

Maîtrise du risque infectieux au cabinet dentaire : le particularisme de la Bourgogne et son retentissement national

M. Lebouvier, O. Deydier

Agence régionale de santé de Bourgogne, Dijon

✉ **Morgane Lebouvier** - Direction de la santé publique – ARS de Bourgogne - 2, place des Savoirs - BP 1535 - 21035 Dijon cedex
E-mail : ars-bourgogne-dsp-pharmacie@ars.sante.fr

Les infections associées aux soins sont un enjeu majeur de santé publique qui intéresse les établissements de santé mais aussi les cabinets libéraux. Ainsi, en 2004, sous l'égide du ministère chargé de la Santé est paru le *Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé* [1], actualisé en mars 2006. Ce guide invite l'ensemble des professionnels de santé à entrer dans une démarche d'amélioration de la qualité des

pratiques, pour prévenir et réduire les risques infectieux dans la double perspective d'améliorer la sécurité des patients et des soignants. S'inscrivant dans la continuité de ce guide, la deuxième édition du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » [2] est publiée en juillet 2006. L'activité des chirurgiens-dentistes est particulièrement concernée par les risques de contamination croisée. La cavité buccale héberge en effet de nombreux agents

RÉSUMÉ

Les infections associées aux soins sont un enjeu majeur de santé publique. L'activité des chirurgiens-dentistes est particulièrement concernée par ces risques. Ainsi, un groupe de travail associant l'État, les syndicats de la profession et l'Ordre est créé en 2004. Son objectif est de renforcer la sécurité des patients et des soignants en s'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques permettant la prévention du risque infectieux. La première étape consiste à réaliser une enquête des pratiques et permet d'initier toute la démarche. Cinq thèmes critiques émergent et font l'objet de rédaction de fiches outils destinées à être des supports dans la pratique quotidienne des praticiens. En 2006, le « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » est imprimé et diffusé à l'ensemble des professionnels afin de leur faciliter l'accès aux recommandations. Enfin, en 2008, un dispositif d'aide personnalisée à la maîtrise du risque infectieux au cabinet dentaire est instauré. Il propose une aide technique ayant pour seul but l'amélioration des pratiques. Cette démarche, initiée à la demande des professionnels, s'effectue en dehors de tout cadre de contrôle. L'impact de ces actions n'est pas encore mesuré. Cependant, la démarche novatrice et unique en France commence à faire des émules.

MOTS-CLÉS

Contrôle de l'infection dentaire – Odontologie – Chirurgiens-Dentistes.

ABSTRACT

Infectious risk in dental surgeries: the Burgundy approach and its influence in France

Infection associated with healthcare is a major concern in public health. Dental surgeons are particularly concerned by these risks. A working group with members of the state, dentistry unions and the National Order of dental surgeons was set up in 2004. Its objective was to improve the safety of patients and nursing staff by improving the quality of the practices to prevent the risk of infection. The first stage was to carry out a survey of practices and set up the procedure. Five critical themes emerged: information about them was drawn up to provide guidelines for daily dentistry practice. In 2006, the «Guide to the prevention of infection related to dentistry and stomatology» was produced and distributed to professionals to inform them of the recommendations. In 2008, a personalized help system was set up to control the risk of infection in dental surgeries. It provided technical advice to improve practices. This approach, introduced at the request of the professionals, was not subject to any outside control. The impact of these actions has not been measured. However, other areas have begun to emulate this innovative approach which is unique in France.

KEY-WORDS

Control of Dental Infection – Dentistry – Dental Surgeons.

pathogènes bactériens ou viraux. Ainsi, dans un milieu naturellement septique, les soins buccaux, souvent invasifs et sanglants, utilisent un matériel complexe réutilisable.

Dans ce contexte, l'ex-direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Bourgogne, devenue aujourd'hui agence régionale de santé (ARS), constitué de pharmaciens inspecteurs de santé publique principalement, a souhaité mobiliser les professionnels chirurgiens-dentistes à travers une démarche participative innovante, unique en France et originale par son partenariat avec l'Ordre et les syndicats représentant la profession, en privilégiant une action à visée pédagogique. Un groupe piloté par l'ARS associant les syndicats et l'Ordre est alors constitué en 2004. Son objectif premier est de renforcer la sécurité des patients et des soignants par l'impulsion d'une démarche d'amélioration de la qualité de leurs pratiques permettant la prévention du risque infectieux.

Population, matériel et méthodes

Pour répondre au mieux aux difficultés et aux attentes des professionnels sur le thème du risque infectieux, une enquête préalable concernant leurs pratiques est menée en 2005. Cette étude est réalisée à l'aide d'un question-

naire d'auto-évaluation à visée pédagogique adressé à l'ensemble des 820 chirurgiens-dentistes libéraux de la région, inscrits à l'Ordre et en exercice (**Tableau I**). L'analyse du questionnaire est sous-traitée auprès de l'Observatoire régional de la santé (ORS). Les données sont traitées de façon anonyme. Une seule relance écrite est faite. Le questionnaire est conçu par un comité de pilotage composé des représentants de l'ARS, du conseil de l'Ordre et des syndicats des chirurgiens-dentistes. Il s'appuie sur un questionnaire élaboré à partir d'une enquête réalisée par le centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) sud-ouest en 2004 dans le département de la Gironde [3,4]. Le traitement du questionnaire et l'analyse des données permettent alors d'initier toute la démarche qui vise à répondre efficacement aux différents problèmes soulevés.

Résultats

Résultats du questionnaire d'auto-évaluation [5]

Huit cent vingt chirurgiens-dentistes ont reçu le questionnaire par voie de courrier, suivi d'une seule relance. Le taux de réponse régional est élevé puisque celui-ci atteint plus de 67 % (553 questionnaires retournés), ce

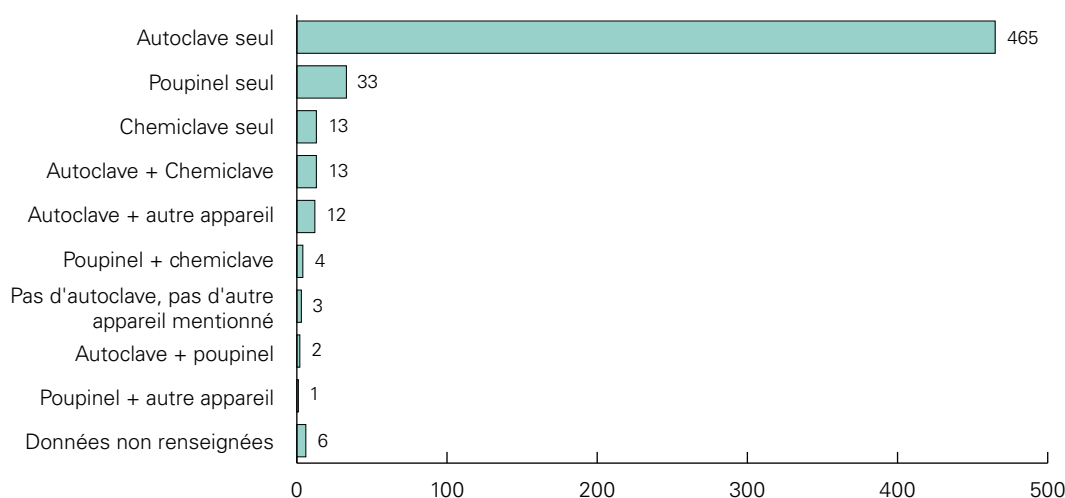
Tableau I - Calendrier de l'action menée.

Date	Action
Mars-avril 2005	Organisation de l'étude, validation des modalités d'interrogation avec le comité de pilotage
Avril-mai 2005	Envoi des documents d'enquête et relance
4 ^e trimestre 2005	Réunions départementales, envoi des synthèses aux chirurgiens-dentistes libéraux, conception de l'outil pédagogique
2006	Impression, diffusion de l'outil pédagogique et lancement des sessions de formation
Automne 2006	Impression du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie » (2)
2007	Réalisation de cinq fiches outils sur le risque infectieux au cabinet dentaire
2008-2009	Mise en place du dispositif d'aide personnalisée
Fin 2010	Bilan du dispositif d'aide personnalisée

Tableau II - Principaux résultats du questionnaire d'auto-évaluation.

Taux de réponse régional	67 % (553/820)
Perception du risque infectieux comme très important ou important	73,3 %
Port systématique du masque	75,9 %
Désinfection de l'opercule de la cartouche d'anesthésie	31,5 %
Purge des cordons des porte-instruments rotatifs après chaque patient	40 %
Système de traitement de l'eau de l'unité	70 %
Utilisation d'un autoclave à vapeur d'eau	89 %
Attente d'information en matière de gestion du risque infectieux par les chirurgiens-dentistes	41,2 %
Attente de formation en matière de gestion du risque infectieux par les chirurgiens-dentistes	24,6 %

qui montre l'intérêt des professionnels pour la maîtrise du risque infectieux (**Tableau II**). Parmi l'ensemble des 34 questions qui composent cette enquête, certaines réponses retiennent plus particulièrement l'attention. Ainsi, parmi les 67 % de répondants, près de 75 % des praticiens perçoivent le risque d'infection nosocomiale comme très important ou important dans leur pratique. Cependant, 25 % des praticiens ne portent pas systématiquement de masque. Près de 30 % des praticiens pratiquent une désinfection de l'opercule de la cartouche d'anesthésie avant utilisation. Et 40 % des praticiens déclarent réaliser une purge des cordons des porte-instruments rotatifs (PIR) utilisés après chaque patient. Aussi, 70 % des chirurgiens-dentistes déclarent avoir un système de traitement de l'eau de leur unité. Enfin, 89 % des praticiens déclarent utiliser un autoclave à vapeur d'eau. Parmi eux, 75,8 % affirment qu'il s'agit d'un auto-

Figure 1 - Type d'appareils utilisés pour la stérilisation (n = 552).

clave à cycle B alors que 7,7 % disent que leur appareil n'a pas cette caractéristique, et que 16,5 % ne savent pas répondre. Enfin, 65 % des chirurgiens-dentistes ont fourni le nom du ou des appareils de stérilisation utilisés, ce qui représente 194 intitulés différents qui ont été examinés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Parmi eux, beaucoup de libellés correspondent à des noms de fabricants ou de distributeurs et seulement certains ont pu être identifiés comme étant ou non des petits stérilisateur à vapeur d'eau (PSVE : volume de la chambre $\leq$ 60 litres). Parmi les praticiens qui n'utilisent pas d'autoclave à vapeur d'eau, 3,1 % d'entre eux utilisent un stérilisateur de type Chemiclave et 6,9 % de type Poupinel, recourant ainsi à un dispositif de stérilisation par la chaleur sèche (**Figure 1**). Le bon déroulement de la stérilisation, au minimum durée et température du plateau de stérilisation, serait vérifié après chaque cycle pour 87,5 % des professionnels. Quand il est vérifié, il serait tracé une fois sur deux.

Au total, plus de 40 % des praticiens déclarent avoir besoin d'information en matière de gestion du risque infectieux et 25 % de formation. Dans leur majorité, les praticiens souhaitent de l'information sur les référentiels de bonnes pratiques, des listes de produits aux normes, les protocoles pour chaque type d'acte ou de geste, de manière précise et complète. Ils demandent une information théorique et pratique, une information « réaliste de pratique courante ». Ils attendent des informations « claires », à afficher, des tableaux récapitulatifs...

Plus globalement, les professionnels sont en attente d'informations pratiques et de formations en matière de gestion du risque infectieux. Les supports souhaités pour cette information sont variés avec cependant une nette préférence pour l'écrit.

Cette première étape permet ainsi de cerner les difficultés de ces professionnels, leurs attentes sur le thème du

risque infectieux et la mise en œuvre d'une aide adaptée. Cela permet dès lors au comité de pilotage régional de commencer à travailler à des propositions d'actions.

Réunions de restitution des résultats et de formation

Les actions débutent tout d'abord par des réunions de restitution des résultats qui sont en outre l'occasion de réaliser une formation sur le thème « Évaluation du risque infectieux et sa maîtrise au cabinet dentaire ». D'une durée d'une demi-journée, celles-ci ont lieu au cours du premier semestre 2006 et sont organisées dans chacun des quatre départements de la région par l'ORS avec la participation de l'ARS et du Dr Perrin, chef du service d'odontologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon, référent du domaine. Au total, 220 participants dont 79 assistantes dentaires (soit 17,2 % des chirurgiens-dentistes de la région Bourgogne) se sont rendus à ces formations. Ce fut l'occasion de nombreux échanges avec et entre les professionnels sur les diverses améliorations des pratiques à mettre en œuvre, qui ont fait ressortir le manque de temps pour aller chercher les informations utiles et le besoin constant de disposer d'outils pratiques, rapidement et facilement utilisables au cabinet dentaire.

Impression du Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie

À l'automne 2006, afin de faciliter l'accès de tous les chirurgiens-dentistes aux recommandations dans le domaine infectieux, l'ARS imprime le *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* [2], mis en ligne en juillet 2006 par le ministère chargé de la Santé (deuxième édition). Peu de

Figure 2 - Fiches outils sur la thématique du risque infectieux au cabinet dentaire.



professionnels libéraux vont en effet naturellement télécharger et imprimer ce guide. Ainsi, cette édition papier est réalisée dans un format colorisé demi A4, facilement maniable, et il est adressée à tous les praticiens de la région par les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Réalisation de cinq fiches outils

À partir des réunions départementales de formation, cinq thèmes critiques concernant le risque infectieux ont émergé et ont été validés par le groupe de pilotage. Ces thématiques sont le risque infectieux au cabinet dentaire, la désinfection des mains par friction hydro-alcoolique, l'acquisition d'un petit stérilisateur à vapeur d'eau, la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang et les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Ces cinq points ont donc fait l'objet de l'élaboration de fiches outils destinées à être des supports dans la pratique quotidienne des praticiens (**Figure 2**). Pour leur conception, l'ARS a fait appel à un infographiste. D'un format A4, plastifiées et imprimées uniquement en recto, elles trouvent aisément leur place à l'affichage dans les cabinets dentaires. L'ARS a pris à sa charge la conception et l'impression des documents, les quatre conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes se chargeant de l'envoi à l'ensemble des chirurgiens-dentistes de la région. Ces fiches sont aussi accessibles sur le site internet de l'ARS de Bourgogne [6]. Elles sont par ailleurs largement diffusées par l'ARS au niveau régional mais aussi national (Ordre national des chirurgiens-dentistes, confédération nationale des syndicats dentaires, Direction générale de la Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'AFSSAPS, la Haute Autorité de santé, l'Inspection générale des affaires sociales, le CCLIN est, l'ensemble des ARS...). L'intérêt de ces fiches a été reconnu par le ministère chargé de la Santé qui les a reprises en 2009 pour les actualiser et les adresser à tous les chirurgiens-dentistes libéraux de France [7].

Mise en place du dispositif d'aide personnalisée

En 2008, le comité de pilotage met en place un dispositif d'aide personnalisée à la maîtrise du risque infectieux au cabinet dentaire. Il s'agit de proposer une aide technique et gratuite dans le seul but d'une amélioration des pratiques, basée sur le volontariat. Ce dispositif est actuellement déployé uniquement dans le département de Côte-d'Or pour la réalisation d'une phase test. Cette démarche, initiée à la demande des professionnels, est toujours en cours à ce jour. Unique en France, cette action s'effectue en dehors de tout cadre de contrôle, l'ARS n'intervenant pas dans les missions. Un outil destiné à la réalisation des visites d'aide personnalisée est rédigé par les pharmaciens inspecteurs de santé publique en concertation avec un professionnel référent. Il s'agit d'un référentiel contenant plus d'une cinquantaine de critères, élaboré à partir du guide publié en 2006 et du code de la santé publique.

Six grandes thématiques sont abordées : l'hygiène et la protection du personnel, les locaux, l'asepsie et l'antisepsie, les équipements, le traitement des dispositifs médicaux et enfin, le traitement des matériaux d'empreinte et des prothèses. L'outil d'aide à la maîtrise du risque infectieux, présenté sous forme de grille, a pour but de balayer les exigences du *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* [2]. Il a été validé par le comité de pilotage régional. L'utilisation de la grille permet un examen méthodique et reproductible de l'organisation et des équipements du cabinet dentaire. Ce document sert actuellement de base au ministère chargé de la Santé pour l'élaboration d'une procédure nationale harmonisée d'inspection des cabinets dentaires avec la détermination de niveaux de criticité.

Un appel à candidature auprès des chirurgiens-dentistes en exercice a permis le recrutement de six volontaires, nommés « personnes conseil », pour être formés et assurer en binôme avec le chef de service d'odontologie du CHU de Dijon les visites d'aide personnalisée. L'ARS a financé une formation à la méthodologie de l'audit par un prestataire externe (APAVE santé) avec mise en situation dans le service d'odontologie du CHU. En outre, une formation sur la thématique du risque infectieux a été dispensée aux six « personnes conseil » conjointement par les chefs de services d'odontologie et d'hygiène du CHU de Dijon. L'Ordre a ensuite envoyé une lettre d'information à tous les chirurgiens-dentistes de Côte-d'Or pour leur expliquer la mise en place de ce dispositif et la possibilité d'y recourir sur la base du volontariat. Huit pour cent (soit 22 chirurgiens-dentistes) y ont apporté une réponse favorable. Parmi eux, 19 candidats ont été retenus. Trois postulants exerçant dans un centre dentaire mutualiste ont été exclus du dispositif étant donné leur statut de salarié qui n'entraîne pas dans le cadre initial de l'expérimentation. Cette démarche, non rémunérée à ce jour, est encore en cours. Elle est fortement chronophage car chaque visite prend en moyenne une demi-journée (déplacement inclus). Celle-ci permet le remplissage de l'ensemble de la grille auquel se rajoute la rédaction du compte rendu. Le bilan de la démarche sera réalisé d'ici fin 2010. Ce dispositif a été présenté au niveau national dans le cadre du groupe de travail « Hygiène et asepsie au cabinet dentaire » piloté par la Direction générale de la santé au ministère chargé de la Santé.

Discussion

L'implication des pharmaciens inspecteurs de santé publique dans la démarche, bien que surprenante à première vue, trouve son explication dans l'expérience de ces derniers en matière de stérilisation, le postulat indispensable étant qu'aucune politique de contrôle ne soit mise en place. Il s'agit d'une coopération entre pharmaciens inspecteurs et professionnels de santé, formalisée par la signature d'une charte, l'objectif étant d'apporter

une aide et un accompagnement en l'absence de tout jugement de valeur et de tout cadre de contrôle. Malgré une réticence marquée au départ pour ce projet, les pré-requis énoncés ci-dessus ont été la clé de la réussite. L'ensemble de la démarche initiée a pour but l'aide à l'amélioration des pratiques dans le cadre de la prévention des infections associées aux soins dans les cabinets dentaires. Les prémices de cette action ont ainsi reposé sur la réalisation d'un état des lieux des pratiques à partir d'un questionnaire d'auto-évaluation. Il se pose alors la question des limites d'une étude déclarative qui donne peut-être une vision optimiste des pratiques réelles... Cependant, il apparaît que cette démarche est à ce jour la seule réalisable en un temps aussi court. En outre, les réponses bien qu'assurément non exhaustives, ont malgré tout fait ressortir la conscience d'un risque d'infection nosocomiale important ou très important dans les pratiques de près de trois-quarts des praticiens interrogés... Il est à préciser que si les guides de recommandations ne sont pas aujourd'hui opposables juridiquement, chaque praticien engage néanmoins sa responsabilité à ne pas appliquer les règles de l'art en la matière, règles sur lesquelles s'appuient les tribunaux en cas de contentieux.

Trois axes prioritaires

Outre la demande de formations et d'informations sur la maîtrise du risque infectieux par les professionnels mise en évidence par cette démarche, trois points majeurs ont pu être mis en exergue grâce à cette action.

LA FORMATION DES ASSISTANTES DENTAIRES

Le premier concerne la formation des assistantes dentaires. Il est en effet apparu que 83,7 % des praticiens bourguignons déclarent employer une assistante dentaire et/ou une aide dentaire. Ce chiffre élevé montre, s'il en est besoin, la nécessité de recourir à une telle collaboratrice. Or, à ce jour, les assistantes dentaires disposent d'une formation payante, dispensée par le biais des organismes professionnels, formation très disparate et « praticien dépendante ». La mise en œuvre correcte des pratiques d'hygiène avec une bonne maîtrise du risque infectieux nécessite la présence d'assistantes dentaires réellement qualifiées, titulaires d'un diplôme reconnu, dispensé par le ministère chargé de la Santé. Une telle initiative contribuerait assurément à une meilleure prévention du risque infectieux ainsi qu'à une sécurisation accrue des patients mais aussi des praticiens. La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a missionné l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2009 afin d'avoir une base solide pour réfléchir aux modalités. En outre, le rapport 2010 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale [8] y est favorable. Les assistantes dentaires devraient donc à terme faire partie de la chaîne du soin et devenir une profession de santé inscrite dans le code de la santé publique.

L'EAU DES UNITS DENTAIRES

Le second point concerne le risque infectieux lié à l'eau des unités dentaires. Le chef du service d'odontologie du CHU, très sensibilisé à cette question, fait régulièrement faire des analyses microbiologiques de l'eau des cabinets dentaires de son service, lesquels sont équipés d'un dispositif de désinfection. Malgré l'application des recommandations du *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* [2], des contaminations régulières de l'eau de ces unités sont observées, laquelle ne respecte donc pas les critères de potabilité. Cela est de nature à conférer de surcroît une fausse sécurité quant à la qualité microbiologique de l'eau de leurs tubulures. Aucune exigence réglementaire ne définit à ce jour clairement la qualité de l'eau des unités employée lors des divers actes dentaires. Une réflexion pourrait ainsi être menée en lien avec les fabricants d'unités dentaires afin d'élaborer un procédé permettant de maîtriser le niveau de contamination de l'eau, contamination génératrice de risque infectieux au cabinet dentaire.

LES CONDITIONNEMENT DES ANESTHÉSQUES

Enfin, le troisième point a trait au conditionnement des anesthésiques utilisés en médecine bucco-dentaire. En effet, la majorité des cartouches d'anesthésie utilisées en odontologie est conditionnée par boîte de 50 ou 100 cartouches qui, à la différence des ampoules injectables, ne comportent pas de capsule destinée à maintenir la stérilité de leur bouchon percutable. Aussi, une fois le conditionnement secondaire ouvert, le bouchon percutable se trouve au contact de l'air ambiant et ainsi potentiellement soumis à des expositions contaminantes, répétées, avant utilisation. Il est donc nécessaire qu'avant chaque utilisation le praticien pratique une désinfection de surface du bouchon avant de prélever avec l'aiguille de sa seringue. Or, cette opération contraignante n'est pas systématiquement effectuée, notamment par manque de conscience du risque infectieux, l'aiguille, la seringue et le liquide anesthésique étant tous trois stériles. Une révision des conditionnements pourrait permettre une meilleure maîtrise de ce risque infectieux.

Ces trois points ont été adressés par voie de courrier auprès du ministre chargé de la Santé pour les deux premiers, ainsi qu'au directeur général de l'AFSSAPS pour le troisième.

Le choix d'un autoclave

Par ailleurs, le constat réalisé quant à la faible proportion d'équipements de stérilisation conformes conduit à sensibiliser chaque professionnel à la nécessité d'utiliser un autoclave respectant les exigences réglementaires. En effet, la stérilisation à la vapeur d'eau est, et doit être, le procédé de référence en chirurgie dentaire et en stomatologie, l'agent stérilisant étant la vapeur d'eau saturée sous pression. Les indispensables pré-requis pour tout appa-

reil sont la présence du marquage CE selon la directive européenne 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux, sa conformité à la norme NF EN 13060 (novembre 2004) et il doit disposer d'un cycle de stérilisation de type B.

La prise en charge des PIR

Cette démarche s'inscrit de surcroît dans une problématique très actuelle. En effet, dans le cadre de la circulaire n°DGS/SDD/DHOS/O2/2006/09 du 10 janvier 2006 sur le programme d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires, des manquements en matière d'hygiène et d'asepsie lors de soins dentaires ont été constatés dans plusieurs établissements en France. Il a en particulier été constaté que les recommandations de stérilisation des PIR entre chaque patient n'étaient pas respectées. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a ainsi été saisi en juillet 2008 d'une demande d'analyse du risque de transmission de virus hématogène (VIH, VHB et VHC) dans ces conditions. En mai 2009, l'InVS publie son rapport [9]. Les premiers résultats montrent que sur une population générale, le risque individuel de contracter une de ces infections est faible. Toutefois, compte tenu du nombre élevé d'actes de chirurgie dentaire réalisés, on estime qu'en France, chaque année, l'absence de stérilisation des PIR après chaque patient pourrait être à l'origine de moins d'une contamination par le VIH, moins de deux pour le VHC et d'environ 200 pour le VHB. Ces résultats découlent des probabilités de contamination des PIR au cours d'un soin, de transmission virale avec un instrument contaminé et de la proportion de sujets réceptifs pour chacun des virus considérés. Sur la base de cette analyse, l'InVS formule ainsi les recommandations suivantes :

- la prévention de la transmission de virus hématogènes à l'occasion des soins dentaires nécessite le strict respect des précautions standard et des bonnes pratiques de stérilisation ;
- la mise en œuvre effective de ces recommandations repose sur le renforcement et l'homogénéité de la formation à l'hygiène, initiale et continue, des professionnels d'odonto-stomatologie (chirurgiens-dentistes et assistants en particulier), associée à des programmes d'évaluation des pratiques et des inspections ;
- afin de renforcer l'adhésion des professionnels aux recommandations existantes, des travaux de recherches doivent être promus pour consolider les recommandations de traitement des instruments utilisés en chirurgie dentaire.

Groupe de travail national : Hygiène et aseptie dentaire

Ces faits soulignent ainsi la nécessité d'améliorer encore l'application des recommandations d'hygiène et d'asepsie dans tous les cabinets dentaires. Dans cette perspective, un groupe de travail national est réuni courant 2008 sous l'égide de la Direction générale de la santé. Les éléments

ayant conduit à sa constitution sont tout d'abord la prévention des infections associées aux soins qui reste une préoccupation importante du ministère chargé de la Santé, qui répond en cela à la demande de qualité et de sécurité des soins exprimée par les usagers du système de santé. Ensuite, il existe de façon objective un risque infectieux en odonto-stomatologie qui se pratique essentiellement au cabinet libéral en France : les soins dentaires comportent de nombreux actes invasifs ; ils nécessitent des instruments réutilisables complexes pour lesquels la pré-désinfection, le nettoyage et la stérilisation sont parfois difficiles à réaliser ; l'apparition d'agents infectieux émergents ou résistants rend la gestion du risque infectieux plus compliquée ; enfin, la vulnérabilité particulière de certains patients vis-à-vis de l'infection (diabète, immunodépression pathologique ou liée à un traitement, etc.) constitue un facteur de risque supplémentaire. En outre, l'actualité rattrape cette problématique puisque les pouvoirs publics, les caisses d'assurance-maladie ou les conseils départementaux de l'Ordre reçoivent régulièrement des signalements de cabinets dentaires (en établissement hospitalier ou en exercice libéral) dont les conditions d'hygiène posent problème. Ainsi, ces derniers mois plusieurs inspections sur le territoire national – notamment en milieu carcéral – ont conduit à des fermetures temporaires de structures de soins jusqu'à ce que des mesures correctives soient prises. Des manquements ont pu aussi être constatés dans des centres de santé dentaire et dans des cabinets d'exercice libéral suite aux plaintes de patients.

Enfin, la rédaction et la diffusion du *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* constituent un point d'appui important pour l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène par les professionnels. Les chirurgiens-dentistes et leurs organisations ont été pleinement associés à l'élaboration de ce guide. En outre, l'enseignement des règles d'hygiène et d'asepsie au cabinet dentaire a été renforcé dans le programme des études odontologiques, et ce sujet a également été inscrit comme prioritaire dans les thèmes de la formation continue, désormais obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes. En dépit des actions conduites dans ce domaine par les pouvoirs publics et les responsables de la profession dentaire, et malgré les progrès constatés, il reste une réelle marge d'amélioration dans la connaissance et surtout dans l'application des recommandations par les professionnels. Lors de la première réunion de ce groupe de travail national, l'ARS de Bourgogne a été sollicitée pour venir exposer son action pilote menée dans la région depuis 2004.

Le dispositif d'aide personnalisé

La dernière action bourguignonne menée à ce jour concerne le dispositif d'aide personnalisée. Les premières visites ont été très encourageantes. Les praticiens rencontrés avaient en effet à cœur de jouer la trans-

parence et de connaître les points à améliorer, montrant ainsi le réel intérêt pédagogique de la démarche. Et il est intéressant d'observer que certains demandeurs de cette aide avaient conscience que leurs pratiques étaient sujettes à amélioration et que malgré cela, ils ont sollicité une visite. L'avenir de l'aide personnalisée reste encore à ce jour à définir. Il s'agit d'un dispositif prometteur, positif pour la profession, qu'il serait souhaitable d'inscrire dans la durée et de dupliquer dans les autres départements de la région. Cependant, la pérennisation du dispositif nécessite l'obtention d'un financement et la création d'une structure support au niveau régional. Celle-ci pourrait peut-être être adossée aux futures unions régionales des professions de santé (URPS) de chirurgiens-dentistes. En tout état de cause, l'ARS a vocation à poursuivre l'impulsion d'une telle politique. De plus, cette démarche d'amélioration des pratiques s'inscrit dans le contexte de la promulgation de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) [10] en juillet 2009 et dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations ministérielles visant à réduire les infections associées aux soins en dehors des établissements de santé. La loi HPST prévoit en particulier le développement professionnel continu de tous les professionnels libéraux. L'évaluation des pratiques professionnelles devient donc obligatoire pour les chirurgiens-dentistes. Le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins (IAS) décline un volet concernant le secteur des soins de ville, dans le cadre du programme régional de prévention des IAS. Les URPS et les fédérations régionales des professionnels de santé libéraux sont ainsi incitées à proposer à destination des professionnels libéraux des actions sur des thèmes prioritaires. ■

Conclusion

L'agence régionale de santé de Bourgogne et les représentants de la profession dentaire accompagnent depuis 2004 les chirurgiens-dentistes libéraux en matière d'hy-

giène et de maîtrise du risque infectieux. *In fine*, l'impact des actions menées n'a pas été mesuré, mais l'écho très positif de cette approche vient du fait qu'elle est constituée d'un accompagnement non coercitif, en lien constant avec les instances représentatives de la profession et qu'elle est novatrice car unique en France à ce jour. La démarche commence aujourd'hui à faire des émules, les professionnels (Ordre et syndicats) s'en saisissant.

Références bibliographiques

- 1- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Actualisation mars 2006. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infect_soins/guide.pdf (page consultée le 10 février 2010).
- 2- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et en stomatologie. Deuxième édition, juillet 2006. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infect_chirdentaire/guide.pdf (page consultée le 10 février 2010).
- 3- <http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/questionnaireodontoV11.pdf>
- 4- http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/risque_infectieux_odontologie.pdf
- 5- <http://orsbourgogne.free.fr/dentistes.pdf>
- 6- <http://ars.bourgogne.sante.fr/Chirurgiens-dentistes.99035.0.html>
- 7- http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/fiches_dgs.pdf
- 8- http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2010septembre_2010.pdf
- 9- Institut de veille sanitaire. Analyse du risque infectieux lié à la non-stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire. Version finale, 15 mai 2009. Disponible sur internet : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/risques_chirurgie_dentaire/risques_chirurgie_dentaire.pdf (page consultée le 10 février 2010).
- 10- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.