

Complication du traitement du canal radiculaire et du sinus maxillaire

Drs Valerie Batrouni, Pamela Kassabian, Edgard Jabbour et Philippe Sleiman, Liban

Introduction

Le sinus maxillaire est le plus grand sinus paranasal et sa partie inférieure est délimitée par le processus alvéolaire.¹ La relation topographique anatomique entre les dents postérieures supérieures et le sinus maxillaire requiert un soin particulier lors d'un traitement endodontique.

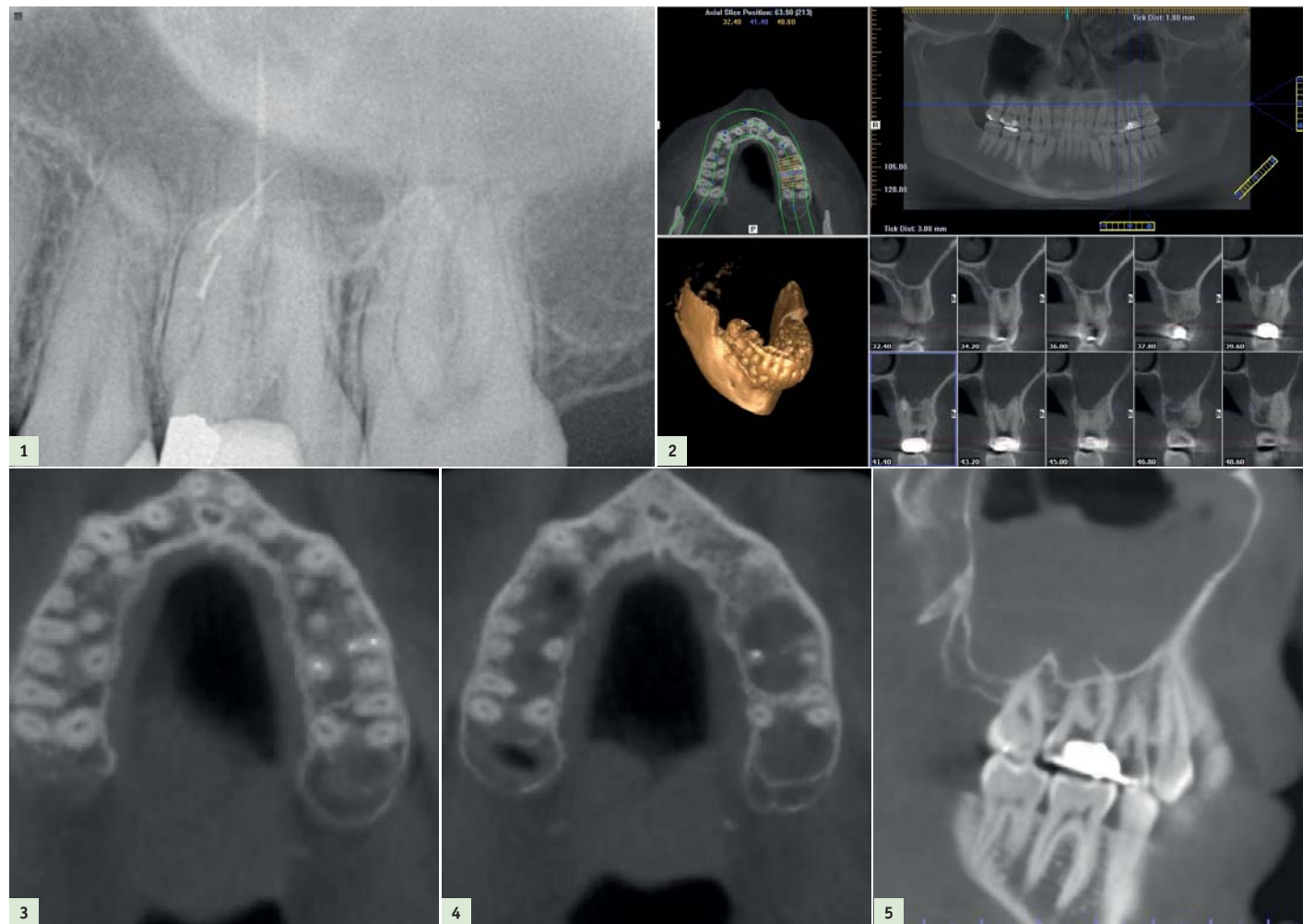
Il a été avancé que les dents peuvent être à l'origine de l'incidence croissante de la sinusite. Une explication de cette hausse apparente est peut-être la disponibilité de meilleures techniques d'imagerie dans les cabinets dentaires, notamment la tomographie à faisceau conique (CBCT).²

En fait, un traitement endodontique peut être marqué par de nombreux accidents susceptibles d'affecter les sinus, et ce, dès le début de la phase de nettoyage et de mise en forme. Une simple lime K no 10 (Kerr Dental) peut traverser l'apex et perforer la membrane sinusienne et une solution d'irrigation sous pression peut facilement irriter la cavité sinusienne après une lésion du desmodonte qui perd sa résistance. L'éjection accidentelle d'hypochlorite de sodium dans le sinus maxillaire peut causer une sensation de brûlure, accompagnée d'un saignement de nez, d'une déglutition de sang et d'un arrêt respiratoire.³ L'utilisation du système EndoVac (irrigation par pression négative, Kerr Dental) entraîne sans risque les solutions d'irrigation vers l'extrémité apicale des canaux radiculaires.⁴

Pendant la phase d'obturation, les ciments de scellement endodontique à base d'oxyde de zinc sont considérés comme un facteur favorisant la croissance d'aspergillus (champignon). Selon la littérature, l'introduction de spores dans le sinus par le biais d'un matériau d'obturation contaminé est une possibilité qui doit être envisagée.⁵

Cas clinique 1

Un patient avait été adressé au cabinet en raison de problèmes associés à la fracture d'une lime. Il était pilote de ligne et se plaignait d'écoulements nasaux purulents lorsqu'il était en vol. La radiographie préopératoire (Fig. 1) a distinctement montré la présence de deux fragments d'une lime fracturée dans les canaux mésiaux et d'un cône traversant l'apex de la racine palatine. Après l'imagerie CBCT avec iCAT, il est apparu clairement que le sinus gauche était presque



totalement rempli de liquide inflammatoire (Fig. 2) et que le cône présent dans le canal palatin pénétrait dans le sinus. Sur l'image de reconstruction multiplanaire (MPR), nous pouvions également distinguer les deux fragments de lime fracturée dans les deux canaux mésiaux (Figs. 3 et 4) et aussi un autre fragment dans le sinus sans aucun contact avec le canal (Fig. 5). L'utilisation de différents filtres nous a permis de visualiser les fragments de lime (Figs. 6-9), ainsi que l'inflammation et le fragment de lime fracturée à l'intérieur du sinus. Nous avons également mieux perçu la position du cône qui émergeait du canal palatin et pénétrait dans le sinus.

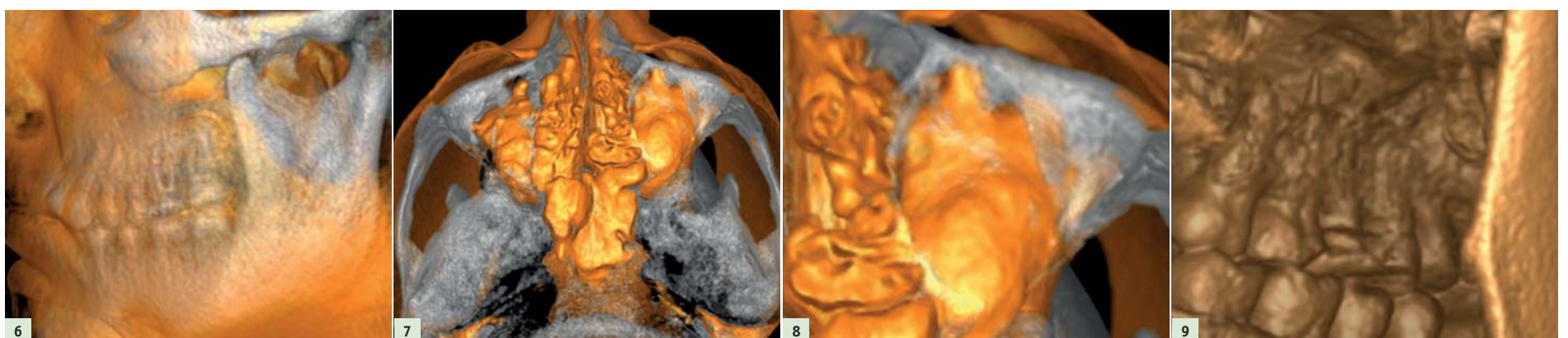
Le plan de traitement a consisté à tenter de résoudre le problème par une approche classique et, au besoin, par une microchirurgie, en vue de conserver la dent. J'ai pu retirer le

cône de la racine palatine à l'aide de limes H (Hedström) mais il était impossible de contourner les fragments de lime présents dans la racine mésiale, ou même de les atteindre avec des inserts ultrasoniques. Je me suis résolu à ne pas en faire trop afin de ne pas créer un nouveau problème, tel qu'une perforation de la paroi canalaire, et j'ai décidé de sceller les canaux (Fig. 10). La décision de traiter les canaux mésiaux par une approche chirurgicale a été prise immédiatement. J'ai sectionné 3 mm de la racine mésiale à l'aide d'une pièce à main Impact Air (SybronEndo), ce qui m'a donné une vue directe sur la membrane de Schneider, de laquelle le troisième fragment dépassait à peine (Figs. 11 et 12). Je suis parvenu à le saisir délicatement et à l'extraire (Fig. 13). La figure 14 montre la situation postopératoire, après la fin de la préparation à rétro des canaux mésiaux.

Cas clinique 2

Le patient avait été adressé au cabinet pour une douleur sourde qui affectait une molaire supérieure. Sur la radiographie préopératoire, nous pouvions observer toute une série de matériaux d'obturation, notamment des monocônes, des colles composites et des cônes d'argent, dont certains étaient déjà fragmentés. L'un des fragments dépassait de la racine. Après un examen minutieux du sinus et de la membrane, nous avons pu constater que celle-ci avait été perforée en raison du processus inflammatoire et de l'infection qui avait provoqué une sinusite (Fig. 15).

J'ai pratiqué l'intervention sous un microscope opératoire et ai utilisé des inserts ultrasoniques et des limes rotatives K3 XF (Kerr Dental), pour extraire tous les anciens matériaux d'obturation du système canalaire. J'y



ai alors inséré un tampon de ouate sec et placé un ciment provisoire, car le patient se sentait fatigué après cette longue séance de traitement (Fig. 16). La figure 17 montre quelques débris mineurs des cônes d'argent qui avaient migré au-delà de l'apex radiculaire mésiale. J'ai pu extraire un petit morceau du cône d'argent au moyen de la macrocanule du système Endovac et effectuer un nettoyage chimique du système canalaire.

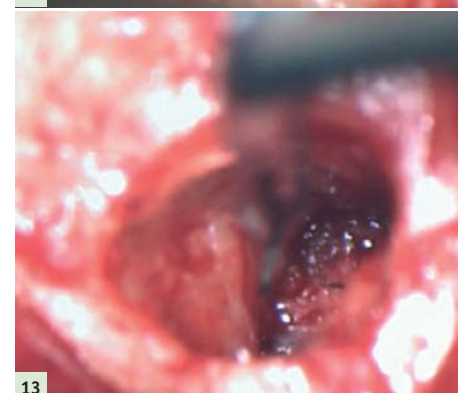
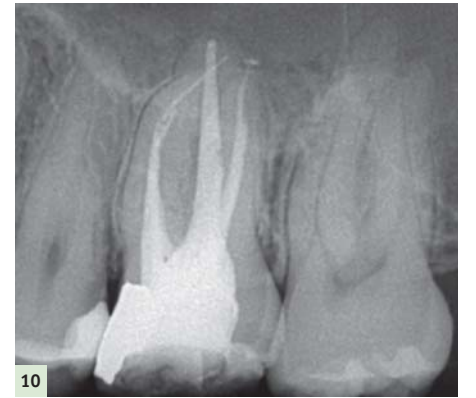
La figure 18 montre la situation immédiatement après l'intervention, en particulier l'obturation des canaux mésiaux. Il est possible d'observer une légère amélioration de la membrane de Schneider et du sinus. La figure 19 a été prise au cours de la visite de

suivi à trois mois et montre une fermeture presque complète de la membrane et de l'os du plancher sinusien.

Discussion

Le sinus maxillaire est situé au-dessous du plancher de la fosse nasale, et il est en rapport étroit avec les racines dentaires maxillaires.⁶ Quelques études ont mis en évidence que la racine palatine de la première molaire supérieure est très souvent située à l'intérieur du sinus maxillaire.⁷ D'autres études ont montré que les racines mésio-vestibulaires des deuxième molaires sont celles qui pénètrent le plus profondément dans le sinus.⁸

Le diagnostic d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire requiert des examens cliniques et radiographiques attentifs. Il a été avancé que l'incidence de la sinusite d'origine dentaire est en augmentation,⁹ ou tout au moins elle est davantage constatée. Ce fait pourrait s'expliquer par la disponibilité de meilleures techniques d'imagerie dans les cabinets dentaires, notamment la CBCT.¹⁰ La CBCT permet d'évaluer précisément la qualité de l'os maxillaire et la quantité de tissu osseux autour des apex radiculaires postérieurs, sans distorsion ni superposition des dents et des structures adjacentes. Cet examen peut nous donner des informations très claires sur la position des racines



et des apex, par rapport à la cavité sinusienne et à sa membrane. Si l'épaisseur de la membrane de Schneider mesure 0,5 mm ou plus, avec ou sans radioclarité apicale, on peut considérer que les canaux radiculaires sont le siège d'une infection. Les perforations de la membrane sinusienne peuvent avoir diverses séquelles, notamment une résistance moindre aux infections, et les complications les plus fréquentes sont des saignements de nez, une obstruction du sinus, et une sinusite aiguë ou chronique.¹³

En présence d'une lésion périapicale, les études montrent une production de puissants facteurs de virulence causée par une nécrose pulpaire, notamment une produc-

Réduire la consommation d'aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Ils sont souvent de densité énergétique élevée et de faible qualité nutritionnelle. De récentes études ont montré des associations entre la consommation d'aliments ultra-transformés et un risque accru de différentes maladies chroniques.⁹

RECOMMANDATIONS

Limiter la consommation de céréales du petit-déjeuner sucrées, les gâteaux, le chocolat, les crèmes dessert, les glaces, les biscuits apéritifs, la charcuterie et certains plats préparés du commerce.



Quand c'est possible, privilégier le fait maison en utilisant des produits frais, des aliments en conserve ou surgelés peu transformés.

LE NUTRI-SCORE

Le logo Nutri-Score est l'étiquetage nutritionnel simplifié recommandé par les pouvoirs publics en France. Il a pour objectif de faciliter la compréhension par le consommateur de la qualité nutritionnelle des aliments préemballés. Grâce à une lettre couplée à une couleur,



le Nutri-Score classe les produits sur une échelle à 5 niveaux allant de A à E. **Il peut aider vos patients à manger mieux au quotidien en limitant les produits de score D et E.**

Réduire la consommation de boissons sucrées et de boissons alcoolisées

On entend par boissons sucrées : les jus de fruits, les boissons aux fruits, les sirops, les eaux aromatisées, les sodas même « light » et les boissons dites « énergisantes ». Une augmentation du risque de prise de poids, de MCV et de diabète de type 2 est observée avec la consommation d'un verre de boisson sucrée par jour.⁸

L'alcool augmente le risque de cancers aérodigestifs, du côlon-rectum, du foie, du sein,¹⁰ ainsi que d'autres maladies comme l'hypertension artérielle et la fibrillation auriculaire.¹¹

RECOMMANDATIONS



Les boissons sucrées doivent être limitées le plus possible sans être substituées par des boissons édulcorées ; dans tous les cas, pas plus d'un verre par jour et privilégier les jus de fruits pressés.



Maximum 2 verres d'alcool par jour et pas tous les jours.

L'eau est la seule boisson recommandée, elle peut également être apportée par le thé, le café (sans excès) et des infusions non sucrées.

Limiter la consommation de sel et de produits salés

Ils entraînent des risques de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle et de cancer de l'estomac.⁸

RECOMMANDATIONS

Le sel consommé provient surtout des produits transformés : charcuterie, plats préparés du commerce, soupes déshydratées, fromage, pain, etc.



Réduire la quantité de sel en cuisinant et ne pas resaler à table.

Privilégier le sel iodé (indiqué sur l'étiquette).

Une consommation suffisante mais limitée de produits laitiers

La consommation de lait diminue le risque de cancer colorectal et la consommation globale de produits laitiers fait baisser le risque de diabète de type 2 avec un niveau de preuve probable. La consommation totale de produits laitiers est associée à une augmentation du risque de cancer de la prostate (avec un niveau de preuve suggestif mais limité). Les fruits à coque, les légumes secs et les légumes peuvent également contribuer aux apports en calcium.

RECOMMANDATIONS

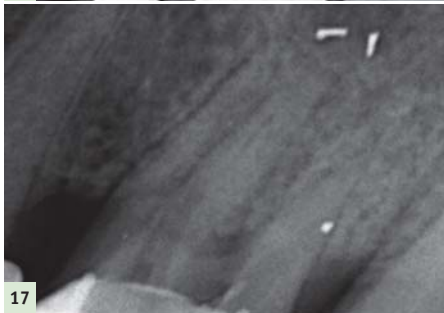
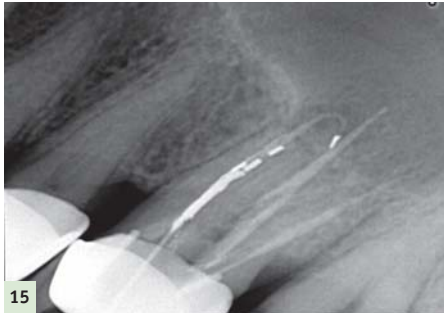


2 produits laitiers par jour (par exemple un yaourt nature et un morceau de fromage).

QUID DE L'ALIMENTATION DURABLE ?

Pour la première fois, les recommandations intègrent la dimension environnementale de l'alimentation en conseillant de privilégier les aliments d'origine végétale plutôt qu'animale, les aliments des producteurs locaux, les aliments de saison, et si possible les aliments bio, qui par ailleurs pourraient avoir un impact bénéfique sur la santé.¹

¹ Une étude française récente met en avant une association significative entre forte consommation d'aliments issus de l'agriculture biologique et diminution du risque de cancer (tous types de cancer confondus). Cependant, les preuves ne sont pas encore suffisantes pour parler de lien de causalité.



Pour éviter les erreurs iatrogènes, la littérature recommande les mesures suivantes :

1. Respecter la longueur de travail durant la mise en forme canalaire initiale et mesurer la longueur de travail lors de la première exploration des racines.
2. Garantir la stabilité de la longueur de travail sur les limes rotatives par la fixation de deux butées en caoutchouc, et mesurer à nouveau la longueur de travail après l'évasement coronaire.
3. Utiliser la technique par pression négative afin d'éviter toute extrusion de produits chimiques hors de l'apex durant la phase d'irrigation.
4. Vérifier l'ajustage précis du maître-cône par le test de résistance au retrait et res-

pecter le protocole d'obturation, afin d'éviter toute extrusion du matériau hors de l'apex (due à un remplissage excessif) et sa pénétration dans le sinus au cours de la phase d'obturation.

5. Respecter le mélange et le dosage corrects du ciment de scellement, de façon à obtenir un mélange crémeux et pas liquide – ne pas utiliser un bourre-pâte pour pousser le ciment de scellement dans le canal.

Note de la rédaction : une liste des références est disponible auprès de l'éditeur.

Cet article a été publié dans le magazine roots, international magazine of orthodontics, volume 14, numéro 3/2018.

Dr Philippe Sleiman



est professeur adjoint à la faculté de chirurgie dentaire de l'université libanaise de Beyrouth, Liban.

AD

tion d'enzymes lysosomales et collagénases, qui favorisent la destruction du tissu périapical et sont susceptibles d'atteindre le sinus maxillaire.¹¹ Les bactéries et les toxines présentes dans les lésions apicales peuvent infiltrer les sinus maxillaires en se propageant directement au travers l'os maxillaire poreux ou des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et entraîner ainsi un épaississement de la muqueuse sinusienne.¹²

Au cours d'une obturation, l'extrusion des matériaux dépend de la technique de scellement endocanalaire utilisée et du savoir-faire du praticien : la racine peut avoir fait l'objet d'une instrumentation excessive et mené à l'absence d'un joint apical. Dans ce cas, l'extrusion du matériau d'obturation hors du canal et sa pénétration dans le sinus ne peuvent être exclues. Des bactéries sont également susceptibles de coloniser la surface du matériau extrudé et d'entretenir l'inflammation ou l'infection apicale.¹⁴ De plus, l'extrusion de ciments de scellement endodontiques à base d'oxyde de zinc est considérée comme un facteur favorisant la croissance d'*Aspergillus*. La littérature évoque la possibilité d'une introduction de spores dans le sinus par le biais de matériaux d'obturation canalaire contaminés.⁷

MOVEMENT BY SWEDEN

Le Système S1 - réciproque, lisse et flexible : telle une danse.

Système lime unique
GAGNEZ DU TEMPS

LIME S1 PLUS

+ FLEXIBLE
+ EFFICACE
+ SÛRE

Créée en 1917 en Suède, Sendoline développe en 1940 la lime H avec le Dr Gustav Hedström. En 1980, Sendoline développe sa lime S avec un profil en double-lame pour une capacité de coupe supérieure aux limes K et H, une flexibilité augmentée et une bien meilleure remontée des débris. En 2016, Sendoline développe son système de préparation à mouvement réciproque et à instrument unique.

- Système à un seul instrument - directement sur l'unit
- Contre-angle S1 renfermant une solution intelligente unique : un mécanisme d'engrenage intégré qui génère le mouvement réciproque - moins de risques de fracture instrumentale
- Angle de la tête de 90° pour une plus grande liberté de mouvement au niveau des zones postérieures
- Emballage pratique des limes S1 - stériles et prêtes à l'emploi



* MOUVEMENT SUEDOIS

service & appel gratuits 0 800 247 420

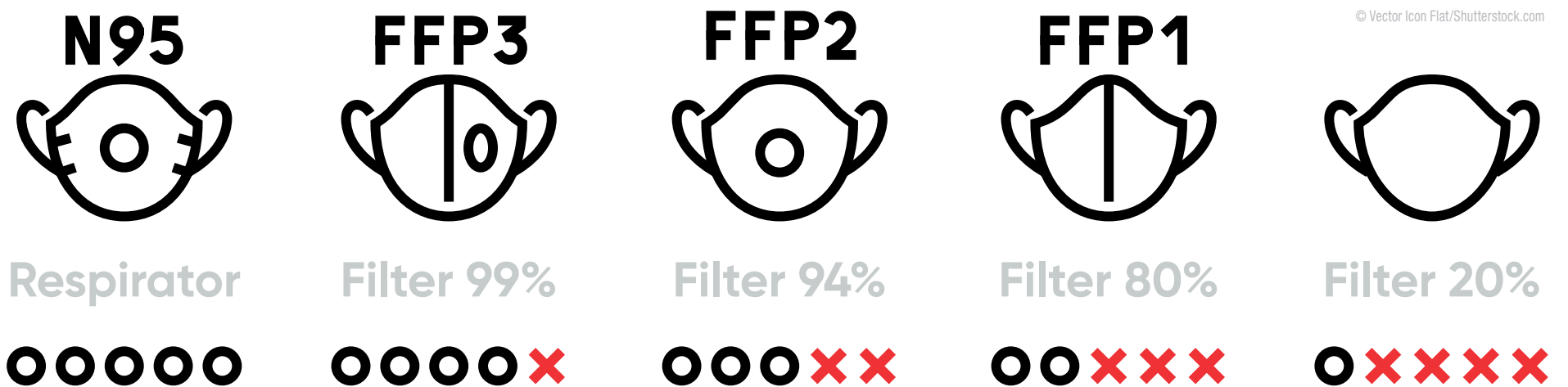
bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

208 allée de la Coudoulette - 13680 Lançon-Provence - www.bisico.fr

Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE 0413 Intertek Semko AB - Classe IIa. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le Dispositif Médical ou sur l'étiquetage remis. Non-remboursé par les organismes d'assurance santé. Publicité Système Endo S1 (ZZ 1506) - V10 - 04/2020

S1
Sendoline

La France en pénurie de masques : aux origines des décisions de l'État



À l'heure de la polémique sanitaire interne à la pandémie – l'absence de masques de protection efficaces pour les soignants et pour le personnel indispensable, afin de faire fonctionner l'économie du pays même en temps de crise – il est essentiel de rétablir la chronologie des faits qui a conduit notre pays à se désarmer face au risque de pandémie.

Sans doute qu'après le retour à une ère de sécurité sanitaire, des commissions d'enquêtes vont se créer pour faire toute la lumière sur les faits, avec des moyens d'investigation autres que les nôtres aujourd'hui. Mais déjà, la lecture complète de nombreux documents officiels publiés, permet de rétablir une archéologie des choix de politique publique.

Pour faire ce travail, il faut se garder d'une approche simpliste, personnalisée, excessive et expiatoire, pas simpliste, et personnalisée car on ne trouvera pas un texte signé un jour dans un bureau obscur par un ministre ou un haut fonctionnaire, qui aurait dit « maintenant plus de stocks de masques ». Pas excessive et expiatoire non plus, car il ne s'agit pas ici de chercher un bouc émissaire commode pour expier ce qui est plus vraisemblablement le fruit de fautes collectives.

La plupart des décisions ont été prises dans le cadre d'une chaîne de responsabilités partagées et nous conduisent à la situation actuelle, quand beaucoup parlent désormais de chaîne d'irresponsabilités.

Nous focaliserons notre attention uniquement sur la question de l'équipement de l'État en masques, à la fois en masques chirurgicaux réputés être suffisants pour les malades qui ne postillonnent pas ainsi à la face des autres, mais aussi en masques dits FFP2, qui garantissent une véritable barrière de protection faciale pour toutes les personnes exposées aux projections de gouttelettes porteuses de virus, à commencer par l'ensemble du corps médical.

Pour retracer cette généalogie d'une suite de décisions qui ont désarmé la France en masques, face à une pandémie pourtant annoncée comme certaine dans le futur par de nombreux experts, nous suivrons un strict récit chronologique qui commence en 2005 avec un rapport parlementaire d'alerte sur les risques épidémiques présents et à venir qui oblige l'État français à s'organiser en conséquence, pour anticiper le pire, selon le célèbre adage : « gouverner c'est prévoir ». Le récit sera forcément un peu long, mais comprendre la généalogie de faits aussi graves exige un peu de temps, surtout si on veut ajouter des citations concrètes.

Une anticipation du risque

Le 11 mai 2005 est rendu public un rapport co-signé par le député Jean Pierre Door et la sénatrice Marie-Christine Blandin intitulé Rapport sur le risque épidémique. Le moins qu'on puisse dire c'est que ce texte regarde avec lucidité et acuité les nouveaux risques qui planent sur nos sociétés modernes mondialement interconnectées. Il est rappelé que les maladies respiratoires aiguës tuent plus de trois millions de personnes par an. Que ces maladies évoluent constamment, nous obligeant à vivre dans un univers où on aura toujours un vaccin de retard, surtout avec le SRAS. Tous les experts prédisent que des pandémies ne manqueront pas de survenir, et ce de plus en plus souvent.

Une des plus récentes mises en garde officielles provient des États-Unis. Le directeur du *National Intelligence Service*, Dan Coats, avertit dans son Bilan sur les menaces dans le monde, le 29 janvier 2019 :

« Nous estimons que les États-Unis et le monde resteront vulnérables à la prochaine pandémie de grippe, ou à une épidémie à grande échelle d'une maladie contagieuse qui pourrait entraîner des taux massifs de décès et d'invalidité, affecter gravement l'économie mondiale, mettre à rude épreuve les ressources internationales. » Il parle du « défi de ce que nous prévoyons être des épidémies plus fréquentes de maladies infectieuses, en raison de l'urbanisation rapide et non planifiée, des crises humanitaires prolongées, de l'incursion humaine dans des terres auparavant non encore exploitées, de l'expansion des voyages et du commerce internationaux et du changement climatique régional ».

Le masque, une arme jugée efficace en cas d'épidémie

Dans le rapport parlementaire de 2005, sont exposées les conditions de protection contre une telle épidémie, avec l'idée qui sera sans cesse répétée jusqu'à aujourd'hui, qu'il s'agit de gagner du temps pour laisser aux scientifiques le soin de trouver un médicament puis, plus tard, un vaccin :

« Si nous entrons dans une phase pandémique contagieuse d'homme à homme, une des trois méthodes pour lutter contre une telle épidémie est la mise en place de barrières physiques, ce qui implique que les personnes en contact avec le public puissent disposer de masques adaptés à la pandémie. »

Dès lors, il est écrit en toutes lettres que le port du masque est un instrument de lutte très efficace y compris pour rassurer les po-

pulations, un masque plus efficace que celui utilisé généralement pour les chirurgiens :

« Un des moyens de rassurer la population serait de mettre à sa disposition des masques de protection. Les autorités interrogées par vos rapporteurs pensent que des masques classiques, de type masques de chirurgien, n'offriraient qu'une protection extrêmement limitée. Il serait souhaitable de disposer de modèles extrêmement efficaces mais relativement coûteux. »

Les rapporteurs admettent néanmoins que le rapport coût/bénéfice est en faveur de l'achat massif de masques :

« La mise à disposition de masques en nombre suffisant aurait certainement un coût très élevé mais, en même temps, aiderait à limiter la paralysie du pays. Vu sous cet angle, il convient de relativiser le coût. »

Ce rapport parlementaire est suivi d'un autre, moins d'un an après, à propos de la grippe aviaire. Le corps de doctrine préconisé reste le même : les mesures barrières, plus les masques, dont on précise que des études conduites sur la grippe en Asie ont montré l'efficacité : « Une étude scientifique a démontré que le port de masques à Hong Kong, pendant l'épidémie de SRAS en 2003, a entraîné une diminution significative du nombre d'affections respiratoires ». Et là aussi, le rapporteur rappelle que « la catégorie recommandée pour se protéger contre la grippe est celle FFP2 ».

Il y a 14 ans, deux documents parlementaires écrivaient donc noir sur blanc que les masques font partie de la panoplie indispensable contre la propagation d'un virus très contagieux de type coronavirus.

La France s'équipe massivement en masques

La conséquence en est tirée par le directeur général de la Santé auditionné par la commission. Pour ce qui concerne les masques chirurgicaux, Didier Houssin apporte les précisions suivantes :

« Des quantités importantes ont été et seront achetées : il est prévu d'acquérir au total 250 millions de masques chirurgicaux, à faire porter, à raison d'un masque toutes les quatre ou cinq heures, aux malades en contact avec un entourage familial ou professionnel. »

Quant aux masques FFP2, il indique que le gouvernement en a acquis « d'ores et déjà environ 50 millions » et que l'objectif est d'en acquérir début 2006 « plus de 200 millions ». En 2006, en prévision d'une épidémie respiratoire sévère, l'État prévoit donc de stocker des dizaines de millions de

masques, y compris les fameux FFP2. Il faut dire que les estimations d'usage sont spectaculaires, compte tenu de la souillure rapide des masques et donc du renouvellement nécessaire par les personnels soignants « toutes les quatre à six heures ». En conséquence, « pour les seuls personnels soignants, le nombre estimé de masques nécessaires est de deux millions par jour de pandémie ».

Ces analyses sont en phase avec celles du secrétariat général de la Défense et de la sécurité nationale (SGDSN), sous l'autorité directe du premier ministre exprimées dans le Plan pandémie grippale rendu public le 6 janvier 2006. Il est affirmatif : le masque est à généraliser, pour les malades bien sûr, pour les soignants (mais les FFP2), mais aussi pour les personnes « indispensables au fonctionnement des services essentiels et/ou en contact répété et rapproché avec le public ». On peut même envisager son port dans « les espaces publics à titre de précaution », précise le plan. Et la stratégie de lutte du gouvernement se décline en fonction des stades d'une épidémie devenue pandémie, au stade maximal (celui que nous connaissons aujourd'hui en France avec le Covid-19).

La préconisation est limpide

« Port de protections respiratoires par les personnels de santé et, si possible, par les autres personnes exposées ; port de masques chirurgicaux par les malades ; préconisation du port d'un écran en tissu par les personnes indemnes dans les espaces publics, à titre de précaution. » (p. 52)

Le SGDSN actualise ce plan le 20 février 2009 et il est plus assertif. Le recours au masque FFP2 est étendu. En 2006, son usage « sera autant que possible étendu aux personnes indispensables. », alors qu'en 2009, il « doit être prévu ». Mieux même, il est envisagé d'encourager chacun à faire l'acquisition d'un tel masque.

Dans les fiches techniques qui complètent le plan grippal, la Fiche C4 sur les mesures barrières sanitaires (éditée en septembre 2009) évoque le cas des personnes en situation professionnelle. On y retrouve bien sûr la même recommandation, mais celle-ci est justifiée par l'invocation de quatre organismes français liés à la santé (l'Institut national de recherche et de sécurité, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, la Direction générale de la Santé, le Conseil supérieur d'hygiène publique) plus l'OMS qui convergent tous vers une stratégie de protection respiratoire maximale du plus grand nombre (person-

nels soignants et personnes exposées au public).

Entendre aujourd'hui de la part des plus hautes autorités de l'État que le port du masque n'est pas indispensable a donc bien du mal à emporter la conviction en relisant les préconisations du service du premier ministre il y a onze ans seulement.

L'épidémie H1N1, le point de bascule

C'est dans ce contexte que va survenir un événement qui va, paradoxalement, être à la fois le moment charnière d'application de ces mesures de précaution et leur fossoyeur pour l'avenir.

Un arrêté du 3 décembre 2009 est publié concernant « la distribution de kits destinés au traitement des patients atteints par le virus de la grippe de type A (H1N1). » Il est prévu de distribuer une boîte de masques à chaque patient resté confiné chez lui, en puisant dans le stock national, car c'est un impératif de santé publique. Mais on le sait, la riposte a été jugée disproportionnée, car finalement le virus H1N1 n'a pas été aussi sévère que prévu et n'a pas tourné à la pandémie. La ministre de la Santé de l'époque, Roselyne Bachelot, en a été quitte pour des mises en accusation politiques de gabegie et des railleries de toutes sortes, à cause d'achats massifs de vaccins qui n'ont pas été utilisés, de commandes auprès de laboratoires qui ont finalement été annulées moyennant des millions d'euros de pénalités. Dans un entretien à Ouest France le 20 mars dernier elle déclarait :

« Je n'ai qu'une théorie : en matière de gestion d'épidémie, l'armement maximum doit être fait. Nous avons un stock de près d'un milliard de masques chirurgicaux et de 700 millions de masques FFP2. J'ai été moquée pour cela, tournée en dérision, mais quand on veut armer un pays contre une épidémie, c'est ce qu'il faut ! »

Dans un rapport sénatorial sur l'exécution de la loi de finance 2009, signé de Philippe Marini, actuel maire LR de Compiègne, on apprend que le coût total de la lutte contre le H1N1 est évalué à environ 1 milliard d'euros, dont 150 millions pour l'achat de masques.

Philippe Marini fait alors part de « plusieurs interrogations » qui sont en réalité des critiques sur l'efficacité du dispositif : « des quantités importantes de masques ont, tout d'abord, été commandées alors que peu semblent avoir été effectivement distribuées », « les calendriers de livraison font apparaître des réceptions de commandes tardives ce qui pose la question de l'opportunité de tels achats qui, de toute évidence, allaient arriver trop tard pour la pandémie ».

Mais ce jugement a posteriori ignore que sous le feu de la lutte sanitaire personne ne peut prédire quand la pandémie finira. Les arguments qu'il mobilise visent l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires). Cet établissement public assure la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves, tant du point de vue humain (la réserve sanitaire) que du point de vue matériel (achat et stockage de produits sanitaires d'urgence). Selon le sénateur, « Si le rôle de l'EPRUS est réduit à celui de logisticien, il convient d'approfondir la piste d'une mutualisation des stocks gérés par l'EPRUS avec ceux du ministère de la Défense. »

Résumons : cet organisme a contribué à gérer logistiquement une crise sanitaire potentiellement grave en faisant en sorte que personne n'ait jamais manqué de masques de protection. Mais il est appelé à se fondre

dans une « mutualisation », un des mots-clés de la gestion managériale contemporaine des services publics, où tout est fait pour « rationaliser », comprendre pour faire des économies.

Le début du désarmement sanitaire

On a là affaire à un vrai biais de raisonnement qu'on retrouve par exemple chez les anti-vaccins à propos de la rougeole. Ces derniers disent que le vaccin pourrait causer des troubles comme l'autisme chez les enfants vaccinés, alors que, ajoutent-ils, le

risque n'existe même pas. Or, la rougeole est une maladie dix fois plus contagieuse que la grippe, et mortelle. En conséquence, son éradication par une vaccination systématique est devenue une priorité mondiale de santé publique depuis longtemps. Donc, en effet, la rougeole a quasiment disparu de nos vies. C'est une maladie que personne ne rencontre plus dans son entourage. On a oublié les dégâts qu'elle peut faire, sa mortalité élevée. Mais c'est justement parce qu'il existe un vaccin, administré obligatoirement à tous ! De même, ici, la réaction au marteau-pilon pour écraser le virus H1N1 a

joué un rôle efficace et donc la pandémie n'a pas eu lieu. Pourtant la méthode est critiquée sur le seul plan comptable, sans prendre en compte le résultat.

Le désarmement sanitaire va alors commencer par l'instruction ministérielle du 2 novembre 2011 (citée dans plusieurs rapports mais introuvable en ligne aujourd'hui car remplacée par d'autres depuis, sans doute) concernant la stratégie face aux situations exceptionnelles de santé. Elle introduit une distinction entre deux types de stocks de produits de santé qui jusqu'à présent étaient gérés en commun dans un grand

COMMENT PARLER D'ALIMENTATION À VOS PATIENTS ?

Des conseils simples, peu nombreux et adaptés à chaque patient, sont la clé pour initier un changement d'alimentation. Pour aider vos patients à mieux appréhender les nouvelles recommandations, elles sont dorénavant classées en 3 catégories avec des messages courts, simples et accessibles, qui privilégient la progressivité :

AUGMENTER

Encourager à consommer toujours davantage de fruits et légumes et à réintroduire des aliments délaissés (fruits à coque non salés et légumes secs).

ALLER VERS

Accompagner petit à petit la substitution de certains aliments au sein d'une même catégorie : par exemple, manger du pain complet plutôt que du pain blanc ou utiliser l'huile de colza, de noix ou d'olive plutôt que d'autres huiles, consommer des poissons gras, etc.

RÉDUIRE

Inciter à diminuer la consommation des aliments et boissons qui augmentent les risques de certaines maladies (viande, charcuterie, produits ultra-transformés, sucre, sel, alcool et boissons sucrées).

LES RECOMMANDATIONS, C'EST AUSSI :

- prendre plaisir à manger, savourer ;
- privilégier la variété, le fait maison ;
- veiller aux quantités et à la taille des portions dans les assiettes.

ET AUSSI BOUGER !

- au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour ;
- ne pas rester assis trop longtemps : prendre le temps de marcher un peu toutes les 2 h.

LES RECOMMANDATIONS CHANGENT, LE SITE DÉDIÉ À VOS PATIENTS AUSSI.
RENDEZ-VOUS SUR WWW.MANGERBOUGER.FR

Références bibliographiques

1. Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 61 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>
2. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), Chapitre Consommations alimentaires. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 193 p.
3. Adéquation aux nouvelles recommandations alimentaires des adultes âgés de 18 à 54 ans vivant en France : Étude Esteban 2014-2016. Volet Nutrition - Surveillance épidémiologique.
4. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Maisons-Alfort : Anses, 2017. 535 p.
5. Graphique établi à partir de l'outil de visualisation de l'IHME (<http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>) Principaux déterminants comportementaux et métaboliques : tabac, alcool, avec un regroupement pour la nutrition proposé par IS. Capewell. Valeur exprimée en pourcentage des DALYs totaux pour la France en 2017.
6. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), Chapitre Corpulence. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 42 p.
7. Marant-Micallef C et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull. Epidemiol. Hebd. 2018;(21):442-448
8. Actualisation des repères du PNNS : étude des relations entre consommation de groupes d'aliments et risque de maladies chroniques non transmissibles. Maisons-Alfort : Anses, 2016. 186 p.
9. Bernard Srour et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). BMJ, 2019.
10. Anais Rico-Campà et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all-cause mortality: SUN prospective cohort study. BMJ, 2019.
11. WCRF / AICR (2018), 'Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer : a Global Perspective', Technical report, WCRF / AICR
12. Roerecke, M et al. Sex-Specific Associations Between Alcohol Consumption and Incidence of Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. J Am Heart Assoc. 2018.

MANGERBOUGER.FR





stock national santé créé en 2001. Certains stocks deviennent stratégiques et doivent être achetés et gérés au niveau national, par l'EPRUS. Ils comprennent des médicaments (antiviraux, antidotes, vaccins, pastilles d'iode, etc.), des dispositifs médicaux et des équipements de protection individuelle (masques, combinaisons, blouses, draps d'examen). Autant de produits qui engagent directement la responsabilité de l'État en cas de crise sanitaire grave.

En regard, sont identifiés des moyens dits « tactiques » (comprendre moins importants que stratégiques) qui sont des produits et des équipements situés dans les établissements de santé où se trouvent des SAMU ou des SMUR. La philosophie est que ces stocks permettent d'activer une réaction précoce et au plus près du terrain, dans l'attente de la mobilisation, si besoin, des stocks stratégiques. Dans cette instruction, il est précisé que l'acquisition des stocks tactiques est prise en charge par les établissements de santé et financée par des crédits relevant, dans les nomenclatures comptables infligées aux hôpitaux, de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Face aux critiques du surstockage national lors de la grippe H1N1 et de l'envoi aux établissements de santé de stocks qui leur sont ensuite restés sur les bras, une première réorganisation commence, permettant à l'État de partager sa responsabilité dans l'acquisition préventive de stocks sanitaires. Dès lors le procédé est irréversible. Car même si la liste des produits dits tactiques reste de sa responsabilité, et que le budget alloué est issu du dialogue de gestion entre les hôpitaux et le ministère, le gouvernement introduit une scission propice à de futurs arbitrages pouvant devenir défavorables au maintien d'un effort élevé

de stockage de tous les produits utiles en cas d'épidémie, dont les masques. Ainsi une décision qui peut se justifier par une rhétorique d'optimisation des moyens au niveau géographique le plus pertinent, va devenir, par un biais bien connu dans les politiques publiques, un premier pas vers l'abandon d'objectifs initiaux, en créant les premiers maillons d'une chaîne de déresponsabilisation.

Le masque FFP2 ne serait plus utile ?

Le 16 mai 2013, le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale édite sa Doctrine de protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire. Dès l'introduction, il explicite que l'aspect gestionnaire est un fil conducteur de ses choix : « La présente doctrine est le fruit d'un travail interministériel mené dans un souci d'efficacité et d'économie globale, s'appuyant notamment sur le retour d'expérience acquis lors des pandémies de la décennie écoulée », comprendre notamment le H1N1. Il prend appui sur l'avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP) du 1er juillet 2011.

Le SGDSN en retient que « Le HCSP propose, pour les salariés régulièrement exposés à des contacts étroits avec le public du fait de leur profession (comme les métiers de guichet), l'utilisation du masque chirurgical sur la base des arguments suivants : observance potentiellement supérieure pour le port du masque anti-projection ; pas d'efficacité inférieure démontrée chez les professionnels de santé du masque anti-projection versus l'appareil de protection respiratoire (APR) dans le contexte de la circulation d'un agent pathogène courant ; cohérence avec les dispositifs préconisés pour le grand public. »

Ainsi, le 1^{er} juillet 2011, le consensus de septembre 2009 a disparu. L'INRS, l'Afssaps, la DGS, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et l'OMS, mobilisés pour défendre un masque FFP2 pour tous les salariés exposés, voient leurs recommandations évacuées et le port du masque chirurgical doit suffire désormais. Le SGDSN décrète que « Le recours systématique aux masques de protection respiratoire de type FFP2 a montré ses limites en termes d'efficacité car la gêne voire la difficulté respiratoire liées à leur port, conduisent à un faible taux d'utilisation. Le masque anti-projection, en revanche, est mieux supporté du fait d'une respirabilité plus importante, d'une communication verbale plus facile, d'un risque d'irritation cutanée plus réduite et d'une sensation d'inconfort de chaleur beaucoup plus réduite. Ainsi, l'adhésion au port du masque anti-projection sera meilleure que le masque FFP2. Le port du masque anti-projection par les travailleurs et par les usagers limite la dissémination des agents pathogènes, chacun protégeant l'autre (fonction altruiste des masques anti-projections). » Les gens seraient donc gênés par le masque le plus protecteur, ce qui justifierait qu'ils ne le mettraient pas systématiquement et qu'il faille se contenter de préconiser l'usage d'un masque moins protecteur. Syllogisme parfait.

Dès lors, le SGDSN, dirigé par le conseiller d'État Francis Delon, considère que la responsabilité de la protection respiratoire des travailleurs par masques est à transmettre aux employeurs : « Il revient à chaque employeur de déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques pour protéger son personnel. » Accompagnant cela d'un discours de préconisations particulièrement désincitatif qui souligne bien les points négatifs :

« Les masques doivent être changés au minimum toutes les quatre heures, en fonction des recommandations du fabricant et chaque fois qu'ils deviennent mouillés ou après avoir quitté une zone à haut risque. Les paramètres de coût sont les suivants :

- acquisition : un masque chirurgical coûte environ dix fois moins cher qu'un masque FFP2.

- stockage : le stockage des masques chirurgicaux est largement moins volumineux et donc moins coûteux que celui des masques FFP2, lesquels nécessitent en outre une gestion fine des dates de péremption.

On retrouve là une tactique politico-comptable de l'État que les élus territoriaux connaissent bien : la défausse financière. L'État se décharge d'une responsabilité en la transférant, sans (tous) les moyens budgétaires qui vont avec, vers d'autres acteurs. Charge à eux d'arbitrer entre tout accepter et trouver les moyens requis, ou ne pas assumer toute la nouvelle charge faute de moyens. La chaîne de déresponsabilisation se dote ainsi de nouveaux maillons.

Bas les masques ! Ou le piège qui se referme

La situation de pénurie de masques rencontrée actuellement par notre pays a commencé à se refermer à ce moment-là, par glissements successifs, avec des décideurs qui sont convaincus de bien faire. La campagne victorieuse contre le H1N1 a été (trop) massive et aurait généré du gâchis à concurrence de plusieurs dizaines de millions d'euros. Par souci de se montrer plus respectueux de l'argent public, les gouvernements suivants et les parlementaires ont justifié de limiter les dépenses à l'avenir, y compris pour les structures de prévention des épidé-

mies, le tout dans un contexte de dénonciation permanente de la supposée gabegie au sein des hôpitaux et donc de forte restriction de leurs capacités budgétaires.

Les trois opérateurs de la prévention (l'EPRUS, l'Institut de veille sanitaire, et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) ont tous vu baisser leurs recettes entre 2010 et 2014, la restriction totale avoisinant les 54 millions d'euros, soit une baisse de 24%. On a commencé alors à poser la question des stocks de masques (entre autres) pour finalement se convaincre que les masques FFP2 n'étaient pas si indispensables que cela pour le public. Donc on en vient à considérer que la mission de protection régaliennne à l'égard des populations repose prioritairement sur le stockage de masques chirurgicaux. Et puisque les masques FFP2 sont à destination des personnels de santé, alors pourquoi ne pas transférer la responsabilité de leur acquisition à chaque pôle de santé ? C'est ce mécanisme que décrit Francis Delattre, sénateur Les Républicains, dans son rapport parlementaire fait au nom de la commission des finances en date du 15 juillet 2015 sous le titre *L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?* Il aborde explicitement la question des masques de protection. « Concernant les populations cibles à atteindre pour les masques, la doctrine gouvernementale est en cours de redéfinition. Toutefois, une nouvelle doctrine du SGDSN a d'ores et déjà établi que le stock national géré par l'EPRUS concernerait désormais uniquement les masques de protection chirurgicaux à l'attention des personnes malades et de leurs contacts, tandis que la constitution de stocks de masques de protection des personnels de santé (notamment les masques FFP2 pour certains actes à risques), étaient désormais à la charge des employeurs. »

Et le rapporteur poursuit son exposé du changement de doctrine et y apporte des justifications :

« Cette évolution s'explique par une inflexion de la politique de constitution et de renouvellement des stocks mise en œuvre

par le ministre chargé de la santé, sur le fondement de la doctrine développée par le SGDSN et les avis du HCSP. » Certains produits ne seront plus stockés « en raison de la plus grande disponibilité de certains produits et de leur commercialisation en officine de ville » ou en raison « du transfert de la responsabilité de constituer certains stocks vers d'autres acteurs (par exemple, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pour les masques de protection FFP2 de leurs personnels) », précise encore le rapport du sénateur. Les choses sont dites, si d'autres acteurs peuvent les vendre ou peuvent les acheter, à quoi bon obliger l'État à faire des stocks préventifs ? ! La chaîne de déresponsabilisation s'achève alors.

Le principe comptable supplante le principe de précaution

La préoccupation managériale et uniquement comptable finit donc ici de prendre le dessus et conduit à l'oubli des raisons mêmes pour lesquelles on prévoyait de faire ces stocks, selon une logique du « au cas où », en ne prenant jamais le risque d'être à la merci d'une rupture d'approvisionnement chez les industriels français ou étrangers par exemple. Car le court-termisme de la vision ainsi défendue oublie totalement qu'une pandémie, par définition, est une épidémie mondialisée, qui peut provoquer des ruptures des chaînes d'approvisionnement. Du coup, même l'appareil industriel national peut-être gravement perturbé, notamment si les ouvriers en charge de la fabrication des futurs masques refusent de se rendre dans les usines pour une légitime crainte pour leur santé. Et, afin d'éviter de commander des doses de produits de santé en trop grande quantité et pour éviter d'avoir à annuler avec pénalités au moment d'une épidémie qui aurait été moins sévère que prévue ou jugulée par l'usage de ces protections (cas du H1N1), Francis Delattre souligne que « le ministre chargé de la santé a décidé de développer une nouvelle modalité d'acquisition » : la réservation de capacités de production et d'acquisition auprès de labora-

toires. Cet outil, aussi appelé *sleeping contract* sera ainsi utilisé pour des vaccins contre une grippe de type pandémique. Un avis de marché public est publié par l'EPRUS le 8 août 2014 concernant « une tranche ferme constituée de la réservation de capacités de production de cinq millions d'euros de doses de vaccins pandémiques [et] une tranche conditionnelle permettant, en cas de déclaration d'une pandémie avérée, la production et la livraison de doses vaccinales ». Ce dispositif contractuel, tout droit venu du libéralisme pragmatique britannique, est donc importé en France par Marisol Touraine, alors ministre socialiste de la Santé. Il s'agit en somme d'une précommande qui ne demande qu'à être activée. Cette parfaite rationalité comptable devient l'objet d'une des recommandations du rapporteur les Républicains : « Recommandation n° 5 : afin de réduire les coûts d'acquisition et de stockage, poursuivre le développement de la réservation de capacités de production de produits de santé, tout en maintenant des stocks physiques pour les produits stables. » Au principe de précaution : stocker pour être sûr d'avoir en cas de crise, car c'est vital, se substitue la logique, être sûr de ne pas trop stocker car c'est essentiel de ne pas dépenser plus qu'il ne faut.

Raisonnement critiqué aujourd'hui par nombre d'experts, quand par une approche bureaucratique-comptable, s'éloignant de toute vision politique anticipatrice, on a oublié, étape par étape, les alertes sanitaires majeures qui prévalaient à ces choix de stocks préventifs de masse. L'État s'est donc désarmé peu à peu, au risque de mettre en danger les citoyens, à commencer par les professionnels de santé non hospitaliers, tout aussi directement en contact avec les malades que leurs collègues des hôpitaux. Tout ceci s'est fait avec la parfaite bonne conscience de hauts fonctionnaires et d'un personnel politique de droite et de gauche qui avaient à cœur de participer à un bonne gestion des deniers publics, oubliant peu à peu les finalités premières, engagés qu'ils étaient sur un chemin (les politistes parlent de *path dependancy*) qui les font aller toujours plus loin vers un nouvel objectif dans

lequel ils sont entrés, en perdant de vue le point de départ.

Ceci oblige les actuels membres du gouvernement à expliquer péniblement, au détriment des recommandations de l'OMS et à rebours des cas asiatiques, que le masque ne sert à rien pour une grande partie de la population ou qu'on ne sait pas s'en servir. Et que ce serait donc à propos que l'État n'adopte pas une stratégie « asiatique » de protection de ses citoyens par des masques et du gel de désinfection massivement distribué, couplée à des tests massifs.

Les autorités placent aussi de nombreux travailleurs et leurs employeurs face à une injonction contradictoire : nous vous demandons d'aller travailler mais nous ne pouvons pas vous fournir les moyens garantissant votre protection minimale.

Les commandes annoncées samedi de 250 millions de masques ne changent rien au fait qu'une drastique remise à plat de notre corps de doctrine préventive sera nécessaire avant que la prochaine pandémie ne déferle. Il faudra tirer toutes les conséquences de la crise actuelle.

Première parution, le 22 mars 2020 sur le site internet theconversation.com, reproduction autorisée sous la licence creative commons.

Déclaration d'intérêts

Arnaud Mercier ne travaille pas, ne conseille pas, ne possède pas de parts, ne reçoit pas de fonds d'une organisation qui pourrait tirer profit de cet article, et n'a déclaré aucune autre affiliation que son poste universitaire.

Arnaud Mercier



Professeur en information-communication à l'Institut Français de presse (université Paris 2 Panthéon-Assas), auteur fondateur The Conversation France

AD



SIGN UP NOW!

The world's dental e-newsletter

DENTAL TRIBUNE



Stay informed on the latest news in dentistry!

www.dental-tribune.com

dti Dental Tribune International

Interview: Les dentistes sur la réalité du coronavirus dans le monde. Dr Yassine Harichane, France

Nathalie Schüller, DTI

Le Dr Yassine Harichane exerce en France. Il est diplômé de la faculté de chirurgie dentaire de l'université Paris Descartes où il a obtenu un master 2 et un doctorat sur les cellules souches de la pulpe dentaire. Il est membre du DCSG – *Cosmetic Dentistry Study Group* – rattaché à l'université Paris Descartes à Paris, France.

Dr Harichane quelle est la situation dans votre pays face à la crise du coronavirus, quelles mesures ont été prises et depuis quand ?

La France est en stade 3 depuis le 14 mars 2020. Les lieux dispensables recevant du public doivent être fermés et la population doit être confinée à domicile. Des dérogations sont possibles pour des situations particulières. Les recommandations sanitaires relatives au stade 3 ont été délivrées à la population.

Comment avez-vous été affecté par les mesures éventuelles de confinement, professionnellement et personnellement ? Votre cabinet est-il toujours ouvert et si fermé, depuis quand ?

Professionnellement, le centre dentaire où j'exerce est fermé au public depuis le 17 mars 2020. Comme tous les dentistes en France, je me charge de gérer les urgences uniquement et au téléphone principalement. Si une intervention thérapeutique est nécessaire, il faut suivre un protocole rigoureux.

Personnellement, j'ai pu passer du temps à domicile pour m'occuper de la santé de ma femme.

Si votre cabinet est encore ouvert, ou fermé mais vous voyez encore les patients en situation d'urgence, avez-vous changé la façon de traiter vos patients ?

Le centre dentaire est fermé et nous ne recevons aucun patient conformément aux consignes nationales et ordinales. Les patients sont traités dans un cabinet de garde

défini dans le département. Ils sont traités selon les dernières recommandations scientifiques, afin de protéger le personnel soignant.

Comment vivez-vous cette crise et utilisez-vous votre temps lié à votre travail, à vos patients, et si vous souhaitez partager, votre vie personnelle, et les choses que vous aimez et que vous avez généralement, peu de temps de faire peut-être ?

Pour l'instant je vis positivement cette période en utilisant les avantages comme consacrer du temps à ma famille. Le reste du temps est dévolu au travail avec : la gestion des urgences, la formation continue et la rédaction d'articles scientifiques.

Savez-vous comment les mesures de confinement ont affecté le marché dentaire national ?

Je fais un suivi des tendances actuelles et je dirais de façon subjective, que tous les marchés sont affectés, y compris le marché dentaire national.

Ne sachant pas combien de temps il faudra pour que cette crise se termine, pensez-vous, qu'elle soit de courte ou de longue durée, qu'elle va changer votre entreprise, la profession ?

Subjectivement je dirais que la crise sera ressentie comme trop longue car tous les individus veulent revenir rapidement à la normale. D'autant plus qu'à l'étranger, les entreprises licencient leur personnel pour rester viable financièrement. En France, nous avons la chance que le gouvernement libère des fonds pour subvenir aux besoins des entreprises.

L'impact pour les entreprises dentaires et la profession sera profond car il sera à la fois concret et abstrait. Concrètement, les entreprises vont faire face à des difficultés financières et matérielles de toute sorte, dues à l'interruption du travail pendant la pandémie. Abstraitement, les relations avec autrui



seront différentes, dans le sens où le contact physique sera limité (comme la poignée de main) et la suspicion de contamination infectieuse par un individu sera augmentée (peur d'être contaminé).

On pourrait espérer que face à une telle crise, ce soit l'occasion de refléter sur nos priorités, et peut-être de changer vers le mieux, la façon dont nous vivons notre vie. Qu'en pensez-vous ? Quels changements aimeriez-vous voir se produire ?

Je suis tout à fait d'accord, il y aura un « avant » et un « après » la pandémie.

Avant, l'hygiène n'était pas une priorité pour tous. Nous avons tous vu quelqu'un sortir des toilettes publiques sans se laver les mains. Nous avons tous été dans un établissement (restaurant, bar, hôtel, etc.) où l'hygiène des employés paraissait suspecte. Nous avons tous eu un doute au moment de poser les mains sur un caddie de supermarché. Après, les règles d'hygiène et de distance sociale seront suivies par la plupart des personnes ayant eu une prise de conscience. Pour les autres, ils seront malheureusement soit les vecteurs soit les victimes de la prochaine pandémie.

Le seul changement que j'aimerais voir arriver est l'amélioration du comportement humain, que ce soit du point de vue sanitaire mais aussi environnemental. On a le droit de rêver...

Note de la rédaction : Cette interview a été publiée en ligne sur le site de Dental Tribune France, le 7 avril 2020.

AD

Dental Tribune International
The World's Largest Dental Marketplace
www.dental-tribune.com dti

CURAPROX

PERIOPLUS⁺



 SWISS PREMIUM ORAL CARE

Commander un échantillon:

