur de réflexions communes en vous proposant d'aborder un problème qui, s'il a déjà préoccupé les professions médicales, prend aujourd'hui une acuité particulière dans le cadre de la mutation de notre société et, bien sûr, de notre profession. Nous allons nous interroger sur le passage du concept universel à la pratique quotidienne dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité en odontostomatologie. C'est un exercice délicat certes, mais il caractérise notre commission, qui tente de passer des données scientifiques les plus élaborées à l'application quotidienne par tous dans un possible raisonnable.

Le premier de tous les principes, "d'abord ne pas nuire", a depuis toujours animé la réflexion médicale.

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

Nous parlons de "précautions universelles" en suivant le chemin ouvert par les CDC (*Centers of Diseases Control*). C'est la dénomination "précautions standard" qui est désormais retenue. *Ces précautions standard en matière d'hygiène sont applicables par tous et pour tous les patients*. L'ensemble de nos instances professionnelles les diffusent depuis de nombreuses années.

Notre société est en mutation rapide. Notre société a peur.

Deux précieux outils sont là pour rassurer et limiter les risques : **le principe de précaution et la traçabilité**. Les citoyens "consommateurs" souhaitent pouvoir choisir pour mieux se protéger, donc être mieux informés. Cependant, pousser à l'extrême, pour rassurer ou pour maîtriser par la peur, peut conduire le fantasme à dominer la réalité possible. Cette démarche extrême, sans aucun bénéfice pour la santé publique, peut générer des contraintes ingérables qui peuvent tout paralyser.

Il est question d'inscrire le "principe de précaution" dans la Constitution.

Jean Cyril Spineta, président d'Air France, se demande si dans de telles conditions l'aéronautique aurait pu naître. Le professeur Tubiana, ancien président de l'Académie nationale de médecine, pense que, si le principe de précaution avait été inscrit dans la Constitution, Pasteur n'aurait jamais été en mesure de découvrir les vaccins. Et dans le domaine médical la liste est longue.

Pour beaucoup d'experts la stricte application du principe de précaution serait incompatible avec la recherche. Les hépatologues du CHU de Toulouse se sont interrogés sur l'opportunité et la nécessité d'introduire et de généraliser le dépistage génomique dans le cadre du risque de transmission transfusionnelle des virus des hépatites.

C'est toute la problématique de l'application jusqu'à l'extrême du principe de précaution. À ce sujet la réponse de madame Roudot-Thoraval est intéressante car elle pose le problème en terme de gestion du risque dans la mesure où, grâce aux stratégies déjà appliquées, le nombre de transmissions s'est réduit à quatre ou cinq par an.

Le dépistage génomique systématique ne semble pas raisonnable en terme "coût/efficacité". *Bien qu'ayant été envisagé, il ne sera pas retenu.*

Nous savons que le risque zéro n'existe pas.

Dans la transposition de ces réflexions à la sphère de l'odontostomatologie, la problématique est voisine. Les chirurgiens orthopédistes souhaitent bien sûr limiter les échecs pour les patients devant bénéficier de prothèses ostéo-articulaires. Pour supprimer le risque d'infection d'origine buccodentaire, ils demandent parfois l'éradication *de tout foyer patent mais aussi latent !*

Ceci impose de définir la notion de potentialité infectieuse, d'évaluer et de relativiser ce risque en orthopédie. Tout comme pour la conférence de consensus pour la

prévention du risque de l'endocardite ; et ceci afin de ne pas sombrer dans une stratégie d'édentation systématique dévastatrice et inutile.

Notre commission travaille sur ce sujet sous la direction du professeur Yves Com-missionat avec les chirurgiens orthopédistes.

Dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité sanitaire, les évaluations scientifiques du risque contaminant en pratique de ville semblent difficiles à réaliser.

Faut-il les programmer, comment et qui pourra conduire ces évaluations, sur quels patients ? Est-ce possible ?

Tous les acteurs de notre art, l'ANCD, l'ADF, le CNO et la SFHOS, ont mis en route des **démarches réfléchies, applicables et incitatives** pour l'application des précautions universelles.

Le docteur Sylvie Renard-Dubois vous a présenté son projet. Projet pour lequel elle consulte en permanence l'ensemble de notre profession.

Notre société change :

- en 1998 nous vous proposons nos réflexions en matière d'hygiène et de stérilisation ;
- en 2001 nous vous parlions ici même, de notre exercice dans une société en mutation ;
- le 26 avril 2004, au cours de la séance au Sénat, très brillamment, David Jacotot situait le praticien dans les conditions d'exercice actuelles.

Nous retiendrons de sa conférence ses idées sur la mutation de notre société, mutation comme une mort annoncée de l'exercice libéral.

Nous voici devenus des "professionnels de santé", *des techniciens que l'on oublie, le résultat seul est apprécié.*

Aux yeux des patients, devenus "consommateurs", l'homme de l'art a disparu. Rien ne vient le remplacer ! Le consommateur devient très exigeant en termes de santé. Alors que les caisses sont vides, les assureurs s'érigent en "payeurs" et donc veulent tout régenter, réguler, contrôler.

Des instituts privés se proposent déjà pour organiser, moyennant de lourds subsides, la mise en place de stratégies financières pour notre exercice afin de pouvoir faire appliquer ce qu'ils veulent bien retenir des démarches de l'ensemble de notre profession et surtout équilibrer les budgets.

La potion est prête, elle risque d'être fatale.

Il nous faut donc être attentifs et faire en sorte que les précautions standard soient bien connues de tous, acceptées et applicables dans une démarche participative en

actualisant les données scientifiques au cours de la formation initiale et ensuite par la formation continue.

Mais il y a des contraintes et cela a un coût.

Il faudra aussi tenter d'évaluer les risques. Est-ce possible ?

Roland Zeitoun vous proposera une rétrospective nécessaire. Puis il montrera ce qu'il est possible de faire.

Par vos réflexions, vos questions, nous analyserons ce qu'il est raisonnable d'obtenir, d'attendre, voire d'exiger, dans tous les cabinets de ville, "*n'importe quel cabinet ?*"

Roland ZEITOUN*

L'étude des infections liées aux soins (ILS) est difficile à réaliser en chirurgie dentaire. En 1986, un article (MMWR – 35, 237-242) avait la conclusion suivante : "*quantifiable risks to dental personal and patients require further researchs. No documentation...*". La prévalence et les incidences des ILS réalisés en odontologie ne sont toujours pas connus précisément.

L'analogie avec les infections nosocomiales de certaines disciplines médicales peut être évoquée (stomatologie : 4,1 % – chirurgies plastiques : 2,9 % en 2000). Toutefois, la similitude des risques ne peut être envisagée en chirurgie dentaire où, bien que les actes soient souvent sanglants, l'activité purement chirurgicale n'intervient que pour une faible part.

Si des transmissions d'agents infectieux de praticien à patients sont prouvées, en particulier pour l'hépatite B avant 1985, c'est la contamination du personnel soignant qui est mieux documentée (VIH : 9 cas supposés au États Unis, 2 cas en France ; taux d'anticorps plus élevé chez les chirurgiens dentistes que dans la population générale).

De multiples questions se posent donc sur le risque de transmission des ILS au cabinet dentaire :

- quels risques dans une rupture d'asepsie en soins ou en prothèse ?
- les soins sont-ils possibles sans rupture d'asepsie ?
- quelle est l'évaluation des risques en pratique dentaire ?
- le seraient-ils sans un coût ingérable ?
- et le seraient-ils alors dans tous les cabinets ?

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

Les soins dentaires nécessitent l'utilisation de moyens techniques nombreux et variés. Cependant, l'aire de travail et l'espace environnant seraient particulièrement contaminés si la gestuelle du praticien et de l'assistante n'était pas rigoureusement codifiée.

Une expérience consistant à imprégner l'extrémité des doigts d'un colorant rouge et à simuler une extraction complexe (avec lambeau, ostéotomie, suture) est présentée. Les différents contacts manuels lors d'une taille de couronne et l'exécution d'une dent provisoire ont été filmés, les contacts relevés et également reproduits en rouge.

L'environnement apparaît alors extrêmement coloré de rouge et particulièrement : les surfaces et poignées de tiroirs, les surfaces de travail, les instruments dynamiques, la seringue air-eau et leurs supports, la poignée de scialytique, parfois le masque, les lunettes et le visage du praticien.

Différentes questions se posent :

- l'hygiène est-elle possible sans assistante ?
- quelle assurance-qualité peut-on réaliser sans secrétaire, et sans instrumentiste ?
- quel est le coût du personnel ?
- est-il supportable par tous les cabinets dentaires ?

Les précautions standard sont présentées dans le cadre du protocole de remise en état du lieu d'exercice. Entre deux patients :

le praticien

- isole les déchets
- se lave les mains

l'assistante (ou le praticien si celui-ce exerce sans assistante)

- enlève les déchets contaminés
- enlève les déchets assimilables aux ordures ménagères
- nettoie et désinfecte les empreintes
- fait couler l'eau des canalisations
- enlève le plateau à instruments
- place les fraises dans un récipient spécifique
- immerge les instruments dans le bac de prédésinfection
- nettoie-désinfecte les surfaces
- nettoie-désinfecte les instruments rotatifs
- désinfecte les tuyaux d'aspiration après chirurgie
- jette les instruments coupants, piquants, tranchants, en utilisant un moyen évitant tout risque d'AES, dans le bac à OPCT
- place un plateau et une serviette pour le nouveau patient.

Une étude réalisée sur 280 cas établit ce temps de nettoyage-désinfection de l'espace de soins à 6,24 minutes.

Différentes questions se posent également :

- faut-il deux espaces de soins par praticien ?
- quel est le temps pour la stérilisation efficace, la formation, la démarche qualité ?
- quel coût cela engendre-t-il ?
- est-il supportable par tous les cabinets ?

La pratique d'une hygiène rigoureuse, répondant aux standards et aux derniers acquis de la science, suppose un coût.

L'étude suivante prend en compte le coût du matériel d'hygiène, les amortissements ainsi que le coût humain.

Le protocole

Ce protocole intègre tous les moyens d'hygiène actuellement disponibles. Il est établi sur

- 15 patients soignés par jour
- l'utilisation de tous les moyens actuels d'hygiène
- les produits correspondent aux normes en vigueur
- le prix des solutions est évalué "prêt à l'emploi"
- le prix des items est déterminé à partir de cinq catalogues
- trois prix sont présentés : le prix le plus bas, moyen et le plus élevé.

Une étude réalisée en 2000 révèle que des frais moyens s'élèvent à 97 800 €. Actualisés pour un plateau technique adapté, ils sont de 125 000 € par an (le rapport de l'année 2002 de l'association de gestion agréée des professions de santé donne un coût de frais moyen de 128 000 €).

Le coût horaire de l'assistante, à raison de 39 heures par semaine, dont 4 heures supplémentaires, et 220 jours par an, est évalué à 17,80 €.

Le coût horaire du cabinet, à raison de 39 heures par semaine, est évalué à 72,96 €.

Coût du consommable

Le prix est établi par patient.

Aiguille endodontique	0,03	0,20	0,36
Aiguille d'anesthésie	0,05	0,07	0,10
Aspiration filtre	0,06	0,06	0,06
Bains de bouche	0,02	0,02	0,02
Canule d'aspiration	0,02	0,03	0,04
Conteneur OPCT	0,01	0,03	0,08

Contre-angle endo	0,27	0,27	0,27
Cotons salivaires	0,05	0,05	0,05
Déchets	0,03	0,07	0,11
Prédesinfectant	0,03	0,06	0,11
Détergent sol et surfaces	0,02	0,02	0,02
Désinfectant surface	0,14	0,22	0,42
Désinfection finale	0,01	0,02	0,07
Désinfection tuyaux aspi.	0,09	0,10	0,11
Digue	0,16	0,22	0,34
Eau (assainissement)	0,09	0,09	0,10
Eau déminéralisée	0,01	0,01	0,01
Embout seringue AE	0,18	0,22	0,28
Essuie mains UU	0,11	0,18	0,32
Formation continue	0,27	0,27	0,27
Gants de soins	0,15	0,20	0,31
Gants chirurgie	0,06	0,08	0,12
Gobelets	0,02	0,02	0,02
Lingettes	0,25	0,30	0,33
Masques	0,19	0,33	0,55
Barrières de protection :			
Capteur RVG	0,02	0,02	0,02
Fauteuil	0,23	0,24	0,24
Instruments dynamiques	0,06	0,06	0,06
Scialytique	0,05	0,06	0,08
Seringue à eau	0,06	0,13	0,18
Surgants	0,03	0,03	0,04
Têteière	0,10	0,19	0,36
Radio	0,06	0,06	0,06
Tuyau d'aspiration	0,03	0,11	0,18
Sachet de sté. individuel	0,03	0,04	0,06
Sachet de sté. plateaux	0,09	0,11	0,17
Sachet de sté. cassettes	0,05	0,06	0,06
Savon doux	0,04	0,08	0,13
Savon antiseptique	0,01	0,08	0,13
Solution hydro-alcoolique	0,04	0,07	0,08
Test : indicateur classe 6	0,07	0,08	0,09
Test Bowie Dick	0,35	0,51	0,63
Solution ultrason	0,13	0,91	2,28
Tenue	0,40	0,40	0,40
TOTAL	4,35	6,75	10,87
Matériel amortissable			
Assainisseur d'eau	0,07	0,08	0,09
Automate IR	0,27	0,38	0,55

Inst. rotatifs (surcoût)	0,13	0,13	0,13
Cassettes (30)	0,13	0,17	0,22
Machine de nettoyage	0,03	0,28	0,55
Soudeuse	0,03	0,05	0,07
Séparateur d'amalgame	0,05	0,07	0,09
Stérilisateur	0,36	0,45	0,55
Tenue (10 ensembles)	0,11	0,11	0,11
TOTAL	1,34	1,86	2,44
Service après vente	0,24	0,34	0,46

Coût assistante

Procédures de stérilisation + traçabilité =	1h 54
Temps par patient	8 mn
Coût par patient	2,34 €

Remise en condition de l'espace de soins

Nettoyage et désinfection après traitement	6,24 mn
Coût par patient	6,08 €

Résultats

Coût de l'hygiène à raison de 15 patients par jour

Produits	4,33	6,75	10,88
Amortissement	1,34	1,86	2,44
AV	0,24	0,34	0,46
Coût assistante	2,41	2,41	2,41
Temps cabinet	6,08	6,08	6,08
Coût par patient	14,40	17,44	22,27
Coût par jour	216	261	334
Coût par mois	3 960	4 800	6 100
Coût par an	47 500	57 500	73 500

Variation du coût de l'hygiène par an, en fonction de 7 – 15 – 25 patients traités par jour

7 P/J	22 000	27 000	35 000
15 P/J	47 000	57 000	74 000
25 P/J	77 000	89 000	119 000

Incidence du coût de l'hygiène sur les bénéfices des praticiens (disparité des moyens)

8 % ont un bénéfice inférieur à	1 240 €/mois
17 % ont un bénéfice inférieur à	2 280 €/mois
46 % ont un bénéfice inférieur à	4 550 €/mois
12 % ont un bénéfice supérieur à	11 400 €/mois

Coût de l'hygiène par mois : 3 900 4 750 6 150

Le coût mensuel d'une hygiène rigoureuse étant de 4 750 € en moyenne, il apparaît que 25 % des praticiens ne peuvent assurer une telle hygiène et que 46 % devront bien gérer ce poste pour ne pas être en déficit.

Des questions se posent encore :

- l'hygiène serait-elle réservée à quelques cabinets ?
- comment envisager la pratique de l'hygiène avec ce surcoût ingérable ?
- la même hygiène doit-elle se pratiquer pour tous les actes ?
- quelle est la hiérarchisation des actes à risques en chirurgie dentaire ?
- en l'absence d'études ou de détermination sur l'évaluation des risques : incitation ou obligation ?