

Année 2014

N°

**Objectifs et impératifs d'un cabinet spécialisé
en chirurgie orale, en pratique de ville**

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*présentée
et soutenue publiquement par*

ABBAS Amine

Né le 18 juin 1987

le 25/06/2014 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Philippe LESCLOUS
Assesseur : M. le Docteur Saïd KIMAKHE
Assesseur : Mme le Docteur Anne BOEDEC
Membre invité : M. le Docteur Afchine SAFFARZADEH

Directeur de thèse : M. le Docteur Saïd KIMAKHE

Par délibération, en date du 6 Décembre 1972, le conseil de 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'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A Monsieur le Professeur Philippe LESCLOUS,

Professeur des Universités

Docteur de l'Université de Paris Descartes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Chef du Département de Chirurgie Orale

Habilité à diriger des recherches

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,
Pour la qualité, la pédagogie et la rigueur de vos enseignements,
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE,

Maître de Conférences des Universités

Docteur de l'Université de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Département de Chirurgie Orale

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail,
Pour l'intérêt à la chirurgie orale que vous avez su me transmettre par vos enseignements,
Pour votre soutien, votre aide précieuse, votre disponibilité sans faille et vos nombreux
conseils prodigués tout au long de mon cursus,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de ma profonde estime à
votre égard.*

A Madame le Docteur Anne BOEDEC,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante Hospitalo-Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche
Dentaires

Département de Chirurgie Orale

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury,
Pour votre soutien, votre sympathie, votre disponibilité et vos conseils avisés et éclairés,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mes chaleureux
remerciements.*

A Monsieur le Docteur Afchine SAFFARZADEH,

Docteur en chirurgie dentaire

Attaché hospitalier au Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury,
Pour votre disponibilité, vos qualités d'enseignant et votre bonne humeur,
Pour m'avoir donné la chance et le plaisir de travailler à vos côtés,
Pour la transmission de votre précieux savoir théorique, clinique et humain dont j'ai
eu le privilège de profiter au quotidien,
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sympathie les plus
sincères.*

Objectifs et impératifs d'un cabinet spécialisé en chirurgie orale, en pratique de ville.

Table des matières :

1. INTRODUCTION	10
1.1 Problématique	11
1.2 Définition de la chirurgie orale.....	11
1.3 Définition de la pratique de ville.....	12
2. OBJECTIFS.....	13
2.1 Objectifs de soin.....	13
2.1.1 Attributions de la chirurgie orale	13
2.1.1.1 Chirurgie avulsive	13
2.1.1.2 Parodontologie et Chirurgie parodontale.....	14
2.1.1.3 Implantologie et chirurgie pré-implantaire.....	15
2.1.1.4 Chirurgie pré orthodontique.....	16
2.1.1.5 Actes divers de chirurgie orale.....	16
2.1.2 Anesthésie.....	17
2.1.2.1 Anesthésie muqueuse de contact.....	18
2.1.2.2 Anesthésie locale par infiltration	18
2.1.2.3 Anesthésie loco-régionale	18
2.1.2.4 Bloc périosté.....	19
2.1.3 Sédatation	19
2.1.3.1 Prémédication sédatrice à but anxiolytique	19
2.1.3.2 Sédatation consciente sous Mélange Equimolaire Oxygène - Protoxyde d'azote (MEOPA)....	19
2.1.3.2 Sédatation consciente sous psychotropes.....	20
2.2 Objectifs relationnels	21
2.2.1 Patient et circuit de soins.....	21
2.2.1.1 Prise de rendez-vous et accueil.....	21
2.2.1.2 Accompagnement.....	21
2.2.1.2.1 Avant l'acte	21
2.2.1.2.2 Le jour de l'acte.....	22
2.2.1.2.3 Après l'acte	24
2.2.1.3 Pédagogie et communication	24
2.2.2 Gestion du personnel.....	25
2.2.3 Réseau de correspondants	26

3. IMPERATIFS	27
3.1 Impératifs matériels	27
3.1.1 Locaux.....	27
3.1.1.1 Aménagement des locaux, ergonomie et notion de circuit.....	27
3.1.1.2 Règles de sécurité	29
3.1.1.3 Accessibilité aux personnes handicapées.....	31
3.1.1.4 Accueil / Secrétariat.....	32
3.1.1.5 Salle d'attente.....	32
3.1.1.6 Bureau(x) privé(s).....	32
3.1.1.7 Salle de radiologie.....	32
3.1.1.8 Salle de consultation et salle interventionnelle	33
3.1.1.9 Salle de repos	34
3.1.1.10 Salle de prévention	35
3.1.1.11 Salle de stérilisation	35
3.1.1.12 Sanitaires.....	35
3.1.2 Matériel Chirurgical.....	36
3.1.2.1 Dispositif médical.....	36
3.1.2.2 Les cassettes chirurgicales.....	36
3.1.2.3 Instruments de chirurgie osseuse.....	39
3.1.2.3.1 Appareils rotatifs	39
3.1.2.3.2 Appareils piézoélectriques.....	40
3.1.3 Matériel autre.....	40
3.1.4 Gestion des stocks	41
3.1.5 Gestion des déchets	42
3.1.5.1 Classification	42
3.1.5.2 Tri et conditionnement.....	42
3.1.5.3 Stockage	43
3.1.5.4 Transport et élimination.....	43
3.2 Impératifs d'hygiène, antiseptie et asepsie	44
3.2.1 Personnel	44
3.2.1.1 Précautions standards : protection vestimentaire	44
3.2.1.1.1 Tenue de travail.....	46
3.2.1.1.2 Masque et lunettes	47
3.2.1.1.3 Gants.....	47
3.2.1.2 Antiseptie, lavage des mains.....	48
3.2.2 Patient	50
3.2.3 Dispositifs médicaux.....	50
3.2.3.1 Traitement des instruments réutilisables.....	51
3.2.3.2 Traçabilité de la procédure.....	53

3.2.4 Locaux.....	54
3.2.4.1 Désinfection des locaux.....	54
3.2.4.2 Circuits d'eau.....	57
3.2.4.3 Traitement des circuits d'air	57
3.3 Impératifs de personnel	58
3.3.1 Praticiens	58
3.3.2 Assistantes.....	58
3.3.3 Secrétaires.....	59
4. DISCUSSION	60
4.1 Prise en charge par la sécurité sociale : NGAP et CCAM.....	60
4.2 Coût des contraintes	62
4.3 La rentabilité : « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ».....	64
5. CONCLUSION	66
Bibliographie	67
Table des abréviations	72
Table des illustrations	73
Annexes.....	74

1. INTRODUCTION

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a mené une enquête en 2006 sur la répartition des actes bucco-dentaires réalisés au cabinet dentaire auprès d'un échantillon qui garantit la qualité de l'extrapolation à l'année et à l'ensemble des praticiens en France. (17)

Selon cette enquête, l'acte chirurgical représente en moyenne 7,4% de l'activité du chirurgien dentiste ; c'est l'acte technique le moins réalisé par rapport aux actes diagnostiques, aux soins conservateurs et aux actes de prothèse (un acte technique est considéré dans cette enquête comme une séquence diagnostique et/ou thérapeutique complète et achevée).

Ainsi, dans un cabinet d'omnipraticque, le praticien se limite souvent aux gestes chirurgicaux « simples ». Le nombre de praticiens réalisant leurs interventions chirurgicales au sein du cabinet d'omnipraticque diminue au fur et à mesure que la difficulté de l'acte augmente. (17)

L'omnipraticien pourra donc décider de l'orientation de ses patients selon le niveau de difficulté et les risques de l'acte chirurgical, mais aussi selon le plateau chirurgical dont il dispose et selon son niveau de formation.

La proximité des hôpitaux en milieu urbain pourrait expliquer l'orientation de certains patients, s'ils présentent des pathologies d'ordre général complexes ou à risques, vers le milieu hospitalier. Cependant, différents organismes tels que l'AFSSAPS ou la Société Française de Chirurgie Orale (ancienne SFMBCB devenue SFCO) publient régulièrement des articles clairs et simples, regroupant les dernières recommandations en date pour les différents terrains pathologiques ou médicamenteux auxquels les praticiens urbains peuvent être confrontés.

De nombreux actes chirurgicaux étaient habituellement adressés aux stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux, pour être parfois réalisés sous anesthésie générale. Or la formation en stomatologie étant supplantée par celle en chirurgie orale, les praticiens titulaires du Diplôme d'Etudes Supérieures en Chirurgie Orale (DESCO) seront alors à même de dédier leur activité à la chirurgie orale et l'implantologie.

1.1 Problématique

Il n'est pas rare dans notre profession d'adresser certains patients pour un acte chirurgical, qui appartient pourtant au domaine de compétence du chirurgien dentiste et qui pourrait constituer un geste courant de sa pratique urbaine.

Les questions que nous nous sommes posées sont :

- Quelle structure urbaine spécialisée en chirurgie orale serait à même de les recevoir?
- Quels en seraient les objectifs et impératifs ?

1.2 Définition de la chirurgie orale

Historiquement, la chirurgie orale fut certainement à l'origine de notre exercice ; les avulsions dentaires ayant probablement longtemps constitué l'essentiel des soins dentaires.

Le périmètre des actes autorisés pour les spécialistes en chirurgie orale titulaires du DESCO est aujourd'hui défini. Cette formation de 4 ans, commune à la médecine et à l'odontologie, est essentiellement orientée sur la chirurgie dans tous ses aspects, et ses enseignements les plus importants sont : l'anatomie tête et cou, la pathologie et thérapeutique générale et spéciale et la pharmacologie. Ces enseignements sont dispensés aussi bien sous forme théorique que pratique.

Deux activités ressortent dans le domaine de la chirurgie orale : la prise en charge des actes chirurgicaux et la prise en charge des maladies et pathologies de la bouche et des maxillaires.

Tout spécialiste en chirurgie orale doit pouvoir faire état des compétences approfondies (connaissances et aptitudes cliniques) dans les domaines d'activités suivants :

- Avulsions (simples, complexes, de racines, de dents : enclavées, incluses, surnuméraires, ectopiques, transplantations) ;
- Chirurgie du péri- apex et des kystes des maxillaires odontogènes ou non odontogènes ;
- Prise en charge de patients ayant subi ou devant subir une irradiation cervico-faciale ;
- Prise en charge des patients ayant une pathologie et/ou une thérapeutique intercurrentes ;
- Chirurgie alvéolaire à visée orthodontique ;
- Traumatismes alvéolo-dentaires ;
- Fractures des bases maxillaires et mandibulaires ;
- Urgences chirurgicales ;
- Communications bucco-sinusiennes (CBS) et bucco- nasales (CBN) ;
- Chirurgie implantaire et pré implantaire (prélèvement osseux intra-buccal) ;
- Chirurgie pré-prothétique, tissus mous et durs (Prélèvements extra- buccaux exclus) ;
- Lésions et tumeurs de la muqueuse buccale, des maxillaires et de la mandibule ;

- Douleurs oro-faciales et pathologies de l'appareil manducateur ;
- Urgence médicale ;
- Maladies des glandes salivaires.

Les mesures d'hygiène et de sécurité, l'organisation d'un plateau technique spécifique à ces interventions et les items de la formation initiale sont considérés comme étant acquis (législation, gestion des complications, connaissance des guides de bonne pratique etc.). Au cours des deux premières années d'internat, une formation complémentaire en odontologie est assurée pour les médecins et une formation complémentaire en médecine est assurée pour les odontologistes.

Ce diplôme de Chirurgie Orale se substitue à la fois au DES de Chirurgie Buccale (DESCB) et au DES de Stomatologie.

Par conséquent, les praticiens spécialistes ne peuvent réaliser que les seuls actes chirurgicaux. Si un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en chirurgie orale pratique par exemple l'implantologie, il ne pourra en effectuer que la partie chirurgicale.

En revanche, les praticiens qui auront un exercice exclusif et non de spécialité pourront effectuer des actes autres que chirurgicaux. C'est ainsi que la parodontologie non chirurgicale ou la prothèse sur implant peuvent par exemple être réalisées au sein du cabinet de chirurgie orale, à condition que le praticien ait un exercice exclusif et non spécialisé.

La chirurgie orale regroupe aujourd'hui les interventions chirurgicales effectuées sur les tissus mous et/ou les tissus durs au niveau des procès alvéolaires ou sur les seuls tissus mous à proximité des maxillaires. L'étendue de la formation chirurgicale du DESCO est clairement définie par le référentiel qui exclut la chirurgie carcinologique et la chirurgie plastique de la face. Nous verrons plus loin les différentes attributions de la chirurgie orale (paragraphe 2.1.1).

1.3 Définition de la pratique de ville

En France, l'offre de soin est assurée par les cabinets médicaux d'une part et les établissements de santé d'autre part.

Les établissements de santé représentant la médecine hospitalière, il s'agit des hôpitaux publics ou privés. Ces établissements délivrent des soins avec ou sans hébergement, et possèdent généralement une activité de consultation externe. Ils sont définis sur une base fonctionnelle fondée sur leur mission et non sur leur statut.

Le cabinet de chirurgie orale que nous considérons pour ce travail, est considéré comme un cabinet médical, donc une « structure cabinet de ville » qui n'est pas définie réglementairement, et dont le niveau d'équipement est hétérogène et varie selon la spécialité exercée.

Les cabinets dédiés à la « consultation simple », ont un équipement minimal tandis que les « cabinets de spécialités plus techniques », comme le cabinet de chirurgie orale, sont généralement équipés pour pratiquer des actes dits de « petite chirurgie ».

(23)

2. OBJECTIFS

2.1 Objectifs de soin

D'après une étude menée en Auvergne en 2006 à propos de l'activité chirurgicale des praticiens libéraux, (16) les principaux motifs d'orientation des patients pour un acte de chirurgie orale étaient les suivants :

- Manque de formation chirurgicale ;
- Manque de formation médicale ;
- Stress ;
- Risque médico-légal ;
- Rapport prise de risque / rémunération de l'acte défavorable ;
- Absence de rentabilité ;
- Absence d'une assistante qualifiée ;
- Manque d'équipement ;
- Problème de mise aux normes des locaux ;
- Coût de la stérilisation, problème d'asepsie ;
- Refus du patient à accepter l'acte en dehors d'une structure hospitalière ;
- Activité à temps partiel compromettant le suivi des patients ;
- Statut provisoire / remplaçant ou collaborateur.

Les patients adressés dans ces cas peuvent être pris en charge au sein d'un cabinet spécialisé en chirurgie orale, en étroite collaboration avec leur chirurgien dentiste traitant.

Sont présentés ici l'essentiel des soins chirurgicaux susceptibles d'être indiqués et réalisés par les différents praticiens exerçant au sein du cabinet de chirurgie orale :

2.1.1 Attributions de la chirurgie orale

2.1.1.1 Chirurgie avulsive

Les exodonties ou avulsions de dents permanentes ou temporaires représentent une partie importante de l'activité de chirurgie orale, au cabinet d'omnipratique comme au cabinet spécialisé en chirurgie orale. Elles comprennent les avulsions de dent et/ou de racine dentaire, avec ou sans alvéolectomie, avec ou sans séparation des racines, avec ou sans curetage alvéolaire.

Les critères qui déterminent la réorientation de patients en vue d'avulsion(s) dentaire(s) sont principalement la difficulté de l'acte, sa durée, et la crainte des complications possibles au vu de la proximité de structures anatomiques (sinus maxillaire, fosses nasales, nerf alvéolaire inférieur). (16)

a) Avulsion de dent sur arcade

- Dent permanente.
- Dent temporaire.
- Avulsions multiples.

b) Avulsion de dent incluse ou retenue

- Dent temporaire.
- Dent permanente (hors 3^{ème} molaire).
- 3^{ème} molaire incluse ou retenue ou à l'état de germe.
- Dent à couronne sous muqueuse ou en désinclusion muqueuse.
- Dent ankylosée (ou volonté de préservation des volumes osseux) avec fragmentation de l'organe dentaire : séparation corono-radicaire et séparation des racines.
- Avulsion d'un ou plusieurs odontoïdes (ou odontomes).

2.1.1.2 Parodontologie et Chirurgie parodontale

a) Acte diagnostic

- Bilan parodontal (sondage, étude de l'indice de plaque, bilan rétro-alvéolaire).
- Exploration du parodonte par lambeau et débridement.

b) Préparation parodontale (pré prothétique) et chirurgies gingivales

- Préparation tissulaire.
- Exérèse tissulaire (gingivectomie avec ou sans remodelage osseux, exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante).
- Greffe épithélioconjonctive, conjonctive de surface ou conjonctive enfouie.
- Rehaussement préimplantaire ou préprothétique d'un secteur de la crête alvéolaire par apposition.
- Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à distance du foyer opératoire, sur un site avec changement de position.
- Gingivectomie en vue de l'obtention d'une nouvelle attache par exemple, ou pour un allongement coronaire sur une dent.
- Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement ou coronairement.

c) Gingivotomie

- Gingivotomie en vue de curetage sous-gingival avec surfaçage radicaire.
- Gingivotomie en vue d'évacuation d'abcès parodontal.

d) Gingivectomie

- Pour une nouvelle attache par exemple, ou pour un allongement coronaire sur une dent.

e) Chirurgie de lambeau

- Régénération et/ou réparation parodontale avec ou sans pose de membrane de régénération tissulaire.
- Assainissement parodontal avec ou sans ostéoplastie.
- Rétablissement de l'espace interdentaire par lambeau positionné apicalement.

f) Résection et plastie osseuse de l'arcade alvéolaire

- Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par biomatériau ou autogreffe osseuse.
- Résection osseuse de l'arcade alvéolaire pour allongement coronaire.

2.1.1.3 Implantologie et chirurgie pré-implantaire

Dans le domaine de l'implantologie, la difficulté de l'acte, la compétence du praticien, son plateau chirurgical et son infrastructure déterminent l'intérêt de l'orientation du patient vers un cabinet spécialisé en chirurgie orale.

Cette chirurgie fait appel à la mise en place de matériaux inertes comme les implants mais également à des matériaux de comblement ou des membranes pour lesquels les matériaux de synthèse seront privilégiés.

a) Pose d'implant endo-osseux intrabuccal

Mise en place de racines artificielles, en titane, enfouies dans l'os, sur lesquelles de futures prothèses seront connectées pour rétablir la fonction et l'esthétique

b) Dégagement, activation ou ablation d'implant endo-osseux intrabuccal

- Désépaississement des tissus de recouvrement d'un site implantaire.
- Les dégagement et activation d'un implant avec mise en place d'un moignon transmuqueux.
- Ablation d'implant avec résection osseuse.

c) Geste complémentaire : Pose d'une plaque base pour guide chirurgical préimplantaire.

d) Reconstruction osseuse pré-implantaire

- Greffe d'apposition osseuse
Greffe d'os autogène (avec site de prélèvement intrabuccal : mentonnier ou ramique) ou d'os de banque.

- Régénération osseuse guidée (ROG)

Différentes situations peuvent faire appel à cette technique (21) : en prévention de l'alvéolyse postextractionnelle, en réparation de dégâts osseux suite à l'exérèse d'un kyste ou pour l'augmentation minimale de la crête osseuse horizontalement et verticalement.

- Elévation du plancher sinusien

Lorsque la hauteur d'os sous le sinus ne permet pas la pose d'implants, on procède à l'élévation du plancher du sinus associée ou non à un comblement à l'aide de particules d'os autogène, d'un biomatériau de substitution osseuse ou d'un mélange des deux. L'objectif étant la régénération d'os dans le sens vertical.

2.1.1.4 Chirurgie pré orthodontique

Les orthodontistes peuvent adresser leurs patients au cabinet de chirurgie orale pour la réalisation de certains actes chirurgicaux.

a) Intervention sur dent incluse ou retenue

Dégagement d'une ou plusieurs dents retenue(s) ou incluse(s) et pose d'un dispositif de traction orthodontique.

Ce type d'intervention peut nécessiter un aménagement parodontal par greffe ou lambeau

b) Implantologie et orthodontie

L'objectif des actes chirurgicaux sera d'assurer un ancrage dans les mouvements orthodontiques. Cet ancrage peut être assuré par des implants temporaires (sous-périostés, biodégradables etc.), des mini plaques ou des mini vis.

2.1.1.5 Actes divers de chirurgie orale

a) Evacuation de collection des parois buccales

- Evacuation des collections pérимандibulaires, pérимaxillaires, de la région des muscles masticateurs, périlinguale, de la base de la langue ; par abord intrabuccal.
- Marsupialisation d'un kyste du plancher buccal.

b) Exérèse de kyste

- Exérèse de lésion de l'os maxillaire ou du corps de la mandibule par abord intrabuccal, avec ou sans avulsion dentaire.

c) Fracture, luxation, réimplantation

- Réduction de fracture alvéolaire et de luxation de dent(s).
- Réimplantation de dent(s) expulsée(s).
- Autogreffe de germe ou de dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement.
- Réduction de luxation sur l'articulation temporo-mandibulaire par abord direct.

d) Interventions plastiques

- Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal avec ou sans plastie par lambeau local. Concerne en général le frein labial maxillaire et le frein de la langue.
- Approfondissement du vestibule par section mucopériostée avec ou sans greffe cutanée ou muqueuse.
- Approfondissement du plancher buccal par section musculaire.

e) Fermeture de communication bucco-sinusienne

- Par plastie de glissement à l'aide d'un lambeau vestibulojugal ou palatin.

f) Chirurgie apicale

Les principales raisons expliquant la réorientation des patients au cabinet de chirurgie orale en vue de chirurgie apicale restent la localisation de la ou des racine(s) à traiter (proche du sinus maxillaire et du nerf alvéolaire inférieur) et le volume du kyste.

- Avec ou sans procédé de régénération tissulaire
- Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
- Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire rétrograde.

g) Traitement des plaies

- Parage et/ou suture de plaie cutanée de la lèvre transfixiante ou non.
- Parage et/ou suture de plaie(s) muqueuse(s) intrabuccale(s), y compris de la langue et du voile du palais.

h) Autres

- Curetage d'alvéole dentaire, à l'exclusion du curetage au cours d'une avulsion.
- Ablation de corps étranger projeté dans les tissus mous buccofaciaux, par abord intrabuccal.
- Hémostase secondaire, après avulsion dentaire ou après électrocoagulation intrabuccale.

2.1.2 Anesthésie

Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les « Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie » édité en juin 2005, l'anesthésie locale doit être privilégiée, dans la mesure du possible. Le rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale doit être évalué avant d'en poser l'indication. Or le niveau de preuve apporté par la littérature médicale n'étant pas suffisant, ces recommandations reposent sur un accord professionnel fort. (22)

Les indications de l'anesthésie générale sont :

- L'état général du patient, de par les conditions comportementales, le réflexe nauséux, la limitation d'ouverture buccale ou encore la nécessité de mise en état lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes.
- Les interventions en elles-mêmes, qui peuvent être longues, complexes (regroupement de plusieurs actes en une même séance) ou avoir lieu dans un contexte infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence.

- L'impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant (après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances) ainsi que les contre-indications de l'anesthésie locale : avérées dans les cas d'allergie confirmée par un bilan d'allergologie, ou spécifiées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Les différentes anesthésies que nous pouvons réaliser au cabinet de chirurgie orale sont les suivantes :

2.1.2.1 Anesthésie muqueuse de contact

Cette anesthésie de contact est obtenue par dispersion d'une solution de lidocaïne sur les muqueuses buccales. Le Topex® en gel a les mêmes indications avec une efficacité comparable tout en étant plus simple d'utilisation du fait de son caractère visqueux. L'absorption des anesthésiques locaux par ces muqueuses est immédiate et massive, entraînant un taux sérique qui correspond à une injection intraveineuse.(10)

Ainsi, lorsqu'une anesthésie locorégionale doit être réalisée après cette anesthésie de contact, il est important, dans le calcul de la dose totale d'anesthésique local, de tenir compte de la quantité utilisée.

Enfin, l'anesthésie de contact ne doit pas être pratiquée sur des muqueuses inflammatoires et infectées.

2.1.2.2 Anesthésie locale par infiltration

L'anesthésie locale par infiltration consiste à injecter un anesthésique local directement dans les tissus concernés par la chirurgie en réalisant un bloc de champ opératoire.

C'est une anesthésie qui est d'une part simple, mais qui d'autre part nécessite une quantité importante d'anesthésiques locaux si la surface opératoire est importante avec un risque de toxicité non négligeable et sous-évalué. Elle réclame en outre de multiples ponctions qui déforment les berges des tissus, rendant dans certains cas la réparation difficile et aléatoire.

L'infiltration locale présente, outre un rôle anesthésique, un rôle de décollement des tissus et de diminution du saignement lors de l'adjonction d'adrénaline.

2.1.2.3 Anesthésie loco-régionale

L'anesthésie tronculaire bloque la transmission nerveuse en aval de la zone à traiter et permet ainsi une anesthésie à distance du point d'injection dans tout le territoire d'innervation. Elle est de réalisation plus technique que l'anesthésie locale par infiltration et demande une bonne connaissance anatomique.

Cette anesthésie concerne en chirurgie orale essentiellement le nerf maxillaire supérieur et le nerf mandibulaire.

Les deux complications majeures de l'anesthésie locale et régionale de la face, notamment au niveau de la région oro-faciale, par rapport à l'anesthésie générale, sont l'injection intravasculaire et la lésion d'un nerf. (38)

2.1.2.4 Bloc périosté

L'anesthésie sous-périostée ou prépériostée consiste à déposer le produit anesthésique au contact du tissu osseux afin que, par diffusion, il baigne les plexus capillaires et les zones apicals.

2.1.3 Sédation

La société française d'anesthésie réanimation définit la sédation comme étant « l'utilisation de moyens médicamenteux ou non, destinée à assurer le confort physique et psychique du patient, et à faciliter les techniques de soins ». Les différentes techniques de sédation sont susceptibles d'accompagner toute technique d'anesthésie, afin d'amener le patient dans un état d'anxiolyse.

La sédation est un acte médical et peut être réalisée selon 3 procédés :

2.1.3.1 Prémédication sédative à but anxiolytique

Pratiquée quasi systématiquement en chirurgie orale, notamment chez les patients présumés anxieux, elle leur permet d'aborder l'intervention avec moins d'appréhension. Elle se base sur une médication par voie per-os à l'aide de médicaments anxiolytiques, qui ne présentent certes pas d'AMM dans ce but, mais qui par extension sont utilisés en vue d'une anxiolyse pré et per-opératoire.

Les médicaments les plus communément prescrits dans cette phase pré interventionnelle sont l'hydroxyzine et parfois le diazépam, chez le patient présumé sain.

2.1.3.2 Sédation consciente sous Mélange Equimolaire Oxygène - Protoxyde d'azote (MEOPA)

L'oxygène et le protoxyde d'azote (N₂O) sont des agents employés en médecine depuis plus de deux siècles. Le mélange de ces deux agents est utilisé depuis des décennies pour ses propriétés analgésiques et sédatives. En odontologie, on l'utilise principalement pour son caractère sédatif et anxiolytique, puisque dans ce domaine l'analgésie peut être facilement assurée par l'anesthésie locale. (26)

Les principales dénominations sont :

- ANTASOL® 135, gaz pour inhalation, en bouteille (Laboratoires Sol France)
- ENTONOX® 135 bar, gaz pour inhalation, en bouteille (Linde Healthcare)
- OXYNOX® 135, gaz pour inhalation, en bouteille (Laboratoires Air Products SAS)
- KALINOX® 170 bar, gaz pour inhalation, en bouteille (Air Liquide Santé France)

L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) reconnaît l'aptitude des chirurgiens-dentistes à l'utilisation du MEOPA en cabinet de ville, au regard d'une liste de formations établie par un comité scientifique réuni sous son égide (consultable sur le site:

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/MEOPA/MEOPA_formations_site.pdf

Dès lors qu'ils ont obtenu l'attestation de suivi de la formation au MEOPA ainsi que le justificatif de suivi d'une formation aux gestes d'urgence datant de moins de 5 ans, les praticiens de ville alors spécifiquement formés aux usages en odontologie, peuvent administrer le MEOPA dans leurs cabinets.

2.1.3.2 Sédation consciente sous psychotropes

Les psychotropes les plus communément utilisés en sédation consciente sont le midazolam et le diazépam.

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) indique, concernant le midazolam, qu'il existe une variabilité interindividuelle de la réponse au traitement, avec risque de surdosage pouvant entraîner détresse respiratoire et hypoxémie. L'agence précise ainsi que son utilisation est réservée à l'usage hospitalier.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a présenté en date de décembre 2010 un rapport d'évaluation intitulé « Quels niveaux d'environnement technique pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ». Ce dernier affirme que « le midazolam doit être administré uniquement par des médecins expérimentés dans un lieu totalement équipé pour la surveillance et le maintien des fonctions cardio-respiratoires, par des personnes formées spécifiquement à la reconnaissance et à la prise en charge des évènements indésirables attendus et ayant l'expérience de la réanimation cardio-respiratoire ». LA HAS rappelle en outre que les spécialités en question étaient réservées à l'usage hospitalier.

Enfin, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation affirme que « la sédation intraveineuse est une pratique médicale réalisée par des médecins anesthésistes réanimateurs rompus à la prise en charge des complications inhérentes à ces pratiques » et que « l'injection intraveineuse de benzodiazépines, faisant courir un risque au patient, nécessiterait une surveillance toute particulière et devait être assimilée à une anesthésie générale ».

Ainsi, pour l'heure, il n'existe pas de protocole permettant à des anesthésistes de se déplacer dans les cabinets dentaires ou de chirurgie orale, aussi dûment équipés soient-ils, pour réaliser une sédation sous psychotropes. Seule la sédation par MEOPA y est possible.

2.2 Objectifs relationnels

2.2.1 Patient et circuit de soins

2.2.1.1 Prise de rendez-vous et accueil

L'entrée du patient au cabinet pour la première fois et la découverte du lieu lui donneront une première image professionnelle qui aura un impact important sur la confiance qu'il développera dans le cabinet et dans les services qui y sont proposés.

Il faut prendre en compte l'importance de cette première impression dès la conception du cabinet (l'agencement architectural, la décoration, les équipements modernes, les appareils de communication comme la télévision) et sensibiliser tous les membres de l'équipe en ce sens.

La qualité de l'accueil dépend naturellement de la personnalité de l'accueillant et suppose tact et psychologie. Cependant, une attitude professionnelle, polie et amicale doit rester la règle envers toute personne entrant en contact avec le cabinet (patients, correspondants, fournisseurs, prothésistes etc.).

Dès lors que le patient prend contact en vue d'obtenir un rendez-vous, il est prié d'apporter pour la première consultation le courrier de son chirurgien dentiste traitant ou du correspondant, ses ordonnances de traitements en cours, ainsi que ses examens radiologiques.

Il appartient au patient pour sa propre sécurité de renseigner complètement le questionnaire médical proposé à son arrivée au cabinet (annexe 1) Ce questionnaire devant être intégré dans le dossier médical. Il semble important d'informer et éduquer les patients en ce sens. Le praticien peut prendre connaissance dudit questionnaire (avec éventuellement l'historique dentaire) avant de recevoir le patient.

Si le patient est mineur, son représentant légal est tenu de délivrer l'autorisation de soins sur mineur avant tout geste (annexe 2).

2.2.1.2 Accompagnement

2.2.1.2.1 Avant l'acte

a) Consultation préopératoire

Le patient, adressé par un confrère, est reçu en consultation préopératoire, en général avec un courrier et éventuellement des examens radiographiques (format papier et/ou numérique).

Cette consultation constitue le temps de l'information claire, loyale et appropriée, et le temps de la présentation et des explications du plan de traitement. Notamment ; la nature de l'intervention, sa durée, sa nécessité ou son opportunité, ses risques, suites et conséquences éventuelles, le type d'anesthésie pratiqué, les consignes pré et postopératoires etc. Des fiches explicatives à cet effet peuvent être préparées et seront délivrées aux patients, ainsi que les ordonnances pré et postopératoires (annexes 3, 4, 5, 6).

L'information du patient, la présentation d'un devis et l'obtention de son consentement libre et éclairé (ou celui du représentant légal) sont des obligations légales. Un délai de réflexion de 15 jours est nécessaire après la remise de ces documents, avant la réalisation de l'acte.

Aussi, le document de consentement éclairé (annexes 7 et 8) doit être lu et expliqué lors de cette consultation pré-opératoire, et doit impérativement être daté et signé par le patient ou son représentant légal avant l'acte. De plus, pour tous les actes non pris en charge (NPC) ou non remboursables (NR) par les organismes sociaux ou encore tous les actes sujets à dépassement d'honoraire ; un devis détaillé et expliqué doit aussi être délivré et signé avant le début des soins.

b) Rappel / Confirmation du rendez-vous

Le personnel administratif (secrétaires) peut se voir attribuer la fonction de rappel du rendez-vous. Du moins pour les interventions d'implantologie et/ou celles nécessitant un plateau chirurgical important à mettre en place et/ou un temps opératoire important.

Nous disposons aujourd'hui également de la technologie nécessaire (logiciels informatiques) permettant l'envoi programmé et automatisé de SMS pour rappeler aux patients leur rendez-vous.

2.2.1.2.2 Le jour de l'acte

a) Circuit jour de l'intervention

La salle d'intervention est normalement préparée avant l'arrivée du patient. Toutefois, l'installation du matériel peut se réaliser à l'arrivée du patient et pendant sa préparation, pour que le temps durant lequel les dispositifs sont placés hors de leurs conditionnements stériles soit le plus court possible.

Concernant le déroulement des différents actes, une « check-list » peut être pensée, suivie et respectée pour les différents types d'actes chirurgicaux. Cette liste est une source de sécurité et de performance. Exhaustive, elle peut contenir les différentes tâches à réaliser avant, pendant et immédiatement après l'acte.

Ce système de « check-list » peut être élargi en forme de protocoles de travail pour toutes les tâches techniques telles que le nettoyage et la préparation du poste de travail ou le déroulement de la première consultation.

Ainsi, avant l'accueil du patient en salle d'intervention, il est d'usage de procéder à la vérification d'un certain nombre d'éléments tels que l'identité du patient, ses antécédents généraux, ses traitements en cours et ses examens radiologiques, l'obtention et la signature de son consentement éclairé et du ou des devis.

Peuvent être vérifiés également la nature de l'intervention chirurgicale à réaliser, l'asepsie de la salle interventionnelle, le plateau chirurgical et les instruments mécaniques nécessaires (disponibilité, fonctionnement, stérilisation).

Enfin, avant le geste chirurgical, le praticien vérifiera aussi la compliance du patient vis à vis des consignes et prescriptions préopératoires.

Immédiatement après l'acte chirurgical, le patient peut être invité à s'installer en salle de repos où lui sont apportés, si nécessaires, des soins paramédicaux : application d'une poche de glace au niveau du site opératoire, prise d'antalgique etc.

Ce temps de repos pourra être exploité par l'assistant(e) pour mettre en œuvre l'ensemble des procédures de traçabilité dans le dossier médical du patient et préparer et délivrer l'éventuel passeport implantaire.

Le praticien pourra, lui, se consacrer à renseigner le dossier du patient, à la réalisation du compte rendu opératoire et des courriers de correspondance.

Dès lors que le praticien s'est assuré de la bonne compréhension des consignes post-opératoires et des suites possibles par le patient, ce dernier peut quitter le cabinet, dans la mesure où son état clinique le lui permet. Dans le cas où une prémédication à but anxiolytique a été réalisée, le patient ne peut quitter le cabinet qu'à la condition d'être accompagné.

c) Gestion des complications (per opératoires / immédiates)

Les complications d'ordre général peuvent aller du simple malaise vagal à la syncope cardiaque vraie, mais restent généralement intimement liées à l'état de stress du patient. Il faut savoir rassurer, calmer, mettre en confiance et parfois savoir reporter l'acte si besoin.

Le praticien doit être apte à effectuer les premiers gestes d'urgence en attendant les secours et avoir en sa possession la trousse d'urgence réglementaire.

Les nombreuses complications d'ordre local, de différentes natures, peuvent être évitées lors de la planification chirurgicale. Lorsqu'elles surviennent, elles doivent pouvoir être maîtrisées au sein du cabinet de chirurgie orale. Elles comprennent :

- Complications osseuses (échauffement, fractures alvéolaires, tubérositaires, de l'angle mandibulaire)
- Effractions cavitaires (communication bucco-sinusienne, épistaxis, invasion sinusale partielle d'un fragment dentaire, d'un implant)
- Effractions vasculaires (artère palatine descendante, artère submentale, artère sublinguale, artère alvéolaire inférieure, artérioles)
- Lésions nerveuses (nerf alvéolaire inférieur, nerf mentonnier, nerf lingual, nerf buccal)
- Lésions des tissus mous (par contusion, abrasion, lacération)
- Ingestion / inhalation (de dispositif médical, de fragment dentaire ou osseux)

Cependant, concernant les complications dont la gestion sort du champ de compétence de la chirurgie orale, la prise en charge devra être différée et confiée à un confrère chirurgien maxillo-facial ; c'est le cas notamment des réductions de fractures osseuses mandibulaires pré, per ou post-opératoires.

2.2.1.2.3 Après l'acte

a) Consultation postopératoire / de contrôle.

La nécessité de revoir le patient se fera en fonction du type d'acte chirurgical et de la nécessité de suivi régulier. L'édition du compte rendu opératoire, à adresser au correspondant, peut avoir lieu après ce temps de contrôle.

En effet, la consultation post opératoire est réalisée dans certains cas ; après une pose d'implant, pour un suivi radiologique après ablation d'un kyste, après une chirurgie apicale, en vue de déposer des fils de suture en cas d'utilisation de fil non résorbable etc. Dans d'autre cas, elle peut être réalisée par le confrère correspondant.

b) Consultation d'urgence : Gestion des complications (post opératoires / différées) et des suites opératoires.

Les suites opératoires peuvent nécessiter une consultation à la demande du patient ou du correspondant. Elles sont à différencier des complications et concernent la plupart du temps la douleur, l'œdème, l'hématome, les saignements post-opératoires, le trismus et les douleurs articulaires.

Les complications différées peuvent être de différentes natures ; hémorragiques, infectieuses, osseuses (exemple des fractures mandibulaires à distance de l'avulsion des dents de sagesse), sensibles, muqueuses, cavitaires (sinus et fosses nasales).

2.2.1.3 Pédagogie et communication

Soigner le mieux possible doit rester la priorité du praticien mais cela peut s'avérer insuffisant. En effet, la relation avec le patient constitue la pierre angulaire d'un cabinet prospère, au même titre que la qualité du soin prodigué. Il est donc important de considérer la communication comme partie intégrante du cabinet de chirurgie orale, dans le but d'informer et d'éduquer à propos des traitements et services qui y sont proposés.

Le patient adressé (par un correspondant ou par un de ses amis) sera plus à même de s'engager dans le traitement proposé que le patient « accidentel ». Il est généralement motivé et prédisposé à réaliser le soin pour lequel il a été adressé.

Ce facteur n'enlève rien à l'importance de la confiance que l'on doit établir pour persuader, rassurer et fidéliser l'ensemble de nos patients, et ne doit pas attenter aux efforts dans la mise en place d'une communication fiable et exécutée avec professionnalisme. Cette communication est gage de perception par le patient de la qualité et de la valeur des soins réalisés au cabinet de chirurgie orale.

Comme dans toute communication humaine, cela passe par la communication verbale et non verbale. En outre, dans la relation praticien-patient, il y a une terminologie médicale qui doit être clarifiée aux yeux du patient, et un langage qui doit être adapté en permanence à son niveau socioculturel. Le praticien doit reformuler à l'aide de synonymes pour s'assurer de la bonne compréhension du message par son patient. Il doit en permanence faire preuve d'empathie à son égard.

L'éducation des patients sur les soins et traitements proposés doit également passer par une communication écrite qui doit être réfléchie, conçue et adaptée à la pratique de la chirurgie orale. Les supports écrits permettent au patient de comprendre, en détail et à tête reposée, l'information et le message que nous souhaitons lui faire passer. Le patient qui aura à faire à la redondance des messages par différents supports de communication (avant d'arriver au cabinet, en salle d'attente, en salle de soin, au secrétariat, en rentrant chez lui) pourra plus aisément se projeter une image cohérente de son parcours de soin au sein du cabinet de chirurgie orale.

Différents supports écrits peuvent en ce sens être développés : posters, brochures du cabinet, dossiers de bienvenue (lettre de bienvenue, carton de rendez-vous, plaquette de présentation du cabinet et du personnel, carte de visite), conseils et recommandations pré- et postopératoires (annexe 3 et 4), fiches d'informations sur les traitements et leurs suites (annexes 5 et 6), dossiers d'implantologie, passeports implantaires, dossiers pour devis, « newsletter » du cabinet (présentant les nouvelles techniques, les nouveaux matériels, les éventuels remplacements à venir) etc.

Enfin, les photos, ouvrages ou logiciels présentant au patient des cas similaires, avant et après traitement, restent très efficaces pour la présentation d'un plan de traitement.

2.2.2 Gestion du personnel

Le fonctionnement du cabinet dépend étroitement du personnel et de l'organisation globale. Une démarche d'anticipation, de gestion des événements imprévisibles, de réflexion en profondeur sur une gestion rationnelle et contrôlée de l'exercice et de respect de règles de fonctionnement permettra un fonctionnement cohérent et efficace du cabinet.

Il paraît donc important de mettre en place des règles de fonctionnement, personnalisées pour le cabinet, aussi bien pour le personnel que vis à vis des patients.

En fédérant l'ensemble de l'équipe autour de ces règles, l'objectif est d'améliorer les conditions de soin et de service, la performance de l'équipe, la clarification et la cohérence de l'organisation. Comme vu précédemment, ces règles peuvent prendre la forme de « check-list ».

Ainsi, à titre d'exemples : les check-lists peuvent concerner l'ouverture / fermeture du cabinet, le déroulement de la première consultation, le déroulement des actes chirurgicaux ; des règles ou scripts peuvent également concerner la politique d'encaissement, la vie commune de l'équipe, la tenue et gestion des dossiers, la gestion des rendez-vous manqués, la relance des impayés, les messages à laisser sur répondeur etc.

La tenue de réunions de personnel, productives, a pour objet de créer les conditions d'une bonne entente entre tous les membres de l'équipe du cabinet. Les réunions permettent de s'assurer de la communication, de la bonne circulation de l'information.

Ces réunions peuvent avoir lieu quotidiennement en vue de la gestion de la journée à venir, mensuellement en vue de considérer les améliorations à faire sur le

moyen terme et la mise en place de stratégies de développement, ou annuellement en vue de faire un bilan et de considérer les améliorations à faire sur le long terme.

Le management et l'intégration d'un(e) assistant(e) dentaire passe par la formation, les entretiens réguliers, les réunions de « briefing / débriefing » quotidiennes, l'attribution progressive d'autonomie et de responsabilités, ou encore par les systèmes de primes.

Enfin, des réunions pluri-praticiens permettent également la bonne entente des praticiens, la bonne circulation de l'information, et l'échange d'avis à propos des différents cas cliniques.

2.2.3 Réseau de correspondants

Le réseau de correspondants est un des paramètres constitutifs du résultat d'un cabinet dentaire spécialisé. En effet, le développement et l'entretien d'un tel réseau est crucial pour le fonctionnement pérenne de tout cabinet.

Nous pouvons évaluer ce réseau par sa segmentation, par le nombre de correspondants ou encore par la qualité et quantité de cas référés par celui-ci.

Différentes mesures sont possibles en vue de la gestion du réseau de correspondants. Cela passe par la mise en place d'outils de communication, de pédagogie qui sont adaptés à chaque cabinet et à chaque praticien en fonction de sa culture, de sa vision, de ses objectifs et des capacités de son équipe soignante. Il faut donc élaborer, de manière personnalisée, une stratégie de conquête et de fidélisation du réseau.

À titre d'exemple, nous pouvons en ce sens organiser des soirées de correspondants, dont les thématiques seront en lien avec les problématiques du réseau, comme « la gestion des tissus mous en implantologie » ou encore « la prothèse supra-implantaire ». Il arrive parfois que les laboratoires participent à l'organisation de telles soirées de correspondants.

3. IMPERATIFS

3.1 Impératifs matériels

3.1.1 Locaux

Au sujet de l'organisation du cabinet, les seules obligations légales concernent les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI), la radioprotection, et les cas d'embauche de personnel. En l'absence de réglementation, ce sont des conseils et recommandations qui sont formulées.

La superficie est à prendre en compte en fonction du type d'activité, de la nature des soins pratiqués et de certaines dispositions réglementaires d'occupation des locaux professionnels.

Les pièces nécessaires à toute installation minimale d'un cabinet de chirurgie orale sont l'accueil / secrétariat, la salle d'attente, la salle interventionnelle, la salle de stérilisation, le local technique, la zone de stockage des DASRI, les toilettes pour le public. Une salle de repos avec restauration ainsi que des toilettes sont obligatoires en cas d'emploi de personnel. Enfin, lorsque la superficie le permet, il est possible d'ajouter un ou plusieurs bureaux privés pour le ou les praticiens, une salle de radiologie ou encore une salle de prévention.

Les locaux doivent être disposés selon trois types de zones, déterminées par rapport au risque potentiel de contamination, à savoir : les zones administratives (accueil, bureau, salle d'attente), les zones potentiellement « contaminées » (zone de traitement de matériel, zone de stockage des déchets, zone pour le matériel de ménage, sanitaires), les zones dites « protégées » (zone d'examen et de soins, zone de conditionnement, de stérilisation et de stockage du matériel stérile et des médicaments).

En tout état de cause, la zone de soin doit toujours être individualisée des autres zones techniques. (24)

3.1.1.1 Aménagement des locaux, ergonomie et notion de circuit

L'aménagement doit être organisé autour des patients et du personnel. Il doit permettre les déplacements avec un trajet minimum et sans obstacle, des personnes, équipements et matériels, dans les zones cliniques, para-cliniques, administratives, d'accueil et d'attente.

Dans un souci d'ergonomie et d'économie de mouvements du patient comme du personnel, l'établissement d'un circuit au sein du cabinet est souhaitable, avec un sens de circulation optimal. Cette notion de circuit doit être prise en compte dès la conception architecturale, dans la mesure du possible.

La rigueur dans la planification, la conception, la réalisation du cabinet, clé essentielle de la réussite, nécessite souvent des avis spécialisés.

Dans un souci de prévention du risque infectieux voici quelques choix recommandés (33) :

a) Ventilation, climatisation, chauffage :

- Une aération régulière est indispensable. En cas de ventilation mécanique contrôlée (VMC), les bouches d'extraction d'air vicié doivent se situer au-dessus des zones potentiellement contaminées.
- L'installation d'une climatisation doublée d'un humidificateur et d'un filtre bactériologique est un choix préférable pour des raisons de confort de travail et d'hygiène. Elle doit être située en dehors des plans de travail afin que les flux d'air engendrés par les climatiseurs soient dirigés en face d'ouverture (porte, fenêtre) et surtout à distance des zones opératoires.
- Tout mode de chauffage est autorisé. S'il est au sol il devra se conformer aux normes du bâtiment. Si des radiateurs électriques ou à eau chaude sont installés, le choix de modèle facile à nettoyer est préférable.
- Une humidité relative de 40 à 60% donne un air suffisamment sec pour limiter la sudation et suffisamment humide pour limiter la siccité des muqueuses. Une sonde de température peut être installée dans les zones cliniques et para-cliniques.
- La maintenance des systèmes de chauffage ou de climatisation est indispensable, en respectant la périodicité fixée par le fabricant et la traçabilité de la procédure.

b) Matériaux de revêtement :

- Revêtement en général (sols, murs, plafonds, mobiliers, étagères, plans de travail, unit et fauteuil, siège du praticien) : résistant à l'usure, non poreux, facilement lessivable, pouvant supporter l'essuyage humide et l'application de détergents désinfectants.
- Sols de la salle interventionnelle : revêtement thermoplastiques en lés soudés à chaud par des joints parfaitement arasés et une qualité de pose parfaite.
- Sols des locaux à grand passage (couloirs, salle d'attente, sanitaires) : revêtement thermoplastiques également. Cependant, les carrelages également lessivables sont acceptables et sont posés de préférence avec des joints souples de très faible largeur.
- Plafonds : s'ils comportent des dalles, elles doivent comporter une finition de surface imperméable et lessivable. Leur revêtement doit, idéalement, être non poreux, de surface plane, résistant à l'action des produits détergents désinfectants.
- Points d'eau (lavabos, bacs, sanitaires, vidoirs) : nécessitent une protection murale contre la dégradation des murs.
- Suppression des angles vifs, des recoins et des joints de différentes natures (grâce à des sols remontés en plinthes avec une gorge ou angle arrondi, une paillasse monobloc remontée en dossier avec une gorge arrondie, des meubles aux angles arrondis avec des poignées d'ouverture aux formes simples etc.).

c) Mobiliers et aménagements :

- Mobilier et équipements faciles à nettoyer réduits au strict minimum et, si possible, sur pieds pour faciliter l'hygiène des sols ou, mieux, sur roulettes pour en faciliter le déplacement. Ils doivent être faciles à nettoyer ;
- Plans de travail et parties supérieures des meubles de rangement dégagés au maximum pour éviter les expositions inutiles des matériels aux projections générées par les soins. L'équipement informatique est éloigné au maximum de

l'unit et n'est pas touché pendant le soin. Le cas échéant, cet équipement (notamment le clavier) sera lisse et nettoyable ou emballé d'un film plastique.

- Les réservoirs potentiels de micro-organismes (plantes vertes, étagères non fermées, mobilier recouvert de matériaux) sont à proscrire.

3.1.1.2 Règles de sécurité

a) Relatives à la sécurité des personnes (ERP5)

Les établissements recevant du public de 5^{ème} catégorie doivent accompagner d'une notice de sécurité leur demande de permis de construire ou d'autorisation de travaux. Un ensemble de règles sont énoncées dans le Code de la Construction et de l'Habitation.

D'après le Code du Travail (Article L4121-1 loi 91-1414 du 31 décembre 1991), l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

En matière de prévention, l'employeur a une obligation de résultat vis à vis de la santé de son personnel. En effet, la faute inexcusable est retenue quand l'employeur aurait dû avoir conscience de danger et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Il doit veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Les principes généraux de prévention sont d'éviter les risques, évaluer ceux ne pouvant être évités, les combattre à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'état de l'évolution des techniques, remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou ce qui l'est moins, planifier la prévention, prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle, et donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Les risques à craindre au cabinet sont d'ordre biologique, chimique, de chute et de travail en hauteur, d'incendie ou d'explosion, liés aux rayonnements ionisants, à l'utilisation des équipements, aux contraintes posturales, au bruit, à l'éclairage, à l'électricité, à des interventions extérieures, à des déplacements, à l'organisation du travail, à l'organisation des secours, et à la température, hygrométrie et qualité de l'air

Les obligations qui concernent par exemple la sécurité incendie imposent des règles vis à vis des extincteurs, du système d'alarme, de la liaison avec les sapeurs-pompiers, des installations électriques, des escaliers protégés et des circulations horizontales.

Des règles concernant les ascenseurs sont également imposées.

b) Relatives aux appareils de radiologie

Les dispositions législatives et réglementaires concernant les dangers potentiels des rayonnements ionisants sont en majeure partie contenues dans le Code de la Santé Publique et le Code du Travail.

Ces textes régissent les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers potentiels des rayonnements ionisants. Ils définissent également pour les patients le contrôle et l'optimisation des doses reçues à des fins médicales.

Les règles concernent l'exécution des installations (surfaces du local), la sécurité électrique, la détermination des épaisseurs des parois du local, ainsi que la délimitation et le signalement des zones réglementées.

L'aménagement de toute installation de radiologie (générateurs dentaires, appareils de radiographie panoramique, téléradiographie, Cone Beam) doit satisfaire aux règles fixées par les normes NF C15-160, NF C15-163 et NF C15-163/A1 qui relèvent exclusivement de la compétence des constructeurs et des installateurs de matériels de radiologie.

La conformité des installations comprend également le respect des règles de la norme électrique NF C15-100 qui relèvent de la compétence des électriciens professionnels sous contrôle de l'installateur agréé.

Au titre de la radioprotection, en application de l'article R.1333-22 du Code de la Santé Publique, l'utilisation de tout appareil de radiodiagnostic doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN).

La demande d'autorisation, comme le dossier de déclaration, doit contenir un plan qui fait clairement apparaître les dispositifs de radioprotection mis en place, et qui indique la codification des espaces professionnels.

Codification des lieux selon la norme NF C15-163 :

- Code I : Déshabillloirs et sas.
- Code II : Zones contrôlées (contrôle physique, médical et port obligatoire de la dosimétrie réglementaire).
- Code III : Zones d'occupation transitoire (dégagements, couloirs, escaliers, ascenseurs, toilettes, cours, jardins et tous lieux analogiques).
- Code IV : Zones surveillées (port de la dosimétrie passive).
- Code V : Zones non surveillées (situées dans l'établissement).
- Code VI : Tout autre lieu accessible.
- Code VII : Lieux matériellement inaccessibles.

Enfin, les appareils déclarés doivent :

- Avoir moins de 25 ans (arrêté du 14 mai 2004 JO du 20 juin 2004) ;
- Porter le marquage CE en cas de mise en service après 1998 (articles R.5211-1 à R.5211-53 du Code de la Santé Publique) ou être conformes à un type homologué selon la norme NF-C74-100 (arrêté du 9 décembre 1982) ;
- Comporter un dispositif permettant à l'utilisateur d'être renseigné sur la quantité de rayonnements émise en cas de mise en service après 2004 (décret n°2004-547 du 15 juin 2004 JO du 16 juin 2004) ;

- Faire l'objet d'une maintenance et de contrôles qualité (articles R.5212-25 à R.5212-35 du Code de la Santé Publique) selon les modalités précisées par l'AFSSAPS (en cours de finalisation pour les cabinets dentaire) ;
- Être implantés dans des installations aménagées conformément aux normes NF C15-160, NF C15-163 et NF C15-163/A1

3.1.1.3 Accessibilité aux personnes handicapées

D'ici à 2015, les cabinets dentaires devront être accessibles aux personnes handicapées tandis que les nouveaux cabinets doivent d'ores et déjà se mettre aux normes avec les règles d'accessibilité.

La loi n° 2005 - 102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits, des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées* a décidé de garantir l'accès des personnes handicapées aux établissements recevant du public.

Le législateur a donc modifié l'article L. 111 - 7 du code de la Construction et de l'Habitation qui prévoit désormais que les établissements recevant du public doivent être accessibles « *aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique* ».

Le décret n° 2006 - 555 du 17 mai 2006 est venu préciser les conditions d'accessibilité. Les cabinets dentaires étant des établissements recevant du public de cinquième catégorie, ils doivent répondre aux conditions posées par la loi et le décret.

Depuis le 1er janvier 2007, tout nouveau cabinet dentaire ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical ou dentaire doit répondre à ces exigences.

L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements, et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements.

Des arrêtés du 1er août 2006 et du 30 novembre 2007 précisent les aménagements à effectuer. Par exemple :

- tout parc de stationnement doit comporter des places adaptées pour les personnes handicapées situées à proximité de l'entrée de l'établissement ;
- tout escalier de trois marches ou plus doit notamment comporter une main courante et être antidérapant ;
- les sanitaires doivent comporter au moins un cabinet d'aisance aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et un lavabo accessible.

Des dérogations techniques à ces dispositions sont prévues pour ces nouveaux établissements en raison des caractéristiques du terrain, de la prévention des risques, notamment d'inondations, ou de la présence de constructions déjà existantes.

Quoi qu'il en soit devant la complexité de ces mesures, il paraît nécessaire de prendre les conseils d'un architecte avant tout achat ou construction d'un cabinet dentaire ainsi qu'avant la réalisation de travaux.

Sur le site de l'ordre national des chirurgiens dentistes se trouvent 15 questions / réponses pour préciser ce qu'il faut savoir de la loi en faveur des personnes handicapées, de son application pour les professions médicales libérales ainsi que des éventuelles dérogations qui lui sont prévues.

[http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews\[tt_news\]=218&tx_ttnews\[backPid\]=4&cHash=730206852d](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews[tt_news]=218&tx_ttnews[backPid]=4&cHash=730206852d)

L'accessibilité conduit à procurer à chacun le mieux vivre qu'apportent des bâtiments bien conçus. Cela doit être vu comme une véritable valeur ajoutée à la structure.

3.1.1.4 Accueil / Secrétariat

C'est le lieu d'accueil, d'information, de relations entre le praticien, le personnel, et toutes les personnes amenées à entrer en contact avec le cabinet (patient, accompagnants, fournisseurs etc.).

Ce lieu, comme nous l'avons vu au paragraphe 2.2.1.1, est donc une véritable plaque tournante du cabinet ; il doit être convivial et accueillant, avec un mobilier fonctionnel, esthétique, en harmonie avec la pièce et facile à entretenir.

Une zone doit rester accessible aux handicapés et aux personnes à mobilité réduite et comporte un plan de travail leur permettant de consulter des documents ou d'écrire (hauteur de 0,80 m pour la face supérieure et 0,70 m pour la face inférieure).

3.1.1.5 Salle d'attente

Ce lieu d'attente pour les patients et leurs accompagnants doit être distinct des autres pièces du cabinet.

Il est conseillé d'y prévoir des sièges adaptés aux personnes âgées et aux jeunes enfants.

3.1.1.6 Bureau(x) privé(s)

Si la superficie le permet, il est recommandé pour des raisons évidentes d'asepsie et de confort, de recevoir les patients dans un bureau privé, isolé de la salle de soin.

3.1.1.7 Salle de radiologie

Au sein du cabinet de chirurgie orale, le matériel nécessaire à la réalisation de clichés rétro-alvéolaires peut être installé dans la salle de soin. Sa présence dans une salle dédiée peut s'avérer intéressante dès lors que plusieurs praticiens y ont recours.

En ce qui concerne le matériel nécessaire à la réalisation de radiographie panoramique dentaire, l'installation se fera dans une salle dédiée et normée.

Cependant, ce type d'imagerie conventionnelle (rétro-alvéolaire et panoramique) réduit le volume anatomique à un plan unique où se superposent les différentes structures (osseuse, dentaire etc.)

Pour répondre clairement à l'attente, en chirurgie orale en particulier, une évaluation sectionnelle restituant la 3^{ème} dimension s'avère extrêmement utile, dans de

nombreuses situations. C'est la tomodensitométrie (scanner RX) qui, en premier, a permis de discriminer les volumes examinés plan par plan dans les trois dimensions de l'espace.

Le Cone Beam (Tomographie volumique à faisceau conique) est aujourd'hui la technique de référence de l'imagerie diagnostique en pathologie dento-maxillo-faciale, de par son application privilégiée à l'imagerie dento-maxillaire, sa faible irradiation par rapport au scanner RX, et sa résolution d'image.

Ses principales indications sont l'étude radiologique préimplantaire, l'examen des articulations temporomandibulaires, l'exploration des sinus maxillaires, le bilan des troisièmes molaires, dents incluses et ectopiques, la pathologie tumorale de la mandibule et du maxillaire et enfin le bilan radiologique orthodontique.

Au vu de ces avantages, et de la capacité aujourd'hui de la plupart des appareils type « Cone Beam » de réaliser également des radiographies panoramiques, le choix de ce type d'imagerie sera idéalement préféré au cabinet de chirurgie orale.

Enfin, la conformité de l'installation de la salle de radiologie est essentiellement liée à la dimension des salles, à la sécurité électrique et à la sécurité radiologique (Cf. paragraphe 3.1.1.2.b).

3.1.1.8 Salle de consultation et salle interventionnelle

D'après le Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie édité en 2006 par le Direction Générale de la Santé (DGS) ; plusieurs auteurs estiment souhaitable de disposer d'une salle particulière pour la pratique de la chirurgie implantaire.

Cependant, deux études (4) (5) ont comparé différentes conditions d'asepsie en chirurgie implantaire et leur influence sur l'ostéointégration, qu'elles confirment sur 5 ans. Elles semblent prouver qu'un milieu chirurgical stérile et des conditions d'asepsie d'une salle d'opération ne sont pas requis pour la réalisation d'actes d'implantologie.

La chirurgie peut donc être réalisée dans une salle de soin classique, dans les conditions d'hygiène et d'asepsie conformes aux règles de bonnes pratiques et aux précautions standard pour un acte invasif avec projections de liquides biologiques.

Si des techniques chirurgicales spécifiques sont nécessaires, l'environnement technique sera modifié en fonction du type de chirurgie. Le praticien adaptera également son environnement technique en fonction du type d'anesthésie, de la durée d'intervention et du site d'intervention et de prélèvement. (24)

Il reste néanmoins souhaitable de différencier, au sein du cabinet de chirurgie orale, des salles interventionnelles d'usage conventionnel pour les consultations et toute chirurgie autre que l'implantologie, de salles dédiées à la chirurgie implantaire qui, elles, requièrent un environnement technique minimal avec des conditions d'asepsie particulières et de sécurité adaptées. L'objectif principal étant notamment une meilleure planification des interventions, et un confort accru d'organisation.

Nous trouverons au sein de ces salles différents dispositifs médicaux, du moins au plus souvent sollicité au cours des soins :

- l'appareil radiographique (s'il n'est pas situé dans une salle de radiologie) ;
- le fauteuil ;
- le scialytique ;
- la seringue air / eau ;
- les instruments rotatifs ;
- le tabouret ;
- la pédale ;
- le mobilier.

Ces salles d'intervention doivent permettre un nettoyage facile, reproductible et une gestuelle respectant les règles d'asepsie.

Le choix du fauteuil, mécanique ou hydraulique, doit intégrer certains critères d'hygiène (siège et dossier du fauteuil lisses et sans coutures, cordons lisses, commandes à pédales ou par touches digitales sans relief), le scialytique doit avoir une poignée recouverte d'une protection à usage unique ou stérilisable, le(s) meuble(s) mobiles seront destinés à recevoir du matériel d'examen et de soins, le(s) meuble(s) fixes seront de préférence suspendus (dans un souci d'hygiène), le siège opérateur choisi sera de préférence léger, stable, peu encombrant, avec un nombre impair de roulettes.

Un système d'aspiration chirurgicale avec poches à usage unique, jetables est naturellement préférable dans un cabinet de chirurgie orale.

Au sein des salles interventionnelles ou à proximité directe se trouvera un équipement pour l'hygiène des mains comportant : un lavabo sans trop plein, de préférence isolé des plans de travail, une distribution d'eau, de préférence à commande non manuelle (cellule photo-électrique...), un distributeur de solution hydro-alcoolique et de savon liquide, de préférence avec une recharge entièrement jetable (pompe y compris), un distributeur d'essuie-mains à usage unique, une poubelle (dont l'ouverture est à commande non manuelle).

Enfin, en raison de l'évolution rapide des techniques et de l'apparition de nouveaux matériels, il semblerait judicieux de réserver une flexibilité relative au sein des salles de soins.

3.1.1.9 Salle de repos

La présence d'une salle de repos avec restauration est obligatoire en cas d'emploi de personnel.

Pour la patientèle, en particulier lors d'actes chirurgicaux, la présence d'une seconde salle de repos peut s'avérer très utile. En effet, le patient peut être invité à s'y installer immédiatement après l'intervention, où il pourrait lui être proposé l'application d'une poche de glace, ou une éventuelle prise d'antalgiques. Ce temps peut permettre par exemple au patient de se reposer ou encore au praticien de contrôler un saignement post-opératoire.

3.1.1.10 Salle de prévention

Une salle de prévention peut également s'avérer très utile pour l'éducation des patients à l'hygiène bucco-dentaire, à la maintenance, surtout dans les domaines de la parodontologie et l'implantologie.

Pourront y être réalisés l'enseignement des techniques de brossage et/ou d'utilisation de fil dentaire et/ou de brossettes inter-dentaires, à l'aide de révélateur de plaque.

3.1.1.11 Salle de stérilisation

La zone d'entretien des dispositifs médicaux est un élément majeur du cabinet, une zone technique active, à risque infectieux élevé. Elle doit être proche (et dans l'idéal directement accessible) des salles de soins, mais protégée et totalement indépendante des autres pièces. Au niveau de cette zone les choix passent avant tout par des règles et normes qui, bien qu'elles ne fassent pas l'objet de textes réglementaires, doivent être respectées avec rigueur.

La zone d'entretien des dispositifs médicaux sera pourvue de préférence d'un point d'eau indépendant pour le lavage des mains et d'un bac double pour l'entretien des dispositifs médicaux (un bac pour le trempage et nettoyage, un bac pour le rinçage).

La zone est organisée de façon à ce que le matériel sale ne croise pas le matériel stérile : une partie sale où rentre l'instrumentation souillée pour y être nettoyée et une partie propre où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés, stérilisés et stockés.

3.1.1.12 Sanitaires

La présence de sanitaires, recommandée pour le public, est impérative dès lors que l'on emploie du personnel. C'est un lieu bien différencié, isolé, signalé, qui doit respecter la réglementation relative à l'accessibilité aux personnes handicapées et à mobilité réduite.

Les sanitaires doivent être équipés d'un WC et d'un lavabo suspendus pour faciliter l'entretien des sols ; et la robinetterie à commande non manuelle.

L'ensemble est complété par un distributeur de savon à recharge entièrement jetable (pompe y compris), d'un distributeur d'essuie-mains à usage unique et d'une poubelle.

3.1.2 Matériel Chirurgical

3.1.2.1 Dispositif médical

D'après le Code de la santé publique, article L. 5211-1; on entend par dispositif médical (DM) « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. »

On distingue les dispositifs médicaux implantables et non implantables. L'implant dentaire est un exemple de dispositif médical implantable.

Le matériel chirurgical nécessaire à toutes les interventions de chirurgie orale listées au paragraphe 2.1.1 doit être présent au cabinet, en quantité suffisante, assurant le fonctionnement en flux tendu et sans encombre de l'ensemble des praticiens.

3.1.2.2 Les cassettes chirurgicales

Dans un souci d'ergonomie et d'efficacité, il semble indispensable que les praticiens du cabinet de chirurgie orale se mettent d'accord sur le contenu de différentes cassettes chirurgicales, pré-préparées par actes, qui dépendra naturellement des habitudes de chacun.

Une cassette chirurgicale standard pourrait contenir notamment :

- Ecarteur (de Dautrey, de Farabœuf, lames malléables / souples) ;
- Miroir ;
- Seringue à carpule ;
- Manche de bistouri froid ;
- Syndesmotome de Bernard droit ;
- Syndesmotome faucille ;
- Décolleur ou rugine ;
- Elévateur de Pont ;
- Périotome ;
- Curette (de Lucas ou de Chompret droite) ;
- Pince-gouge ou rape à os ;
- Pince porte aiguille ;
- Pince à disséquer d'Adson (plate ou à griffe) ;
- Ciseaux à fil.



Figure 1 : Exemple de contenu de cassette chirurgicale « standard ». 1. Seringue à carapule, 2. Manche de bistouri froid, 3. Pince d'Adson plate, 4. Ciseaux à fil, 5. Pince porte aiguille, 6. Canule d'aspiration, 7. Écarteur de Dautrey, 8. Syndesmotome de Bernard, 9. Élévateur de Pont, 10. Syndesmotome faucille, 11. Décolleur de Prichard, 12. Curette de Lucas, 13. Pince gouge.

À cette cassette (fig.1), pourra être ajouté le matériel pour l'asepsie péri-orale et intra-buccale (cupule, pince à forcipresse avec compresse, antiseptique de type polvidone iodée – Bétadine® – ou à base de chlorhexidine), le matériel d'aspiration chirurgicale (tuyau à usage unique, poche d'aspiration), le matériel d'anesthésie usuel (aiguilles, carpules), des compresses, du fil de suture, une lame de bistouri (n°11, n°12, n°15) ou un bistouri à usage unique, un abaisse-langue, un porte-instrument rotatif (pièce à main droite ou courbée), des fraises boules et fissures en carbure de tungstène, un appareil piézoélectrique, un système d'irrigation stérile (avec de l'eau stérile ou du sérum physiologique).

Pour les actes d'implantologie, s'ajoutera à cela un champ opératoire percé, ainsi que l'ancillaire choisi selon le fabricant d'implants utilisés au cabinet, qui contient généralement tout le nécessaire à la pose d'un implant simple.

Différentes cassettes pourront ainsi être pensées, conçues et mises en place en fonction de l'acte chirurgical prévu, en vue de se substituer ou de compléter la cassette chirurgicale standard :

- Cassette de chirurgie parodontale (fig.2) ;
- Cassette de chirurgie apicale (fig.3) ;
- Cassette de dégagement / collage de dents retenues (fig.4) ;
- Cassette de chirurgie guidée ;
- Cassette d'avulsions multiples (avec par exemple les différents daviers) ;
- Cassette d'ostéotomes et maillets (sinus lift par méthode de Summers, expansion de crête etc.) ;
- Cassette de chirurgie des tissus mous (avec par exemple pince cochère, ciseaux à disséquer, pince hémostatique, pince à disséquer) etc.

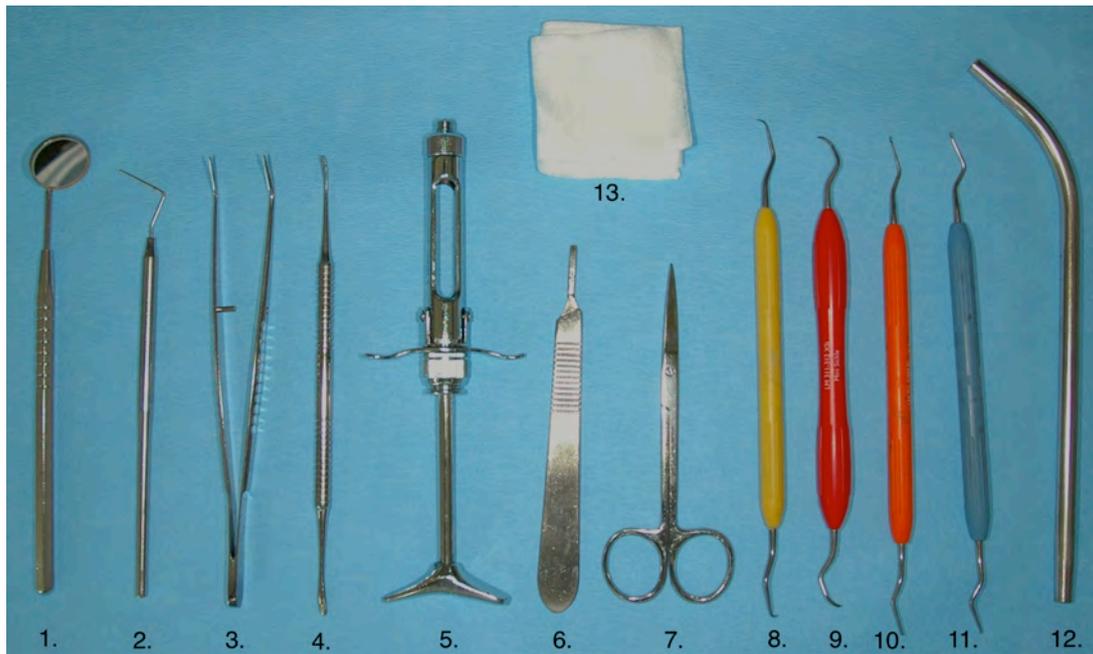


Figure 2 : Exemple de contenu d'une cassette de chirurgie parodontale « standard ».
 1. Miroir, 2. Sonde parodontale, 3. Précelles, 4. Décolleur, 5. Seringue à carpule, 6. Manche de bistouri froid, 7. Ciseaux à fil, 8.9.10.11. Différentes curettes, 12. Canule d'aspiration, 13. Compresses.



Figure 3 : Exemple de matériel stérilisable à ajouter à la cassette chirurgicale standard en vue d'une chirurgie endodontique. 1. Pièce à main ultrasonore et insert ultrasonique, 2. Micro-spatule, 3. Micro-fouloir, 4. Spatule à bouche, 5. Spatule à ciment.

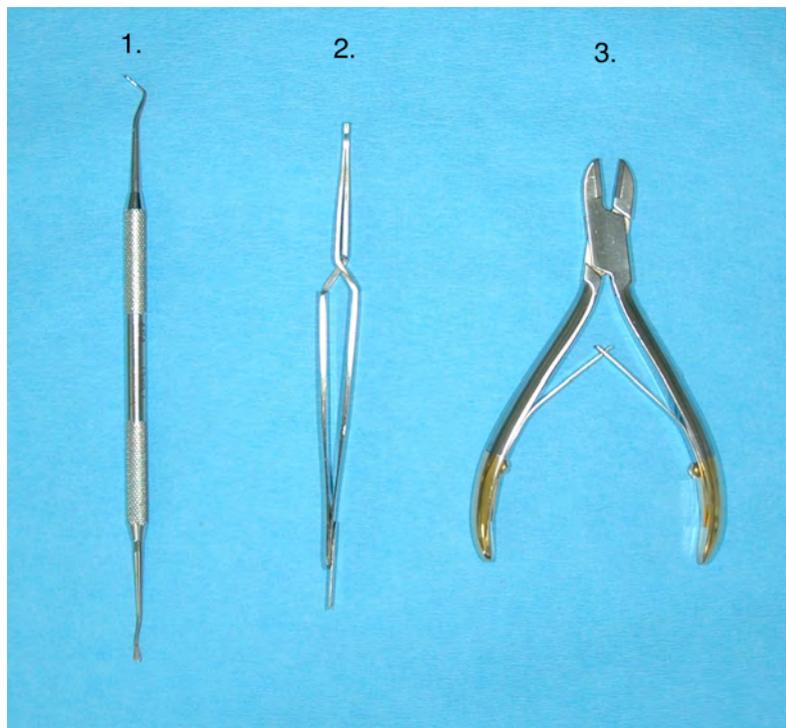


Figure 4 : Exemple d'instruments stérilisables à ajouter en vue d'un dégagement/collage de dent(s) retenue(s). 1. Spatule à fil crantée, 2. Précelles avec lame de positionnement, 3. Pince coupante.

3.1.2.3 Instruments de chirurgie osseuse

Une instrumentation particulière est nécessaire aux nombreux actes qui nécessitent des techniques de résections et plasties osseuses. Cette instrumentation est diverse et peut varier selon les habitudes pratiques des praticiens, les nouvelles technologies, les nouvelles techniques chirurgicales, les fournisseurs.

La régularisation osseuse peut se faire par des râpes à os ou des pinces gouges. Les excisions osseuses, les plasties et les prélèvements de copeaux d'os nécessitent l'utilisation de ciseaux à os (manuels, pour parodontologie, frappés avec un maillet etc.)

3.1.2.3.1 Appareils rotatifs

Selon les indications, un très large choix de fraises chirurgicales à os est disponible. Ces dernières peuvent être compatibles avec les micro-moteurs mais également les turbines.

Un micro-moteur chirurgical, avec irrigation stérile par des poches réfrigérées, est indispensable à la pose d'implants.

3.1.2.3.2 Appareils piézoélectriques

Différents systèmes de bistouris piézoélectriques trouvent de nombreuses indications en chirurgie orale. Par exemple dans le domaine de la parodontologie pour le débridement des poches, le surfaçage radiculaire, ainsi que l'aménagement parodontal par ostéoplastie. Différentes applications existent pour les avulsions de dents permanentes ou lactéales, de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe, de dents incluses ou enclavées, de canines incluses, d'odontoïdes ou de dents surnuméraires incluses ou enclavées, ou d'une dent en désinclusion dont la couronne est sous muqueuse. (28) (7)

En chirurgie pré-implantaire et implantaire, la chirurgie piézo-électrique trouve son indication dans (27) :

- les expansions de crête osseuse ;
- les ostéotomies du bord antérieur du sinus lors de comblement de sinus ;
- les prélèvements de greffon d'origine ramique, symphysaire ou tubérositaire ;
- les prélèvements particuliers, en copeaux ou en bloc d'os cortical ;
- les ostéotomies lors de l'insertion de lames ramiques , les ostéotomies lors de la latéralisation du nerf alvéolaire inférieur ;
- le décollement de la muqueuse sinusienne lors de greffes sinusiennes ;
- le décollement de la muqueuse sinusienne lors de soulèvements de sinus ;
- la dépose d'implants ostéo-intégrés ;
- l'extraction atraumatique de dents dans les techniques d'implantation immédiate ;
- la préparation du site receveur dans les greffes d'apposition ;
- la préparation des sites pour l'ostéodistraktion ;
- la mise en forme et ébarbage des greffons lors d'ostéosynthèse ;
- la compaction des biomatériaux lors de complements de sinus, des soulèvements de sinus et complements d'alvéoles après extractions dentaires. ;

3.1.3 Matériel autre

Les actes chirurgicaux constituent l'essentiel des actes réalisés au sein du cabinet de chirurgie orale, mais une instrumentation spécifique est nécessaire pour de multiples autres usages.

Des instruments pour examen sont nécessaires aux consultations : Sondes droites à tiges coudées ou contre-coudées, sondes parodontales graduées, miroir, précelles.

Une instrumentation spécifique est nécessaire à la réalisation de résections apicales : Différents instruments de micro-chirurgie (micro-miroir, micro-fouloir, micro-spatule), inserts ultrasonores spécifiques etc.

Pour la pratique de certains actes de parodontologie, tels que les détartrages et surfaçages : Instruments sonores et ultrasonores, de photo désinfection ou photothérapie dynamique, aéro-polisseur, brosses en titane etc.

Certains actes prothétiques peuvent également avoir lieu. Pour cela, différents instruments et matériels s'imposeront selon les besoins et les indications (prise d'empreintes, réglages d'attachements, meulages de prothèses, polissage etc.).

3.1.4 Gestion des stocks

L'objectif de la gestion des stocks sera le fonctionnement à flux tendu, c'est à dire éviter d'être à court de matériel, de commander en urgence au dernier moment (ce qui entraîne généralement un coût supplémentaire).

Il est donc préférable d'avoir connaissance de la consommation du cabinet par jour, semaine, mois dans le but de passer le minimum de commandes pour le minimum de manipulations (de commande, réception, rangement) et de renouveler le matériel pour une période déterminée, évitant ainsi les produits obsolètes, oubliés et inutilisables qui engageraient des pertes financières.

Une façon de faire reviendrait par exemple à faire un inventaire et une commande mensuels ainsi qu'un bilan annuel avec réévaluation des quantités de produits, des prix, des offres des différents fournisseurs.

Il est conseillé de choisir et garder un mode de rangement car « on fait bien ce que l'on sait faire et que l'on fait souvent ». Cela peut revenir à ranger son matériel par spécialité ou type d'acte par exemple.

Il existe aujourd'hui certains logiciels qui nous aident à la gestion des stocks en nous indiquant par exemple les quantités restantes de tel ou tel produit, à l'aide de codes barres que l'on peut appliquer sur les contenants. Ce procédé de traçabilité permet la rotation du matériel.

Le stockage des instruments doit répondre à un certain nombre d'exigences de base (1):

- Stocker à l'abri de toute humidité, l'humidité étant un facteur de risque tant pour les instruments non stériles que pour ceux qui sont présentés stériles ; dans le premier cas, associé à des conditions de températures défavorables, elle favorise l'émergence de corrosion, dans le second cas, tout emballage « mouillé » perd sa qualité de barrière microbienne et n'est plus d'état stérile ;
- Stocker dans des conditionnements adaptés. Tous les DM présentant des zones « sensibles » (coupe, pointes, pas de vis) sont à conserver dans des supports adaptés, qui seront eux- mêmes nettoyés, désinfectés et/ou stérilisés ;
- Stocker dans un espace ventilé, sans poussière. Les boîtes fermées réduisent les risques de contamination par les poussières ;
- Stocker à l'abri de toute détérioration mécanique. Pour l'emballage des DM stériles, il est essentiel de veiller à ne pas « pincer », plier ou perforer les emballages ;
- Distinguer de préférence le lieu de stockage des DM présentés stériles de celui des DM non stériles ;
- Mettre en place un procédé de traçabilité (cycle/date/lot) afin d'assurer la rotation du stock de matériel.

3.1.5 Gestion des déchets

3.1.5.1 Classification

Il faut différencier :

- Les déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (DAOM)

Papiers, emballages ou déchets mous non contaminés : compresses, gants, gobelets, rouleaux salivaires n'ayant pas été en contact avec le patient ou avec les déchets contaminés.

- Les déchets d'Activité de Soins à Risque (DASR)

A risque toxique et chimique.

Matériaux périmés, médicaments, produits cosmétiques, divers résidus de produits chimiques issus du cabinet ou du laboratoire de prothèse, bains radiologiques, capsules pré-dosées pour amalgame, déchets secs d'amalgame non contaminés.

- Les déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI)

A risque physique.

Tout dispositif médical réformé, petite instrumentation réformée, déchets mous contaminés, dents extraites, déchets d'amalgame : secs ou humides contaminés, contenu des séparateurs d'amalgame, déchets spécifiques contaminés (aiguilles, capsules, bistouris, instruments endodontiques, tout dispositif ou instrument coupant, perforant...).

Selon le code de la Santé Publique, les modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins et assimilés, notamment la durée d'entreposage ainsi que les caractéristiques et les conditions d'entretien des locaux d'entreposage, sont définies par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. (Article R.13355-7 : modalités d'entreposage des DASRI)

3.1.5.2 Tri et conditionnement

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, les déchets doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Dans toute salle de soins, se trouveront :

- Une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers ;
- Une poubelle pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (protège salive, bavettes) ; destinés à l'incinération.
- Une boîte à Objets Piquants Coupants Tranchants (OPCT) norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille). Les instruments déclassés devront suivre cette filière, dans le local spécifique (cf. paragraphe 3.1.5.3). (Incinération directe)
- Un conteneur étanche pour les déchets sera mis à disposition. Enfin, l'emballage pour les films radiographiques, les films radiologiques et les résidus argentifères

seront éliminés par une filière spécifique. Néanmoins, ils sont de moins en moins utilisés (33)

3.1.5.3 Stockage

Selon l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, un local identifié doit être dédié à l'entreposage des déchets préalablement emballés.

Il doit permettre une protection des déchets contre les intempéries, la chaleur, les animaux. Le sol et les parois doivent être lessivables et doivent faire l'objet d'un nettoyage régulier et d'une ventilation suffisante (aération naturelle ou extraction d'air). Dans l'attente de la fermeture hermétique du conteneur de transport, on privilégie les conteneurs rigides.

Cette disposition ne s'applique qu'en cas de production de déchets d'activités de soins supérieure à 5 kg par mois.

La durée maximale de stockage autorisée entre la production et le moment où les déchets sont traités est fonction de la quantité produite.

- Si la quantité de DASRI et assimilés produite est inférieure ou égale à 5 kg par mois, le délai entre la production effective et leur enlèvement ne doit pas excéder trois mois.
- Si la quantité de déchets produite est comprise entre 5 kg par mois et 100 kg par semaine, le délai entre la production effective et l'incinération ou prétraitement par désinfection ne doit pas excéder 7 jours. (33)

3.1.5.4 Transport et élimination

Le transport des déchets à risques infectieux vers le lieu d'incinération ou de désinfection impose un suremballage ou un conteneur agréé, conformément aux dispositions réglementaires internationales visant le transport de matières dangereuses par la route.

Les déchets peuvent être transportés dans un véhicule personnel ou de fonction à quatre roues, si leur masse reste inférieure ou égale à 15 kg. (33)

L'élimination des déchets de soins à risques infectieux peut être confiée à un prestataire de service, par une convention écrite. Des entreprises privées proposent un ramassage régulier et fournissent les différents types d'emballages réglementaires. Leur prix est fonction du volume collecté. Dans ces conditions, le producteur doit veiller au respect des dispositions réglementaires car il reste responsable de ses déchets même s'il n'en assure pas l'élimination.

Le soignant doit exiger un bon de prise en charge et un bordereau de suivi CERFA n°11352*-01 pour une production < 5 kg/mois dans le cadre d'un regroupement qui atteste de la traçabilité des déchets et constitue une preuve de l'élimination. Le document doit comporter l'identification du producteur et du tiers (collecteur) ainsi que le destinataire et les modalités d'élimination: conditionnement, collecte, transport, installations de traitement. Ce bordereau de suivi est signé par chacun des intermédiaires et retourné au moins une fois par an au producteur de déchets. Les documents de suivi (bons de prise en charge, bordereaux et états récapitulatifs) sont

conservés pendant trois ans. Les informations devant clairement figurer dans la convention et sur les documents de suivi sont précisées dans les annexes du guide technique sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques. (33)

3.2 Impératifs d'hygiène, antiseptie et asepsie

La chirurgie orale est constituée d'actes invasifs. Les notions de milieu septique, d'exposition aux liquides biologiques ou de contamination croisée sont omniprésentes. S'imposent donc, avec l'émergence de la notion de sécurité sanitaire, des mesures d'hygiène et d'asepsie pour la sécurité du patient et du personnel soignant.

La connaissance et la mise en œuvre des « précautions standards » face aux risques de contamination liés au sang et aux liquides biologiques, le respect des règles d'asepsie et de préparation du malade et la maîtrise de la contamination de l'environnement doivent être respectés en tout lieu de soins, par tous les praticiens et leurs assistant(e)s, et pour tout patient.

L'Association française de normalisation (Afnor) dans la norme terminologique NF T 72-101 (37) donne les définitions suivantes :

- *Désinfection* : « opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus portés par des milieux inertes contaminés en fonction des objectifs fixés. Le résultat de l'opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération » ;
- *Antiseptie* : « opération au résultat momentané permettant, au niveau des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus en fonction des objectifs fixés. Le résultat de l'opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération ».

L'antiseptie a pour but d'éliminer ou de réduire les micro-organismes présents sur le site traité : au niveau de la peau saine, elle agira sur les deux flores cutanées, commensale et transitoire. Sur les muqueuses, elle aura le même effet de réduction de la flore locale, sachant que le support visé est beaucoup plus fragile que la peau saine.

Les désinfectants sont quant à eux définis comme des substances chimiques utilisées pour la désinfection des surfaces et du matériel. Ils contiennent au moins un principe actif doué d'activité antimicrobienne prouvée et sont destinés à la désinfection, dans des conditions définies. Nous rencontrerons plus loin leurs nombreux domaines d'utilisation.

3.2.1 Personnel

3.2.1.1 Précautions standards : protection vestimentaire

Les règles de bases en hygiène reposent sur le respect des précautions standards, dont le principe de base est de « considérer tout patient comme porteur potentiel d'agent infectieux connu ou inconnu » (32). Leur objectif est donc d'assurer une double

protection : limiter la contamination du personnel par le patient et du patient par le personnel.

La circulaire, DGS/DH/98 249 du 20 avril 1998 (11) a ainsi fixé un certain nombre de recommandations :

Tableau 1 : Les précautions « standards » *. Mesures de prévention à appliquer vis-à-vis de l'ensemble des patients, d'après l'annexe II de la circulaire DGS/DH n°98-249 du 20 avril 1998.

SITUATIONS	MODALITÉS
Si contact avec du sang ou un produit biologique	<ul style="list-style-type: none"> - Après piqûre, blessure : lavage et antiseptie au niveau de la plaie. - Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant à l'eau ou au sérum physiologique.
Lavage et/ou désinfection des mains	Après retrait des gants, entre deux patients, deux activités.
Port de gants Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités et en cas d'interruption de soins	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de surblouses, lunettes, masques	Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine
Matériel souillé	Matériel piquant, coupant, 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 précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit

	<p>d'origine humaine. 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.</p> <p>Vérifier que le matériel a subi les procédures de stérilisation avant d'être réutilisé.</p>
Surfaces souillées	<p>Nettoyer puis désinfecter avec de l'Eau de Javel® à 2,6% (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections de sang ou de tout autre produit d'origine humaine.</p>
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	<p>Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués dans un emballage étanche, fermé.</p>

* Précautions standards et/ou précautions universelles : la terminologie actuelle est « standards », après avoir été « universelles » car ces précautions s'appliquent non seulement au contact avec le sang mais avec tous les liquides, excréta et/ou sécrétions d'origine humaine, sauf la sueur, ainsi qu'aux contacts avec la peau lésée et les muqueuses. (8)

3.2.1.1.1 Tenue de travail

Le port de la tenue de protection a pour objectif de constituer une barrière à la contamination entre soignant et soigné. Cette dernière doit être adaptée aux différentes situations rencontrées

La tenue de travail peut être constituée d'un « pyjama », comprenant un pantalon et une tunique à manches courtes, avec une encolure la plus couvrante possible, soit en textile – les textiles en microfibres de polymères sont préférables à ceux en coton – soit à usage unique en non tissé. Les vêtements de travail doivent être changés régulièrement et chaque fois qu'ils sont visiblement souillés. Ils doivent remplacer ou recouvrir largement les vêtements civils et avoir des manches courtes ou semi-longues qui facilitent tout lavage des mains. (5)

Pour toute intervention de type chirurgical (implantologie en particulier), il faut prévoir le port d'une casaque dont les caractéristiques seront de garantir une bonne étanchéité aux manches et à l'encolure, et d'être enveloppante avec un système de fermeture adapté et efficace. (43) Elles peuvent répondre aux exigences de la norme NF EN 13795 : « Drapage et habillage chirurgicaux à usage unique et réutilisables, utilisés en tant que dispositifs médicaux dans les établissements de soins pour les patients, le personnel et les équipements ». (36) (42)

Leurs dimensions devront être en adéquation avec la taille des personnes qui les portent. La fermeture de la casaque se fera dans le dos, et sera soit droite (velcro, pression), soit croisée avec un lacet de fermeture. (43)

Les autres accessoires vestimentaires pour des interventions chirurgicales sont les chaussures lavables et/ou les couvre-chaussures (ou sur-chaussures) ainsi que les coiffes pour tenir la chevelure.

3.2.1.1.2 Masque et lunettes

Pour tous les soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, il convient de porter un masque médical.

Le port de masque médical (aussi appelé masque chirurgical) a pour objectif de protéger le patient, l'opérateur ainsi que l'environnement de travail (air, surfaces, produits) d'une éventuelle contamination. Il protège celui qui le porte contre les agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes ». En aucun cas il ne le protège contre les agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ». (43)

Les masques médicaux sont des dispositifs médicaux (de classe I) qui relèvent de la directive européenne 93/42/CEE. La conformité de ces masques aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE. (33)

Le masque doit couvrir le nez et la bouche, être équipé d'une barrette nasale intégrée, permettant une adaptation anatomique. Une fois mis en place, dans le bon sens, il ne doit jamais être touché pendant les soins.

Il n'existe pas de « masque éternel » : le masque doit être changé de façon régulière : au minimum entre chaque patient, mais également à chaque fois qu'il est humide ou après un geste chirurgical. La durée de la protection est d'environ trois heures dans des conditions normales d'utilisation. Il constitue une protection à usage unique, et doit donc être jeté dès son retrait.

Enfin, le port du masque est à réserver au niveau du fauteuil, il n'a aucune justification dans les autres zones.

Les lunettes doivent être systématiquement portées pour tout acte. Elles devront être larges et présenter une protection latérale via un retour sur les cotés, et donc bien couvrir les yeux pour éviter toute aérosolisation ou projection sanguine lors du soin.

Elles peuvent être remplacées par des visières (masques à visière ou visière indépendante) tant que ces dernières présentent des caractéristiques de design et de résistance au niveau de leur efficacité, de la protection, de la résistance à la rayure, d'absence de reflet (scialytique) et de l'existence d'un effet antibuée.

3.2.1.1.3 Gants

Le port de gants doit être un geste « réflexe » dès qu'il y a contact avec la zone buccale et lors de la manipulation des dispositifs médicaux souillés en vue de leur traitement et/ou de leur élimination. (11) (8)

L'utilisation des gants est donc une recommandation de base pour tout soin et tout contact avec des souillures biologiques. Le choix du gant sera fonction du geste effectué (stérile, non stérile, médical, chirurgical).

Les gants utilisés doivent être stériles pour les procédures chirurgicales mais peuvent être non stériles pour les examens ou procédures non chirurgicales. Ils doivent être conformes à la réglementation (marquage CE obligatoire depuis le 14 juin 1998) et aux normes européennes (EN 455-1, EN 455-2). (33)

Les matériaux principaux entrant dans la composition des gants sont le latex, le vinyle et le nitrile. L'évolution de ces matériaux est essentiellement due à l'apparition

d'un certain nombre de phénomènes d'intolérance aux gants. Cependant, le produit de référence reste le latex.

Deux types de gants se distinguent par leurs dimensions et leurs caractéristiques techniques. Il s'agit des gants dits d'examen (ou de soins) et des gants dits chirurgicaux.

a) Gants d'examen

Les gants d'examen sont des dispositifs médicaux de classe I (18) (19).

De ce fait, ils relèvent de l'automarquage « CE », accompagné, le cas échéant, d'une vérification du procédé de stérilisation par un organisme notifié.

Leur objectif est d'assurer une protection du personnel utilisateur lors de soins en contact avec des liquides biologiques (précautions standard).

Leurs indications sont nombreuses, il s'agit de protéger l'utilisateur de tout contact avec le sang, des liquides biologiques, des déchets, des DM souillés et des produits chimiques à type de désinfectants.

b) Gants chirurgicaux

Ce sont des dispositifs médicaux de classe II a. (18) Leur certification, par rapport aux exigences des normes harmonisées NF EN 455-1, -2, -3, les rend conformes aux exigences essentielles du marquage CE.

Leurs propriétés attendues sont de constituer une barrière microbiologique efficace, une isolation vis-à-vis du risque électrique tout en assurant une bonne conformabilité à la main qu'ils habillent. Ils doivent assurer une résistance à l'éclatement et à la traction.

Il a été décrit (31) que vis-à-vis des AES, l'effet du double gantage réduit le risque infectieux non seulement par son effet protecteur immédiat mais aussi par son effet d'essuyage des liquides biologiques. Cependant, le double gantage entraînant parfois une perte de dextérité, il est possible de recourir à une alternative faisant appel à des gants plus épais.

Règles de base pour une bonne utilisation des gants (43):

- Se laver les mains avant le port des gants ;
- Ne mettre des gants que sur des mains sèches ;
- Rejeter les gants présentant des défauts ou des altérations ;
- Changer les gants de façon régulière ;
- Enlever les gants sans toucher la surface externe : principe sale-sale ;
- Se laver les mains après le port de gants ;
- Conserver les gants dans leur emballage d'origine ;
- Conserver dans un endroit sec, à l'abri de la lumière et des risques électriques.

3.2.1.2 Antisepsie, lavage des mains

L'hygiène des mains est une opération de base, dont l'efficacité dans la réduction du risque infectieux manu porté est largement démontrée.

La flore des mains étant constituée d'une flore dite « transitoire » et d'une flore dite « résidente », en fonction des objectifs à atteindre vis-à-vis de ces flores cutanées et du risque infectieux lié à l'acte pratiqué, il est communément défini trois traitements : lavage simple, lavage hygiénique, lavage chirurgical. Les deux derniers pouvant faire appel à des produits sans rinçage à l'aide de solution hydroalcoolique.(43)

Néanmoins, lorsque les mains sont visiblement propres, non souillées par des liquides ou des matières organiques, sèches et en l'absence de talc ou de poudre, le Comité Technique des Infections Nosocomiales (CTIN, avis du 5 décembre 2001) recommande de réaliser une friction des mains avec une solution hydroalcoolique en remplacement du lavage simple des mains. (40)

Les préalables indispensables à tout traitement des mains sont des ongles courts et sans vernis, les avant bras dégagés, et l'absence de bijoux.

Le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie édité par le ministère de la santé et la solidarité en juillet 2006 nous présente (tableau 2) les différentes techniques d'hygiène des mains selon le risque infectieux pour le patient et le personnel :

Niveau de risque infectieux	Exemples (liste non exhaustive)	Lavages des mains	Friction des mains avec un produit hydroalcoolique
BAS	<ul style="list-style-type: none"> • Avant un geste non ou peu invasif (prise d'empreinte...) • A la fin d'un soin après retrait des gants • Avant la manipulation d'objets propres, désinfectés ou stériles conditionnés 	<p>LAVAGE SIMPLE avec l'eau du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> • mouiller les mains • prendre une dose de savon liquide non désinfectant • savonner : durée ≥ 15 secondes • rincer • sécher par tamponnement avec des essuie-mains à usage unique non stériles 	<p>TRAITEMENT HYGIENIQUE PAR FRICTIONS Sur des mains sèches, visiblement propres, non souillées par des liquides organiques et de préférence non poudrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • déposer la dose du produit dans le creux de la main • frictionner 30 à 60 secondes toute la surface des mains jusqu'à séchage complet
MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Après un contact accidentel à mains nues et sans blessure avec liquide biologique ou objet souillé • Avant un geste invasif (soins, avulsion dentaire...) 	<p>LAVAGE HYGIENIQUE avec l'eau du réseau Même technique que lavage simple MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • savon liquide désinfectant • savonner : durée ≥ 30 à 60 secondes selon le produit 	
HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Avant un geste invasif avec asepsie de type chirurgicale (chirurgie endodontique, avulsion avec fraisage de l'os, implantologie....) 	<p>LAVAGE CHIRURGICAL avec une eau bactériologiquement maîtrisée pour ce lavage, mains toujours au-dessus du niveau du coude</p> <ul style="list-style-type: none"> • mouiller mains et avant-bras • savonner mains et avant-bras, coudes inclus avec un savon liquide désinfectant (durée = 1 minute/côté) • brosser les ongles avec une brosse stérile (30 secondes/main) • rincer mains et avant-bras • savonner mains et avant-bras, coudes exclus (durée = 1 minute/côté) • rincer mains et avant-bras • sécher avec 2 essuie-mains stériles 	<p>DESINFECTION CHIRURGICALE PAR FRICTIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavage simple des mains avec un savon liquide non désinfectant avec l'eau du réseau, durée ≥ 15 secondes • brossage des ongles avec une brosse stérile (30 secondes/main) • rinçage • séchage soigneux avec un essuie-mains à usage unique non stérile • 1^{ère} friction des mains aux coudes inclus jusqu'à séchage complet (durée > 1 minute) • 2^{ème} friction des mains aux avant-bras (coudes exclus) jusqu'à séchage complet (durée > 1 minute)

Tableau 2 : Techniques d'hygiène des mains en fonction du niveau de risque infectieux pour le patient ou le personnel.

Pour résumer, en pratique odontologique, le lavage chirurgical des mains s'imposera lorsqu'une asepsie de type chirurgical, avec haut risque infectieux, est préconisée par le praticien.

Le recours à la friction alcoolique à visée hygiénique satisfera la prévention du risque pour tous les autres actes, dans la mesure où les mains ne présentent pas de souillures visibles à l'œil. Elle assure de surcroît une protection supplémentaire pour le soignant en cas d'exposition au sang.

3.2.2 Patient

La préparation du patient constituera la première étape après son accueil en vue d'une intervention chirurgicale. Elle aura pour objectif de réduire la densité des germes et de la flore pathogène au voisinage du site opératoire et de limiter l'aérobiocontamination générée par les soins (en volume et en qualité). Les patients seront donc priés de se brosser les dents et muqueuses avant leur arrivée au cabinet où une désinfection endobuccale avec un bain de bouche sera réalisée.

L'utilisation d'antiseptique sous la forme de bain de bouche est régie par certaines règles : ne pas mélanger les principes actifs, ne pas déconditionner ou transvaser, préférer les doses unitaires, privilégier une ouverture facile sans risque de contamination, indiquer la date d'ouverture sur la bouteille et respecter la date de péremption et la durée d'utilisation, conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Les produits utilisés sont la chlorhexidine ou la polyvidone iodée (Bétadine® verte). Le choix est fonction du terrain allergique du patient.

Le principe de la désinfection exobuccale est de badigeonner du sale vers le propre, c'est à dire du centre vers la périphérie. L'opération débute par un badigeonnage large, soigné et répété de la zone péri-orale à l'aide d'un produit antiseptique de type Bétadine® jaune ou chlorhexidine en cas d'intolérance ou d'allergie aux produits iodés. (Kumar et al., 2006). Suivra un séchage final permettant un éventuel collage de champ opératoire percé. Le matériel utilisé doit être disposé à l'écart de la table d'instruments, car considéré comme septique.

De manière générale, la préparation du patient sera fonction du type de prise en charge. (49)

Concernant les actes d'implantologie orale, la HAS recommande ces étapes de préparation du patient (24):

- Désinfection buccale avec un bain de bouche ;
- Habillage avec une blouse non stérile, des sur-chaussures et une charlotte ;
- Installation dans la salle d'intervention ;
- Antisepsie cutanée avec un antiseptique alcoolique ;
- Champage du patient avec des champs percés de type chirurgical et stérile.

3.2.3 Dispositifs médicaux

Le niveau de traitement des dispositifs médicaux est déterminé prioritairement en fonction du risque infectieux potentiel lié à l'utilisation de ces dispositifs. Il faut privilégier le niveau maximum de sécurité avec l'utilisation de dispositifs soit à usage unique soit pouvant être stérilisés (démontés, immergés, nettoyés et autoclavés) en tenant compte des notices des fabricants.

Conformément aux exigences du marquage CE des dispositifs médicaux (arrêté du 20 avril 2006 fixant les conditions de mise en œuvre des exigences essentielles applicables aux dispositifs médicaux) et selon la norme NF EN 17664, le fabricant doit

indiquer les procédés appropriés pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de son dispositif ainsi que toutes restrictions concernant le nombre possible d'utilisations.

Selon le guide de bonnes pratiques « Désinfection des dispositifs médicaux » du CTIN et du Ministère de la Santé de 1998, Le matériel est classé en trois catégories :

- Critique : matériel ou dispositif médical qui, au cours de son utilisation, pénètre dans des tissus ou cavités stériles (après effraction muqueuse ou osseuse) ou dans le système vasculaire du malade. Ces instruments doivent être à usage unique ou stérilisés après chaque usage s'ils sont à usage multiple.
- Semi-critique : matériel en contact avec la muqueuse buccale ou la salive. Ces instruments doivent être à usage unique ou stérilisés après chaque usage ou désinfectés par une désinfection intermédiaire (produit désinfectant ou procédé bactéricide, fongicide, virucide et mycobactéricide ou tuberculocide)
- Non critique : sans contact direct avec le patient ou en contact avec la peau saine du patient. Nécessitent une désinfection de bas niveau (bactéricide et fongicide) qui peut être réalisée avec un produit détergent désinfectant.

3.2.3.1 Traitement des instruments réutilisables

Le traitement des instruments réutilisables peut avoir lieu au sein du cabinet mais peut également être effectué par un organisme extérieur qui retourne le matériel en général dans les 24 heures qui suivent son enlèvement. La stérilisation pouvant s'avérer chronophage et onéreuse, ce système d'externalisation peut être intéressant dans certains cabinets.

La procédure devra dans les deux cas respecter certaines étapes et normes :

a) Pré désinfection et nettoyage

La pré-désinfection est l'immersion de tous les instruments utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans une solution impérativement détergente-désinfectante afin d'éviter les incrustations et de diminuer le niveau de contamination des matériels. Les matériels pré-désinfectés sortis du bac seront rincés abondamment. (6)

Le nettoyage a une action physique, chimique, mécanique et thermique visant à éliminer les salissures des objets traités. Il peut être manuel avec brossage, par ultrasons, ou en machine à laver adaptée aux dispositifs médicaux. On utilise une solution détergente ou détergente-désinfectante. Les produits aldéhydiques qui ont la propriété de fixer les protéines, ne doivent pas être employés. Tout matériel, composé de pièces détachables, doit être, dans la mesure du possible, démonté.

Tout matériel devant être stérilisé doit être soigneusement séché (par un support non tissé propre à usage unique, une machine à sécher ou l'air comprimé filtré)

b) Désinfection

La désinfection est « strictement réservée aux dispositifs médicaux thermosensibles à usage multiple ne pouvant être stérilisés » en autoclave, au moins pour ce qui concerne les dispositifs médicaux critiques, voire semi-critiques et son

efficacité est tributaire, comme pour la stérilisation, de la réalisation correcte des opérations indispensables de pré-désinfection et de nettoyage.

La désinfection implique l'utilisation d'un produit chimique désinfectant ou d'un procédé physique dont les paramètres d'utilisation doivent permettre d'atteindre le spectre d'activité correspondant au niveau de désinfection recherché.

c) Stérilisation

Les opérations préliminaires que sont le démontage, la pré-désinfection, le rinçage, le nettoyage et le conditionnement sont impératives. La stérilisation s'effectue à la vapeur d'eau, procédé de référence aujourd'hui ; elle nécessite une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes.

Un objet stérilisé dans un autoclave doit être emballé préalablement à la stérilisation. Ce conditionnement concerne des matériels parfaitement propres et secs et a pour objectif de garantir dans le temps le maintien de leur état stérile. Si l'on choisit les conditionnements à usage unique, ces derniers doivent être constitués de sachets et gaines de stérilisation en papier ou papier et plastique dont les qualités requises sont définies dans la norme NF EN 868 (série 1 à 10) et doivent être disposés correctement sur les clayettes du stérilisateur, sur la tranche, papier contre papier, plastique contre plastique, sans toucher les parois du stérilisateur.

Le procédé de référence en l'état actuel de nos connaissances reste la stérilisation à la vapeur d'eau saturée, les autres procédés de stérilisation ne trouvant pas, à ce jour, d'indications pour la pratique courante en chirurgie dentaire et en stomatologie.

La vapeur d'eau saturée à une température supérieure à 100°C, donc sous pression, est utilisée comme agent stérilisant.

Selon les préconisations de la circulaire n°138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels ; la stérilisation nécessite une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes, soit un cycle de type B. (6)

d) Cas particulier : traitement des instruments rotatifs, des pièces à main et des contre-angles.

La complexité interne des instruments rotatifs les rend difficiles à désinfecter et à stériliser. Il est ainsi recommandé de (35) :

- Faire fonctionner à vide l'instrument avec son spray durant une dizaine de secondes, pour rincer les tuyaux de fluides, avant de le débrancher ;
- Pré-désinfecter en immergeant dans le bain de pré-désinfection selon le temps recommandé pour le produit utilisé, après élimination des bulles d'air ;
- Nettoyer la face externe à la main ou au laveur désinfecteur ;
- Procéder à la lubrification, si elle est recommandée à cette étape, par une graisse siliconnée ;
- Nettoyer les fibres optiques à l'alcool ;
- Eliminer les surcharges d'huile ;
- Sécher à l'air pulsé, sec et propre ;
- Faire tourner ;
- Conditionner ;
- Stériliser ;
- Tester l'appareil avant utilisation en le faisant fonctionner à vide.

Certaines de ces étapes peuvent être assurées par des automates dont les fonctions revendiquées peuvent aller du nettoyage / lubrification jusqu'à la stérilisation en passant par la désinfection. Leur intérêt, qui réside dans l'efficacité du nettoyage obtenu par pression de liquide à l'intérieur des tubulures ou entre les interstices des instruments dynamiques ainsi que par la mise en mouvement des instruments au cours de cette étape, n'est pas négligeable.

Cependant, aucun référentiel ne permettant actuellement de valider ces étapes, ils ne peuvent être considérés comme stérilisateurs conformes aux normes actuelles.

Il est donc préférable de privilégier des instruments dynamiques qui répondent à toutes les exigences de sécurité en matière de nettoyage et de stérilisation. La qualification de stérilisable doit engager le fabricant à fournir un matériel permettant toutes les étapes de la procédure sans en exclure aucune. (33)

3.2.3.2 Traçabilité de la procédure

La traçabilité du processus est à différencier de la traçabilité des dispositifs médicaux qui fait le lien entre le dispositif médical et le patient. Celle-ci ne pourra être mise en place qu'après marquage des dispositifs médicaux et informatisation du circuit.

La traçabilité d'une entité (un dispositif médical) a pour objectif, de pouvoir retrouver, à tout moment, l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées (d'après la norme ISO 9000 :2000).

Par exemple la traçabilité d'une prothèse ou d'un implant, qui permet de localiser ce DM à tout instant, et en particulier de le relier à un patient.

La traçabilité des procédures d'entretien des DM (stérilisation ou désinfection) est un élément de la démarche qualité. La « traçabilité » désigne ici l'enregistrement de toutes les étapes de traitement du DM permettant, à tout moment, d'apporter la preuve du bon déroulement des opérations. Ces enregistrements portent sur les moyens humains, techniques, matériels et les procédures mis en œuvre, sur support papier ou informatique.

Elle a donc pour objectif de faire le lien entre un matériel, une procédure d'entretien (ou cycle de stérilisation), un acte et un patient, et doit être effectuée pour chaque cycle de stérilisation. Elle est assurée par :

- L'étiquetage de chaque dispositif stérilisé indiquant le numéro de cycle, le numéro du stérilisateur, la date de la stérilisation, la date limite d'utilisation. C'est le numéro de cycle qui peut être indiqué dans le dossier du patient pour assurer le lien décrit ci-dessus,
- La constitution d'un dossier de traçabilité par charge constitué de la description de la charge, du numéro de cycle, de la date de stérilisation, de l'identité de la personne ayant réalisé la stérilisation.
- L'archivage

3.2.4 Locaux

Les locaux des professionnels de santé ouverts aux patients sont des établissements recevant du public (ERP) au sens du code de la construction et de l'habitation.

En effet sont considérés comme ERP tous les « bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non » - sachant que toute personne autre que le personnel fait partie du « public ».

D'après l'article L.231, 1 titre III du code du travail : « Les établissements de soins privés doivent être tenus dans un état constant de propreté ».

La maîtrise de la contamination est liée, en plus de l'entretien des locaux, à un agencement adapté qui favorise le respect des règles d'hygiène et d'asepsie.

3.2.4.1 Désinfection des locaux

L'ensemble des surfaces de la salle de soins est contaminé de façon plus ou moins importante par des micro-organismes issus des patients, des intervenants et des matériels (contacts manuels, projections, aérosols provoqués par les turbines et moteurs ...). Cette contamination des surfaces constitue un réservoir potentiel pouvant jouer un rôle dans la contamination croisée. Il convient donc de mettre en œuvre des procédés visant à limiter ce risque : (33)

D'une part, il est possible de limiter le risque de contamination par l'utilisation d'une double aspiration (aspiration à haute vitesse et pompe à aspiration), et par l'utilisation de plateaux stérilisables ou à usage unique pour toute présentation ou dépose d'instruments ou de matériels stériles.

D'autre part, la contamination produite peut être éliminée par un entretien (nettoyage-désinfection) des surfaces entre deux patients, un entretien quotidien des locaux et un système de ventilation adapté (mécanique ou naturelle, par aération régulière de la salle de soins).

On détermine pour chaque type de pièce : le niveau de contamination et de propreté, puis la méthode de nettoyage et sa fréquence et les produits et matériels à utiliser.

Le nettoyage des pièces devra débuter par les zones dites protégées puis les zones administratives pour terminer par les zones contaminées (c'est-à-dire logiquement du plus propre vers le plus sale).

Afin de réaliser un nettoyage optimal de la salle interventionnelle, le traitement des sols et des surfaces doit être réalisé après avoir retiré tous les objets non utiles à la chirurgie. De plus, la salle d'intervention doit répondre à des impératifs en terme de revêtement de sols, muraux et plans de travail afin d'effectuer un nettoyage efficace (ex : plinthes à supprimer, et placards aux murs et non pas au sol). (24)

La désinfection des locaux procède à la fois de l'entretien, de la maintenance et de la réduction du risque infectieux. Elle fait appel au nettoyage couplé à une opération de désinfection. Cela conduit à utiliser le terme de « bionettoyage ».

Le bionettoyage (12) est défini comme un traitement qui réunit le nettoyage, l'évacuation des salissures et des produits utilisés avec application finale d'un désinfectant. Il est destiné à l'élimination soignée et poussée de l'ensemble des matières organiques et minérales supportées par les objets, instruments et surfaces. Le bionettoyage allie l'action mécanique et chimique avec une solution à température adaptée, en respectant le temps de contact du désinfectant. Il répond ainsi à la recherche de la propreté physique et bactériologique.

Le bionettoyage des sols et surfaces se réalise soit en deux étapes : un nettoyage puis une désinfection, soit en une étape avec l'utilisation d'un détergent-désinfectant. (24)

a) Bonnes pratiques d'utilisation des produits désinfectants (33) (43)

- Il convient de se référer au mode d'emploi du produit détergent-désinfectant ou désinfectant utilisé (concentration d'utilisation, durée de conservation, mode d'emploi, protections lors de l'utilisation).
- Déterminer le niveau de traitement requis (destination, contamination initiale) ;
- Si le produit utilisé nécessite un rinçage ultérieur pour risque de corrosion (Eau de Javel[®] sur certains métaux par exemple), celui-ci ne doit pas être effectué avant un temps de contact minimum nécessaire à l'action du désinfectant ;
- Nettoyer avant toute opération : on ne désinfecte que ce qui est propre. En effet, un désinfectant appliqué sur une surface non nettoyée, voit son efficacité diminuée, voire annulée ;
- Rincer les excès de détergents avant la désinfection
- Appliquer le produit à la concentration adaptée et dilué dans la qualité d'eau exigée, à la température et au pH précisés ;
- Respecter les temps d'immersion adaptés au niveau de traitement requis en maintenant les bacs d'immersion fermés, et en remplaçant les bains selon les préconisations du fabricant ;
- Utiliser les produits en fonction du procédé appliqué ;
- Ne pas mélanger des produits différents. Les détergents et les désinfectants sont des formulations complexes (risque d'inactivation voire de toxicité) ;
- Manipuler avec précaution et protection ;
- Ne pas déconditionner et reconditionner dans des flacons non identifiés non spécifiques (éviter les bouteilles d'eau minérale, les pissettes etc.) ;
- Conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de la chaleur ;
- Vérifier avant usage la validité du produit (date de péremption).
- L'alcool n'est pas un produit de nettoyage : un essuyage des surfaces à l'alcool à 70° en guise de nettoyage et de désinfection est inefficace.

b) Au niveau des sols (13) (2)

La méthode de référence est celle du balayage humide. Son intérêt réside dans l'effet fixant des poussières au sol, évitant ainsi la projection dans l'atmosphère des particules vectrices de micro-organismes. Qualifié d'humide, ce balayage est en fait une technique sans « inondation » des sols, mais seulement application sur le sol d'un produit détergent et désinfectant à l'aide d'une gaze ou d'une frange. Cette méthode a l'avantage de ne pas nécessiter un matériel important, d'être facile à mettre en œuvre et

d'assurer un rendement relativement élevé, en fonction de la dimension du balai employé.

c) Au niveau des surfaces (33) (41)

L'entretien des surfaces entre chaque patient correspond à un nettoyage et une désinfection. Cette opération peut être réalisée en trois étapes : nettoyage avec un produit détergent, rinçage, application d'un produit désinfectant ou bien en une étape, en recourant à un produit détergent-désinfectant. Sachant que les produits désinfectants ou détergents-désinfectants utilisés doivent présenter une activité bactéricide et fongicide.

Dans ce dernier cas, une chiffonnette à usage unique imbibée de produit détergent-désinfectant est appliquée sur les surfaces (fauteuil, dispositifs médicaux à proximité).

Les surfaces mobiles et les murs n'étant pas toujours accessibles aux méthodes précédentes, il est fait appel à deux opérations successives, nettoyage-dépoussiérage, avec un balai ou une chiffonnette imbibée, suivi d'une application de solution désinfectante alcoolique en spray.

Pour toute surface accessible, plan de travail et zone périphérique, le produit en spray sera pulvérisé non sur la surface mais sur la chiffonnette qui sera par la suite appliquée.

Ces produits ne nécessitent donc pas de rinçage. En cas de contamination par des fluides biologiques, ceux-ci doivent être éliminés par nettoyage, puis application d'une solution d'eau de Javel® 2,6% diluée au 1/5^e ou tout autre désinfectant approprié.

L'entretien des autres surfaces (sols, surfaces autres que celles du fauteuil et accessoires) sera réalisé quotidiennement ou immédiatement en cas de souillure par des fluides biologiques, selon les mêmes principes.

Les produits désinfectants ou détergents-désinfectants utilisés doivent présenter une activité bactéricide et fongicide.

d) Environnement de l'acte

- Pour respecter les conditions d'asepsie de l'air, le nombre de personnes présentes, les mouvements et les échanges verbaux sont limités au minimum ;
- Le mobilier est réduit au matériel du champ opératoire ;
- Les aides opératoires ont un rôle bien précis, l'instrumentiste n'entre en contact qu'avec du matériel stérile ;
- Le matériel non stérile est exclu du champ opératoire ;
- L'évacuation des liquides aspirés est assurée par du matériel à usage unique ;
- Un protocole strict et des structures adaptées assurent des conditions d'asepsie maximales au niveau des surfaces, de l'air ambiant, du mobilier extrêmement réduit.

3.2.4.2 Circuits d'eau

Les études microbiologiques et épidémiologiques, (29) (14) (30) consacrées à l'analyse du potentiel infectieux (44) et du risque de transmission de l'infection à partir de l'eau des circuits de l'unité de soins, démontrent la nécessité impérieuse d'établir une prévention de la contamination des circuits d'eau et d'air.

Les moyens de prévention du risque de transmission de l'infection et de maintien de la qualité microbiologique du circuit d'alimentation en eau des unités sont :

- L'incorporation de valves anti reflux au niveau des turbines ; (3)
 - L'incorporation de systèmes de désinfection sur les circuits d'eau de l'unité (3) (45)
- par :
- Désinfection ou du moins prévention du risque de colonisation en continu à une concentration compatible pour le tissu muqueux ;
 - Désinfection ponctuelle, à plus forte concentration, quotidienne ou pluriquotidienne ; (20)
 - Alimentation en eau « désinfectée » ou stérile (réservoirs). Actuellement, les concepteurs sont incités à orienter leurs investigations vers la mise au point et l'utilisation de matériaux résistants à l'action d'une désinfection chlorée des circuits d'eau. (3) (20)

Concernant la chirurgie implantaire, l'air ambiant et l'eau sont deux paramètres à contrôler.

Différents types d'eau sont donc nécessaires selon les utilisations (24) :

- Une eau filtrée pour le lavage chirurgical des mains ;
- Une eau stérile isotonique réfrigérée pour l'irrigation chirurgicale ;
- Des eaux techniques pour les différents appareils : autoclaves, thermolaveur... ;
- Une eau potable pour les autres utilisations.

3.2.4.3 Traitement des circuits d'air

Un traitement spécifique de l'air ambiant n'est pas nécessaire pour réaliser des chirurgies implantaires mais la maîtrise du renouvellement d'air, de la désinfection des surfaces et de la circulation des intervenants permet de contrôler l'air de la salle d'intervention. (24)

Un pré filtre d'une efficacité de 80 % est placé à la prise d'air. Celle-ci doit se situer dans une zone non polluée.

Un filtre à air, à très haute efficacité, ou filtre absolu, est placé après le système de traitement thermique de l'air (ou après le moteur). Il est fixé par un joint d'étanchéité en silicone. Ce filtre retient, avec une efficacité de 99,9 %, toutes les particules de dimension supérieure à 1 µm. (39)

Les filtres sont renouvelés conformément aux instructions du fabricant. (15)

Concernant la ventilation, la climatisation et le chauffage, se référer au paragraphe 3.1.1.1.a).

3.3 Impératifs de personnel

3.3.1 Praticiens

Aujourd'hui se présentent plusieurs choix au chirurgien dentiste à la fin de ses études, parmi lesquels l'exercice dans un cabinet de chirurgie orale. Pour compléter sa formation, différents moyens sont disponibles:

La formation initiale peut se prolonger par le DESCO, accessible aux étudiants en odontologie et en médecine à l'issue d'un examen national classant. Ces futurs praticiens seront donc spécialisés en chirurgie orale. (www.desco.fr)

Pour compléter cette formation initiale, il existe des formations universitaires:

- Attestations d'études universitaires, accessibles par exemple en implantologie.
- Diplômes d'Université (DU) en implantologie orale ou en parodontologie sont aussi proposés et permettent d'acquérir des compétences chirurgicales supplémentaires.
- Certificats d'Etudes Supérieures ou C.E.S (parodontologie, odontologie chirurgicale), mais qui sont en général uniquement théoriques. De plus, des formations supplémentaires sont nécessaires pour l'utilisation de la sédation consciente par MEOPA (cf. paragraphe 2.1.3.2).

Enfin, des formations privées sont également accessibles et à disposition en vue de compléter la formation initiale dans les différents domaines de la chirurgie orale.

3.3.2 Assistantes

En chirurgie orale, le travail à 4 mains semble indispensable. L'emploi d'une assistante qualifiée est donc inévitable. La présence d'une assistante permet un gain de temps, de confort, d'efficacité et de sécurité.

Des formations supplémentaires en vue du perfectionnement en implantologie ou chirurgie existent pour les assistant(e)s dentair(e)s, parfois sponsorisées par des laboratoires.

L'assistant(e) dentaire peut assister le praticien lors des interventions, consultations et soins, elle peut également se charger du traitement des dispositifs médicaux, du nettoyage de la zone de soin ou encore du secrétariat.

A la différence d'un(e) assistant(e) dentaire, l'aide dentaire ne peut entrer dans la salle de soin en même temps que le patient et ne peut donc assister le praticien lors d'interventions / soins.

3.3.3 Secrétaires

Le secrétariat peut être assuré par l'assistant(e), l'aide dentaire ou un(e) réceptionniste.

Les textes stipulent qu'une compensation financière sous forme de « prime de secrétariat » doit néanmoins être mise en place pour les assistant(e)s et aides dentaires exerçant en plus de leur tâches, un secrétariat administratif.

Une ou plusieurs secrétaires peuvent être déléguées aux tâches administratives et à l'accueil du patient.

Il existe cependant des entreprises proposant un secrétariat externe au cabinet, pouvant gérer les rendez-vous et les appels téléphoniques à distance.

Hormis ces entreprises extérieures, l'emploi de personnel salarié implique de facto la conformation à la convention collective régissant les cabinets dentaires. C'est une convention entre les partenaires sociaux, les syndicats employeurs et les syndicats salariés. Elle s'applique à tous les salariés du cabinet et fixe les règles entre l'employé et l'employeur concernant : le contrat, le licenciement, la durée du contrat, les vacances, l'assurance maladie et prévoyance, la classification des postes, et les salaires / primes.

4. DISCUSSION

4.1 Prise en charge par la sécurité sociale : NGAP et CCAM

Les cotations de chirurgie buccale ont très peu évolué depuis leur création. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) fut créée par arrêté le 27 mars 1972. Elle établit la liste, avec leur cotation, des actes professionnels pris en charge par l'Assurance Maladie. Elle permet aux praticiens de communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, le type et la valeur des actes techniques effectués, en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Tout acte est donc désigné par une lettre clé (en fonction du type d'acte et de celui qui l'exécute) et un coefficient (fixé par la nomenclature). Le montant des honoraires s'obtient alors par la multiplication de ces coefficients par la valeur de la lettre clé affectée à chaque acte. La modification de la valeur des actes dentaires est liée, d'une part, à la valeur de la lettre clé, d'autre part, au coefficient.

La lettre clé attribuée à la chirurgie dentaire à la création de la NGAP est la lettre D. En 1984, éclatement de la lettre clé D en D et DC. La lettre clé DC permet de faire la correspondance avec la lettre clé KC utilisée par les stomatologues. Mais c'est seulement en 1991 que la lettre clé DC apparaît dans les textes conventionnels, elle est dotée d'une valeur de 2,09 €.

La mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en substitution à la NGAP est prévue pour le 1^{er} juin 2014. Il s'agit d'un catalogue des actes presque complet, précis et évolutif. L'objectif est l'évolution des tarifs et des actes pris en charge. En revanche, il n'y aura pas de changement du mode de tarification : actes remboursables opposables, actes remboursables à honoraires libres, actes non remboursables et actes non pris en charge. Certains actes sont non remboursables par l'assurance maladie et n'ont pas de tarifs de référence.

Les concepts de base de la CCAM, les différents types d'actes qui en découlent, les règles d'écriture des libellés et les modificateurs qui permettent de valoriser certaines circonstances particulières de réalisation des actes sont précisés par les dispositions générales. Les dispositions diverses fixent quant à elles les règles tarifaires pour assurer la transition entre la NGAP et la CCAM cible.

Le principe fondamental de la CCAM est celui de l'acte global (un acte correspond à un libellé, à un code). Le classement est fait par grands appareils et non par spécialité, le niveau de détail est suffisant mais non excessif, et le nom de la pathologie n'est pas mentionné dans le libellé.

Ainsi, dans cette codification un libellé correspond à un acte et à un code alphanumérique à 7 caractères (fig.5). Les 2 premiers concernent la topographie, les 2 suivant l'action ainsi que l'accès et/ou la technique, et les 3 derniers constituent le compteur. En effet, la première lettre code l'appareil, la deuxième lettre code l'organe ou la fonction, la troisième lettre dépend de l'action principale du libellé, la quatrième dépend du mode d'accès ou de la technique utilisée, et le compteur à 3 chiffres vient

différencier les actes ayant le même code anatomique, le même code d'action ou le même code d'abord ou de technique.

CODIFICATION d'un acte thérapeutique: Un libellé = un acte = un code alphanumérique à 7 caractères

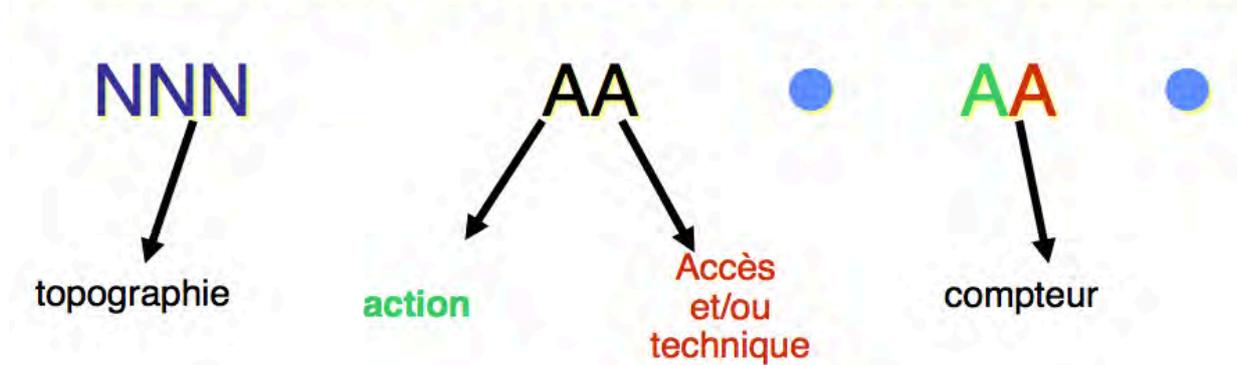


Figure 5 Codification d'un acte thérapeutique selon la CCAM.

A titre d'exemple, l'avulsion d'une dent permanente sur arcade aura pour code : HBGD036. La lettre « H » correspond à l'appareil digestif, la lettre « B » correspond à l'ensemble dents, parodonte, gencives, la lettre « G » correspond à l'action d'extraire, la lettre D correspond à la voie transorificielle, les chiffres « 036 », aléatoires, correspondent à une avulsion de dent permanente sur arcade sans alvéolectomie (022 si avec alvéolectomie)

Des "codes regroupements" significatifs, déterminés à partir du code de l'acte, seront transmis, pour certains, aux organismes complémentaires à la place du code CCAM, pour des raisons de confidentialité. Ces mêmes codes figureront également sur les décomptes des assurés.

Pour exemples, le code correspondant aux actes chirurgicaux est « ADC » (pour Acte De Chirurgie), celui correspondant aux actes de parodontologie est « TDS » (pour actes sur les Tissus De Soutien de la dent), et pour l'implantologie le code de regroupement est « IMP ».

Une période de 3 mois où NGAP et CCAM cohabiteront est prévue en vue de l'adaptation des logiciels, des caisses et des praticiens. Une formation devrait être réalisée par les syndicats et les caisses.

Avec le passage à la CCAM, certains actes se retrouvent perdants, et gardent alors leur valeur NGAP. Les actes gagnants connaîtront une montée en charge progressive et atteindront leur valeur définitive en 3 étapes (1/3 du gain à chaque étape : pour exemple, en considérant une valeur NGAP de 100€ et une valeur cible CCAM de 130€, les 3 étapes seront 110 €, 120 € et 130 €).

Quelques exemples d'actes de chirurgie qui seront revalorisés :

- Acte de dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique.
- Acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal.
- Acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau.

Afin de déterminer la variation d'un acte dans le cadre de l'économie globale, il faut tenir compte des modifications des codes et de leurs valeurs, et rapporter la valeur de ces actes aux variations de l'indice INSEE de la consommation.

Enfin, la CCAM étant commune à tous les actes médicaux, son utilisation tendra à renforcer la médicalisation de notre profession. Nous pourrions la considérer comme un élément de reconnaissance de capacité médicale pour notre profession.

4.2 Coût des contraintes

L'exercice du chirurgien-dentiste est régi par une réglementation issue de deux sources de droit : le droit public et le droit privé. Le droit privé concerne les conventions collectives, les contrats de travail, les règlements intérieurs et les normes. En droit public les principales sources seront les constitutions (européenne, de la V^{ème} république), les lois, les décrets, arrêtés, circulaires et codes.

Les principaux codes sont : le Code de Santé Publique, le Code de Déontologie Dentaire (Ordre National des Chirurgiens Dentistes), le Code de la Sécurité Sociale, le Code de la Construction et de l'Habitation, et le Code du Travail.

Il paraît logique que le coût des contraintes imposées par cette réglementation varie suivant une multitude de facteurs tels que le lieu d'exercice, l'investissement initial, la structure en question, sa taille, le nombre de praticiens y exerçant, les soins qui y sont réalisés, le personnel nécessaire, les stocks nécessaires et les achats qui en découlent etc.

Pour calculer le coût horaire d'un praticien, il faut ajouter au bénéfice les charges personnelles et la Contribution Sociale Généralisée. Et dès lors qu'un(e) assistant(e) est présent(e) (ce qui est obligatoire pour la réalisation d'actes chirurgicaux) et que du personnel administratif est engagé, l'application de charges salariales est à inclure dans le calcul.

Si le cabinet associe plusieurs praticiens, il peut se présenter sous la forme d'une SELARL et s'ajouteront alors au bénéfice l'impôt sur les sociétés et les cotisations TNS (regroupant les allocations familiales, les allocations vieillesse et maladie, les cotisations Loi Madelin et les complémentaires santé Madelin)

Concernant le coût horaire d'un(e) assistant(e), il est déterminé en additionnant les salaires nets et avantages en nature, les charges sociales du personnel sur salaires, les autres impôts correspondant aux taxes assises sur les salaires, les variations provisions congés payés, les primes et gratifications, les indemnités et avantages divers, la taxe d'apprentissage, la formation continue.

Le temps et les ressources nécessaires en matière d'hygiène / asepsie sont à eux seuls considérables et peuvent varier d'un cabinet à l'autre. Nous pouvons classer ces ressources nécessaires de la manière suivante : (liste non exhaustive) (48)

a) Matériel consommable : (46) (25)

Praticien et assistante : Gants, masques, lunettes, charlottes, savon doux, solution hydro-alcoolique, papier essuie-mains, tenue de protection (de travail et casaque chirurgicale et sur-chaussures).

Environnement de l'acte : Produit désinfectant, lingettes, (pour zone de soin, plan de travail, empreintes, rotatifs, objets non stérilisables), produit de pré désinfection, bain de bouche préopératoire, gobelet, canule d'aspiration (chirurgicale ou non), housse protège tétière, seringue air-eau.

Stérilisation : Solution de nettoyage pour ultra-sons, sachet de stérilisation, registre de traçabilité et rouleau d'étiquettes, contrôles de stérilisation

Entretien des locaux : Produit désinfectant pour sols, surfaces et mobilier, produit à récurer, produit pour vitres, eau de javel, produit pour sanitaires, balais, serpillère, seau, gants de ménage...

Déchets : Conteneur(s) OPCT, conteneur(s) à DASRI, poubelle pour déchets domestiques, emballage pour amalgames, élimination des déchets par des circuits spécifiques...

Matériel lié à l'acte : Produits d'anesthésie, fils de sutures, compresses, lames de bistouri, éponges hémostatiques, matériaux de comblement, matériel d'aspiration chirurgicale (canule stérile, tuyau à usage unique, poche d'aspiration)...

b) Matériel amortissable :

Investissement potentiellement lourd en cas de création de cabinet par exemple. Dépend directement de la taille du cabinet, des actes qui y sont pratiqués, du nombre de praticiens qui y exercent...

Matériel de radiologie.

Matériel d'hygiène: Seul le matériel présent dans la salle d'entretien des dispositifs médicaux est amortissable (bac de pré désinfection, cuve à ultrasons, machine à laver, sécheuse, autoclaves, thermo soudeuse) (47)

c) Service après vente du matériel :

Le service après vente est estimé à 4% du prix du neuf et dépend donc de l'investissement initial. (48)

La révision annuelle du matériel, assurée par la souscription d'un contrat de maintenance, permet de toujours se maintenir au maximum d'efficacité. (47)

d) Personnel : (47)

Selon R.Zeitoun (47), en considérant qu'un praticien travaille 220 jours par an, 39 heures par semaine, le temps d'exercice moyen est estimé à 1716 heures par an.

Concernant le personnel, il est estimé à 1540 heures par an (220 jours/an, 35 heures/semaine). Cela concerne une secrétaire dédiée exclusivement à l'accueil

(standard téléphonique, tâches administratives...) ou une assistante au fauteuil qui pourrait se voir incombent la tâche de procédure de stérilisation.

Le temps nécessaire aux procédures de stérilisation est estimé à 1 heure 13 minutes/jour. Celui nécessaire aux procédures de traçabilité à 9 minutes/jour.

Le temps consacré à la remise en état de l'espace de travail avec mise en place des procédures d'hygiène entre chaque patient est estimé à 3heures/jour. Il comprend le tri des déchets, la dépose des coupants tranchants dans les OPCT, des instruments stérilisables dans le bac de pré-désinfection, le nettoyage et la désinfection (des surfaces, des objets non stérilisables, des faces externes des cordons et instruments dynamiques), l'aspiration d'eau propre par les tuyaux d'aspiration, la préparation du plateau technique nécessaire à l'acte suivant, le raccompagnement du patient...

Ces temps sont directement imputables sur les frais de fonctionnement du cabinet.

Un personnel de ménage est également nécessaire à l'entretien des locaux.

4.3 La rentabilité : « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût »

Le cabinet dentaire est devenu aujourd'hui une entreprise de par différentes contraintes externes telles que l'augmentation des frais fixes (en particulier les charges sociales) ou encore le comportement des patients en qualité de consommateurs de santé.

Or dans tout type d'entreprise la rentabilité n'existe que si le coût engendré par le service rendu (dans notre cas la réalisation de l'acte de soin) reste inférieur aux honoraires perçus. Aucune entreprise ne peut survivre sans recevoir de compensation à la hauteur du service et des investissements réalisés.

Cela étant dit, certains actes de chirurgie orale, répertoriés dans la Classification Commune des Actes Médicaux, présentent des honoraires fixes, établis par la sécurité sociale, et ne peuvent être soumis à dépassement, ce qui les rend peu rentables, voire même déficitaires.

Pour exemple, les tarifs qu'impose cette nomenclature pour les actes d'avulsions dentaires sont les suivants:

- Une extraction simple : 33,44€ et 16,72€ les suivantes dans la même séance.
- Une extraction de dent de lait : 16,72€ et 8,36€ les suivantes dans la même séance.
- Une extraction de dent de sagesse incluse : 83,60€.
- Une extraction de canine incluse : 104,5€.

Selon cette codification, une avulsion simple de dent mobile sur arcade prétendrait aux mêmes honoraires qu'une avulsion de molaire avec séparation de racine, et ce malgré la différence de temps et de moyens nécessaires à la réalisation de ces actes.

En outre, le temps, tout comme les ressources, a un coût que l'on estime, pour un cabinet urbain, entre 50 et 400 euros de l'heure selon le plateau technique et le personnel. En estimant le coût moyen d'un cabinet urbain à environ 200€ de l'heure,

une avulsion dont les honoraires s'élèvent donc à 33,44€, ainsi que tous les gestes annexes (anesthésie, parage de l'alvéole, ostéotomie et/ou sutures éventuelles, hémostase etc.) doivent être réalisés en 10 minutes pour être rentable. Cela semble difficilement réalisable, et nous parlons simplement d'être rentable, pas de faire des bénéfices.

Le coût horaire d'un praticien réalisant des tâches autres que la réalisation de soins est supérieur à celui d'une assistante. Le praticien est plus rentable lorsqu'il réalise des soins au fauteuil, ce pourquoi il a été formé. On comprend ainsi que toute autre tâche ne serait pas rémunératrice (gestion administrative, secrétariat, procédures d'hygiène) et que l'emploi de personnel permettrait de générer un chiffre d'affaires plus important, qui pourrait compenser les salaires et charges sociales qui s'imposeraient alors.

Nous pouvons jouer sur différents points dans le but d'améliorer la rentabilité. Outre l'organisation globale du cabinet et l'optimisation du temps de travail, la formation complémentaire et continue permet au praticien d'acquérir un niveau de technicité élevé, une meilleure maîtrise des actes, et donc un accroissement de la vitesse de réalisation du soin dans la mesure où le protocole opératoire est parfaitement maîtrisé. Les progrès techniques peuvent également permettre un gain de temps. Enfin, une bonne conception architecturale, ergonomique, permet la rationalisation de l'espace.

Il faut étudier et calculer le coût horaire du cabinet pour déterminer la rentabilité des actes qui y sont réalisés. Sachant que parmi l'éventail des thérapeutiques du chirurgien dentiste, les actes chirurgicaux font certainement partie des soins qui nécessitent le plus de ressources matérielles et humaines, et le plus de temps (de par leur fréquente difficulté, leurs éventuelles complications per et post-opératoires souvent imprévisibles, et l'anxiété qu'ils engendrent chez la plupart des patients).

Ce temps et ces ressources nécessaires ont un coût, et l'on comprend alors aisément la difficulté d'être rentable en réalisant ces actes de manière ponctuelle.

5. CONCLUSION

Dans l'investissement à mettre en place en vue de créer un cabinet de chirurgie orale, trois leviers principaux nous paraissent importants à retenir :

Tout d'abord, la formation du praticien, qui débute par les études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie-dentaire, « omnipraticien », qui s'étalent sur une durée de 6 à 8 années, selon la filière choisie. Les 1^{er} et 2^{ème} cycles ont des durées respectives de 2 et 3 ans. Le 3^{ème} cycle court dure 1 an, le 3^{ème} cycle long dure 3 ans. En outre, le choix de la spécialisation en chirurgie orale implique 4 années de formations supplémentaires (au minimum 3, au vu de la possibilité de passer l'ECN en 5^{ème} année).

À cet investissement pour la formation initiale s'ajoute l'investissement pour la formation continue : les différents CES, DU et formations supplémentaires en vue d'approfondir ses connaissances et ses compétences en chirurgie orale, selon les dernières données acquises de la science.

Vient ensuite la structure. En plus du coût de l'investissement et de l'entretien au quotidien du cabinet de chirurgie orale, ce dernier est, nous l'avons vu, soumis à des contraintes de plus en plus conséquentes. Ces contraintes sont d'ordre technique, technologique, réglementaire, administratif, juridique, social...

Enfin, le coût de la réalisation du soin / de l'acte de chirurgie orale dans des conditions optimales et selon les recommandations actuelles ; en considérant le niveau de technicité et de stress qu'impose l'acte en lui-même.

Face à cela, des actes souvent peu rentables, voire déficitaires, au vu de la base de remboursement de la sécurité sociale et de l'opposabilité des actes. Le risque ainsi encouru est l'obtention d'un modèle économique forcé, où les actes déficitaires sont contrebalancés par des actes à valeur ajoutée importante. Un modèle pernicieux dont le risque majeur est l'inégalité d'accès aux soins.

Nous retenons qu'il est donc difficile de donner des recommandations sans donner les moyens de réalisation des différents objectifs, dans le respect de ces impératifs.

Bibliographie

- (1) **Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.**
Journal Officiel du 3 juillet 2001.
- (2) **ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION ET L'ÉTUDE DE LA CONTAMINATION**
Guide du bionettoyage, 1994.
<http://www.aspec.fr/>
- (3) **BAGGA BS, MURPHY A, ANDERSON W, PUNWANI I.**
Contamination of dental unit cooling water with oral microorganisms and its prevention.
J Am Dent Assoc 1984;**109**(5):712-6.
- (4) **BERNARD JP, GEBRAN G, ZAHEDI CS, BELSER UC.**
Aseptic versus sterile implant placement: Influence on the success rate of osseointegration.
Europerio 3, Geneve, 2000. J.Clin Periodontol Europerio 3 Abstracts 2000 ; 76 : 233.
- (5) **BERNARD JP, ZAHEDI CS, SMUCKLER J, SAMSON J.**
Aseptic implant placement: Influence on the 5-year success rate of osseointegration.
9th Scientific Congress of International European Association of Osseointegration, Amsterdam Research Abstract Addendum, 2000 : 89. Amsterdam, 2000.
- (6) **BONNAURE-MALLET M, BONNE P, CERF G et coll.**
Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française.
Paris : ADF, 2007.
- (7) **BUSSLINGER A, LAMPE K, BEUCHAT M et LEHMANN B.**
A comparative in vitro study of a magnetostrictive and a piezoelectric ultrasonic scaling instrument.
J Clin Periodontol 2001;**28**(7):642-649.
- (8) **CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION) Guidelines Garner JS.**
Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2004;**180**:597-8
<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/isolat/isomembr.htm>.
- (9) **CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION)**
Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings.
Morbidity and Mortality Weekly Report. Recomm Rep 2003;**52**(RR-17):1-61.

- (10) **CHU SS, RAH KH, BRANNAM MD, COHEN JL.**
Plasma concentration of lidocaine after endotracheal spray.
Anesth Analg 1975;**54**(4):438-441.
- (11) **DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, DIRECTION DES HOPITAUX.**
Circulaire DGS/DH/98 249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf
- (12) **COMMISSION CENTRALE DES MARCHÉS.**
Guide du bionettoyage. Recommandation n°E-90.
Collection Marchés Publics n°5670; 1982.
- (13) **COMMISSION CENTRALE DES MARCHÉS.**
Guide pour le nettoyage des locaux.
Collection Marchés Publics, n°5; 1996.
- (14) **DELEMELLE P, VREVEN J, WAUTERS G.**
Les instruments rotatifs vecteurs d'agents bactériens lors des soins dentaires.
Quest Odontostomatol 1986;**44**:349-56.
- (15) **DENTAL HEALTH AND SCIENCE COMMITTEE.**
The control of cross-infection in dentistry. Br Dent J 1988;**165**(10):353-4.
- (16) **DEVOIZE L, DURAND A, TUBERT-JEANNIN S et coll.**
Etude de l'activité chirurgicale des praticiens libéraux en Auvergne.
Med Buccale Chir Buccale 2006;12:63-72.
- (17) **DIRECTION DÉLÉGUÉE AUX RISQUES, DIRECTION DU SERVICE MÉDICAL, PÔLE NOMENCLATURE.**
Fréquence des actes bucco-dentaires selon les libellés de la classification commune des actes médicaux.
Caisse Nationale Assurance Maladie Travailleurs Salariés, Pole nomenclature.
Juillet 2003.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/enquete_buccodentaire.pdf
- (18) **Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.**
Document 393 L 0042. Journal Officiel n°L189 du 12 juillet 1993.
- (19) **Directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.**
Document 398 L 0079. Journal Officiel n°L331 du 7 juillet 1998.

- (20) FIEHN NE, HENRIKSEN K.**
Methods of disinfection of the water system of dental units by water chlorination.
J Dent Res 1988;**67**(12):1499-504.
- (21) GARDELLA JP, RENOARD F.**
Régénération osseuse guidée, greffe osseuse autogène : limites et indications.
J Parodontol Implantol Orale 1999; **18**:127-42.
- (22) HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.**
Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. Juin 2005.
<http://www.has-sante.fr>
- (23) HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.**
Rapport d'évaluation. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ?
Décembre 2010.
<http://www.has-sante.fr>
- (24) HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.**
Service évaluation des actes professionnels : Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique, Synthèse. 2008.
<http://www.has-sante.fr>
- (25) HAITAMI S, KABBANI L, BENYAHYA I.**
Evaluation du coût de l'hygiène et de l'asepsie en pratique dentaire au Maroc. Le courrier du dentiste, 2010.
<http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/evaluation-du-cout-de-lhygiene-et-de-lasepsie-en-pratique-dentaire-au-maroc.html>
- (26) HENNEQUIN M.**
La sédation par inhalation en odontologie : 20 ans d'interactions entre recherche clinique et pratiques professionnelles.
Réal Clin 2010;**21**:(2)119-126.
- (27) KOSKIEVIC J.**
Intérêt du bistouri piézo-électrique en chirurgie buccale.
Lettre Stomatol 2006;**32**(11):23-25.
- (28) LECLERCQ P, DOHAN D.**
De l'intérêt du bistouri ultrasonore en implantologie : technologies, applications cliniques.
Première partie : technologies. Implants 2004;**13**:151-157.
- (29) LEWIS DL, BOE RK.**
Cross-infection risks associated with current procedures for using high-speed dental handpieces.
J Clin Microbiol 1992;**30**(2):401-6.

- (30) MARTIN MV.**
The significance of oral bacterial contamination of dental unit water systems.
Br Dent J 1987;**163**(5):152-4.
- (31) MINISTÈRE DE LA SANTÉ.**
Guide des matériels de sécurité.
GERES. INRS; 2004.
- (32) MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ.**
Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, 2004.
- (33) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.**
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. 2^{ème} édition, juillet 2006.
<http://www.sante.gouv.fr>
- (34) MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, SecrÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ ET À L'ACTION SOCIALE, COMITÉ TECHNIQUE NATIONAL DES INFECTIONS NOSOCOMIALES.**
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales – 2^e édition. 1999.
<http://www.sante.gouv.fr>
- (35) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE.**
Hygiène en pratique dentaire. Recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène en Belgique.
Mars 1997, sortie de presse mars 1999.
<http://www.md.ucl.ac.be/didac/hosp/cshtoc.htm>.
- (36) Norme NF EN 13795-1 de mai 2003**
Champs chirurgicaux, casaques et tenues de bloc, utilisés en tant que dispositifs médicaux, pour les patients, le personnel et les équipements. Partie 1 : exigences générales pour les fabricants, les prestataires et les produits.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-815-A-10, 2005.
- (37) Norme NF T 72-101**
Antiseptiques et désinfectants
Vocabulaire. 28 juillet 1981.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-815-A-10, 2005.
- (38) SELANDER D, DHUNER KG, LUNDBORG G.**
Peripheral nerve injury due to injection needles used for regional anesthesia. An experimental study of the acute effects of needle point trauma.
Acta Anaesthesiol Scand 1977;**21**(3):181-188.

- (39) SINEGRE M.**
Hygiène des locaux.
In: Dauphin A, Darbord JC. Hygiène hospitalière pratique. Paris: Éditions Médicales Internationales; 1988:638-95.
- (40) SOCIÉTÉ FRANCAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.**
Recommandations pour la désinfection des mains ; 2002.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-815-A-10, 2005.
- (41) SUD-OUEST - CENTRE DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES.**
Entretien des locaux des établissements de soins. 1998.
<http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/entloc.pdf>
- (42) THIVEAUD D.**
Casaques : Le bon choix.
Hyg Milieu Hosp 2003;25: 19-25.
- (43) THIVEAUD D, GRIMOUD A.-M., MARTY N, ROQUES C, LODTER J.-P, CHABANON G.**
Hygiène : structures, matériels, méthodes.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-815-A-10, 2005.
- (44) US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.**
Transmission of HIV infection during an invasive dental procedure.
Morbidity Mortality Wkly Rep 1991;40(2):21-7.
- (45) WOOD PR.**
Cross infection control in dentistry: a practical illustrated guide.
Aylesbury: Wolfe publishing; 1992.
- (46) ZEITOUN R.**
L'asepsie, l'hygiène ? Quel coût ?
Inf Dent 2003a;85(41):3253-3260.
- (47) ZEITOUN R.**
L'asepsie, l'hygiène ? Quel coût ?
Inf Dent 2003b;85(44):3497-3501.
- (48) ZEITOUN R.**
L'asepsie, l'hygiène ? Quel coût ?
Inf Dent 2003c;88(30):1775-1780.
- (49) WALLET M, DENHEZ F, ZIMMERMANN P, GIRAUD O.**
Extractions dentaires : techniques opératoires.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 28-755-M-10, 2009.

Table des abréviations

AFNOR	Agence Française de normalisation
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ASN	Autorité de Sûreté Nucléaire
CBS	Communication Bucco Sinusienne
CBN	Communication Bucco Nasale
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux.
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CTIN	Comité Technique des Infections Nosocomiales
DAOM	Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères
DASR	Déchets d'Activité de Soins à Risque
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DES	Diplôme d'Etudes Supérieures
DESCB	Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie Buccale
DESCO	Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie Orale
DGS	Direction Générale de la Santé
ECN	Examen Classant National
ERP	Établissement Recevant du Public
DM	Dispositif Médical
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MEOPA	Mélange Équimolaire Oxygène – Protoxyde d'Azote
NPC	Non Pris en Charge
NR	Non Remboursable
RX	Rayons X
SFMBCB	Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Buccale
SFCO	Société Française de Chirurgie Orale
SMS	Short Message Service
VMC	Ventilation Mécanique Contrôlée

Table des illustrations

Figures 1, 2, 3, 4 : Photos prises dans un cabinet de chirurgie orale.

Figure 5 : L'Assurance Maladie. DRSM PACA-Corse – Formation Année 2013. NGAP et CCAM en odontologie. Lien internet : smamform.fr/pdf/pdf_NGAP_CCAM.pdf

Tableau 1 : Les précautions "standard" *. Mesures de prévention à appliquer vis-à-vis de l'ensemble des patients, d'après l'annexe II de la circulaire DGS/DH n°98-249 du 20 avril 1998.

Tableau 2 : Techniques d'hygiène des mains en fonction du niveau de risque infectieux pour le patient ou le personnel, d'après le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Direction générale de la santé, ministère de la santé et des solidarités. Juillet 2006.

Annexes

Annexe 1

Questionnaire médical proposé aux nouveaux patients au centre de soins dentaires du CHU de Nantes.

Questionnaire médical confidentiel : M/Mme :

Nous devons connaître votre état de santé actuel et les maladies et interventions chirurgicales que vous avez subies dans le passé, pour décider des précautions éventuelles à prendre avant de réaliser, en toute sécurité, les soins et traitements bucco-dentaires envisagés. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire, avec précision. Nous sommes à votre disposition pour répondre, au besoin, à vos questions.

1. A combien de temps remonte votre dernière visite chez votre médecin (en mois ou en années) ?
 - a. Le consultez vous régulièrement ? OUI NON
 - b. Si oui, pourquoi ?
2. Etes-vous actuellement suivi par un médecin spécialiste ou un service hospitalier ? OUI NON
 - a. Pourquoi ?..... OUI NON
3. Si vous travaillez, avez-vous eu un arrêt pour maladie, depuis 1 an ?
 - a. Si oui, pourquoi ?.....
 - b. Pour combien de temps ?.....
4. Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
 - a. Pour quelles raisons ?.....
 - b. Lesquels et posologie ?.....
5. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? OUI NON
 - a. Lesquelles et quand ?.....
 - b. Conséquences ?.....
6. Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs maladies ou traitements de la liste suivante (si oui, cochez les cases correspondantes)

Affection valvulaire	Dépression	Maladie de la thyroïde	
Angine de poitrine	Troubles psychiatriques	Ulcère	
Chirurgie cardiaque	Perte de connaissance	Transfusion	
Endocardite	Epilepsie ou convulsions	Régime particulier	
Hypertension artérielle	Accident vasculaire cérébral	Prothèse hanche, genou, épaule	
Infarctus du myocarde	Crises de tétanie	Maladie du foie	
Insuffisance cardiaque	Tuberculose	Diabète	
Malformation cardiaque	Insuffisance respiratoire	Insuffisance rénale	
Stimulateur cardiaque	Bronchite chronique	Dialyse	
Troubles circulatoires	Asthme	Pathologie oculaire	
Troubles du rythme	Sérologie hépatite A positive	Pathologie ORL	
Hémorragies	Sérologie hépatite B positive	Corticothérapie	
Rhumatisme articulaire aigu	Sérologie hépatite C positive	Traitement par irradiations	
Maladies du sang	Sérologie VIH positive	Chimiothérapie	

7. Avez-vous d'autres maladies ou traitements ne figurant pas sur cette liste ?.....
8. Connaissez-vous votre tension artérielle ? OUI/NON Valeur :...../.....
9. Avez-vous eu des complications lors d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires ? OUI NON

Urticaire ? OUI/NON..... Œdème ? OUI/NON..... Sensation de malaise ? OUI/NON.....
10. Avez-vous eu des allergies ?..... OUI NON
 - a. A quel produit (médicament ou aliment) ?.....
 - b. A quelles graminées ?..... A quel métal ?..... A quel animal ?.....
 - c. Réaction de quel type ?.....
11. Avez-vous eu des saignements prolongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ? OUI NON
12. Pour les femmes,
 - a. Etes-vous ou supposez-vous être enceinte ? OUI/NON...si OUI, depuis combien de mois ?.....
 - b. Prenez-vous un contraceptif oral ?.....
13. Consommez-vous du tabac ? OUI/NON.....votre consommation journalière ?.....
14. Avez-vous suivi des traitements de sevrage ? OUI/NON
15. Si oui, lequel et quand ?.....
16. Etes-vous atteint(e) d'une Affection Longue Durée OUI NON
 - a. Motif.....
 - b. Affection liste OUI/NON
 - c. Affection hors liste OUI/NON
 - d. Invalidité OUI/NON

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Fait à Nantes, le.....

SIGNATURE et NOM DU PATIENT :

Annexe 2

Document d'autorisation de soins sur mineurs délivré au centre de soins dentaires du CHU de Nantes.



AUTORISATION DE SOINS SUR MINEURS

(article R1112-35 du code de la santé)

Nous, soussignés, informés par le Docteur.....
(médecin du service de) des risques liés à l'acte de
soins, autorise à ce que soit pratiqué sur la personne de

l'enfant : NOM :
Prénom :
Date de naissance :

L'acte précisé ci-après :
(acte de nature chirurgicale, anesthésique, diagnostique, thérapeutique, transfusionnelle)
prévu pour la date du :

*** Les parents** (consentement des deux parents, si possible) :

NOM : NOM :
Prénom : Prénom :

Signature : Signature :

*** Autre représentant légal :**

NOM :
Prénom :
Signature :

Date :

Annexe 3

Feuille de rendez-vous à compléter par le praticien, délivrée au patient et adaptée à l'acte prévu. Elle contient une multitude de conseils et d'informations.

Source : cabinet de chirurgie orale.

Votre intervention :

Le..... àH..... (Arrivez 5 min en avance)

Merci de bien vouloir prendre connaissance des conseils ci-dessous :

BILAN PRE-OPERATOIRE ET PREMEDICATION

Veillez vous conformer strictement à la prescription qui vous a été faite lors de la consultation pré-opératoire. Vous ne devrez surtout pas être à jeun pour votre intervention sous anesthésie locale.

APRES L'INTERVENTION, QUELLE QUE SOIT L'ANESTHESIE

Lors d'une intervention sous anesthésie locale, vous resterez quelques instants en salle de repos après l'intervention, ce qui nous permet de nous assurer de votre bonne santé post-opératoire. Pendant cette période vous serez invité à mordre sur une compresse afin de favoriser la coagulation. Il vous faudra la jeter à votre retour. Il ne faut pas s'inquiéter d'un goût de sang qui se mélange avec la salive. Evitez de crachouiller après l'intervention, cela augmente le saignement et le prolonge.

Si possible, essayez d'être accompagné pour votre retour après l'intervention. Vous poursuivrez normalement la prise des médicaments comme indiquée sur l'ordonnance. Attendez la fin de l'anesthésie avant de vous alimenter afin de ne pas risquer de vous mordre la langue, les lèvres ou les joues.

Le brossage des dents est impératif aussitôt après l'intervention avec une brosse à dents très souple, à l'eau claire et sans dentifrice et ceci durant 48 h. Au-delà de cette période, procédez à un brossage normal. Les bains de bouche sont à commencer 2 jours après l'intervention et ceci après chaque brossage, 3 fois par jour.

Un oedème peut s'installer durant 4 / 5 jours. Pour le combattre, appliquez des vessies de glace 3 / 4 fois par jour, en les laissant en place environ 1 / 2 heure. De même, l'apparition d'un hématome (bleu) ainsi qu'une limitation passagère de l'ouverture buccale (trismus) sont normales.

L'alimentation sera molle et froide immédiatement après l'intervention (yaourts, glaces, crèmes dessert) et sera poursuivie molle et pâteuse durant les 5 / 6 jours suivants. Puis reprendre une alimentation progressivement plus ferme. La mastication est une kinésithérapie facilitant la résorption de l'oedème et du trismus.

Les douleurs post-opératoires sont normales, d'intensité variable selon chaque individu et selon le type d'intervention. Les antalgiques sont là pour les atténuer et vous pourrez être amené à en prendre durant 5 à 8 jours.

LORS DE VOTRE RETOUR

Restez bien au chaud durant les 48 h qui suivent l'intervention, et évitez les travaux qui nécessitent de pencher la tête en avant durant 5 / 6 jours. Les sutures sont réalisées avec des fils résorbables qui s'éliminent d'eux mêmes au bout de 15 / 30 jours.

En cas d'inquiétude ou en cas d'urgence, n'hésitez pas à nous contacter par téléphone.

Annexe 4

Document d'information délivré au patient après avulsion(s) dentaire(s) au centre de soins dentaires du CHU de Nantes.

Après extractions dentaires

1. Pour diminuer le risque de saignements
 - éviter boissons et aliments chauds le jour même
 - ne prenez pas d'aspirine en cas de douleur
 - ne penchez pas la tête en avant
 - appliquez de la glace localement (avec un linge entre la glace et la peau) efficace aussi contre la douleur et l'œdème
 - mordez sur une compresse pliée en 4 si le saignement persiste

2. Ne fumez pas pendant 3 à 4 jours. La cicatrisation sera plus rapide et le risque infectieux diminué



3. Ne faites pas de bain de bouche le jour de l'intervention
A partir du lendemain matin, après chaque repas et le soir au coucher
 - Brossez vous toutes les dents, la zone opératoire et les fils avec une brosse souple
 - Puis faites des bains de bouche prescrits sur l'ordonnance de sortie (le bain sans brossage ne sert à rien)

Annexe 5

Fiche d'informations quant au risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur, lié à l'intervention prévue.

Source : cabinet de chirurgie orale.

INFORMATION PRE-OPERATOIRE

Madame, Monsieur,

Le site anatomique de votre intervention (extraction dentaire ou bien curetage d'un kyste...) présente des rapports intimes avec le nerf alvéolaire inférieur.

Il s'agit d'un nerf sensitif, c'est-à-dire "qui donne la sensibilité" à la région labio-mentonnaire et vestibulaire correspondante, c'est-à-dire à la lèvre inférieure, au menton et à la partie de la gencive correspondante.

La particularité de votre intervention est qu'un risque pour ce nerf existe se traduisant (en cas de dommage) par une "hypoesthésie labio-mentonnaire", c'est-à-dire une diminution de la sensibilité de la zone concernée (cf. paragraphe précédent) ainsi que des sensations de picotement. Dans les rares cas où cela survient, cette hypoesthésie est le plus souvent réversible en quelques mois.

Sachez que nous adapterons notre geste chirurgical afin de minimiser ce risque de dommage.

Nous restons à votre disposition, mon équipe et moi-même, pour tous renseignements complémentaires. Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments distingués.

Annexe 6

Fiche d'informations concernant une intervention de chirurgie endodontique.
Source : cabinet de chirurgie orale.

INFORMATION PRE-OPERATOIRE

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une intervention de curetage apical dite de "résection apicale". Il s'agit du curetage d'un kyste radiculo-dentaire causé par votre dent. Dans le cas précis de cette intervention, la dent n'est pas extraite : seule la partie de la racine en relation avec le kyste va être supprimée, d'où le terme de résection apicale. En fonction de l'état antérieur du traitement canalaire, une obturation *à retro* sera éventuellement réalisée dans le même temps opératoire.

Hormis les suites opératoires classiques d'une chirurgie buccale (voir feuille de rendez-vous), vous devrez vous soumettre à un contrôle très rapproché de la zone kystique, à savoir une radiographie tous les 3 mois, sur laquelle nous pourrons suivre l'évolution de la cicatrisation osseuse. Ceci nous permettra d'observer la disparition de l'empreinte kystique, par rapport à la radiographie post-opératoire immédiate. En fonction de la taille du kyste, la cicatrisation osseuse peut prendre 6 mois à 1 an.

Les chances de succès d'une telle intervention sont actuellement de 80 %, pour une dent qui ne présente ni fêlure, ni fracture, ni mobilité. En cas de récurrence, deux possibilités vous seront proposées : soit l'extraction de la dent, soit une deuxième intervention dans des conditions similaires à la première.

Sachez que nous mettons en œuvre les moyens technologiques les plus performants dans le domaine chirurgical pour augmenter les chances de réussite.

Une partie de cette intervention n'est pas prise en charge par la Sécurité Sociale (Cf Devis). Nous vous invitons donc à vous rapprocher de votre mutuelle complémentaire afin de savoir si celle-ci prend en charge les actes cotés en Hors-Nomenclature.

Nous restons à votre disposition, mon équipe et moi-même, pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments distingués.

Annexe 7

Exemple de document de consentement éclairé.
Source : cabinet de chirurgie orale.

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné(e), certifie avoir été informé(e)
en des termes suffisamment clairs par le Docteur,

1- Que la mise en place chirurgicale d'implant(s) est possible dans mon cas, mais qu'il existe, comme pour toute intervention chirurgicale, une proportion de complications et de risques (infection, trouble de la sensibilité...) liés à mes antécédents personnels et liés à l'intervention elle-même et que la garantie totale de succès ne peut être assurée,

2- Que l'absence d'ostéointégration d'un implant après une période de 3 à 4 mois suivant la mise en place chirurgicale entraînera le retrait de cet implant. Un délai de 2 mois sera observé avant de replacer un nouvel implant, et ce sans frais supplémentaire.

3- Que la consommation de tabac augmente de façon importante le risque d'échec du traitement,

4- Qu'il existe des alternatives thérapeutiques (bridge, prothèse amovible) dont les avantages et inconvénients m'ont bien été exposés,

5- De la nécessité éventuelle de thérapeutiques préalables concernant ma propre denture,

6- De la nécessité de soins d'hygiène post-opératoires ainsi que d'un contrôle clinique et radiologique deux fois par an pendant les trois ans qui suivent l'implantation, puis une fois par an par la suite,

7- Que l'intervention de pose d'implant peut entraîner des suites opératoires transitoires, telles que fatigue, gonflement, douleur, hématome cutané,

8- Que la phase chirurgicale du traitement implantaire n'est pas inscrite à la nomenclature de la Sécurité Sociale, et qu'en conséquence, aucune prise en charge n'est possible par les Caisses d'Assurance Maladie (sauf cas particulier) et aucun arrêt de travail ne peut être prescrit,

9- Que la phase prothétique (couronne supra-implantaire) peut faire l'objet d'une prise en charge partielle par les Caisses d'Assurance Maladie,

10- Que des documents photographiques et vidéo pourront être réalisés avec votre accord dans le but d'illustrer des enseignements, tout en respectant votre anonymat et la confidentialité des traitements,

11- Enfin, je certifie avoir informé, sincèrement et totalement, le Docteur de mes antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que des traitements et médications en cours.

Date : le .../.../.....

Signature

(précédé de la mention manuscrite « lu et approuvé »

ABBAS (Amine). – Objectifs et impératifs d'un cabinet spécialisé en chirurgie orale, en pratique de ville – 82 f. ; ill. ; 49 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2014)

RESUME

L'évolution que connaît la place de la Chirurgie Orale dans le parcours de soin en Odontologie et l'arrivée de nouveaux praticiens spécialisés suite à la création du Diplôme d'Études Supérieures en Chirurgie Orale posent la problématique de la conception, l'installation et l'organisation globale d'une structure spécialisée en Chirurgie Orale.

Malgré les nombreuses réglementations et contraintes (techniques, technologiques, réglementaires, administratives, juridiques, sociales), il n'existe pas d'obligations spécifiques concernant l'installation du plateau technique en Chirurgie Orale, ce sont souvent des conseils et recommandations qui sont formulés, tandis que de nombreux critères, notamment des normes strictes d'hygiène et d'asepsie, doivent être respectés.

Une codification est donc à attendre des sociétés savantes, de la profession et des autorités de tutelle, afin de réglementer la structuration du plateau technique, particulièrement pour l'exercice privé de la Chirurgie Orale.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : CABINET DENTAIRE, CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE

MOTS CLES MESH

Chirurgie stomatologique – Surgery, Oral
Guide de bonnes pratiques – Practice guideline
Hygiène – Hygiene
Asepsie – Asepsis
Analyse coût-bénéfice – Cost-benefit analysis

JURY

Président : Monsieur le Professeur P. LESCLOUS
Directeur : Monsieur le Docteur S. KIMAKHE
Co-Directeur : Madame le Docteur A. BOEDEC
Membre Invité : Monsieur le Docteur A. SAFFARZADEH

ADRESSE DE L'AUTEUR

41 Rue la Tour d'Auvergne – 44200 Nantes
abbasamine1@gmail.com