

# LES VIEUX DÉMONS REFONT-ILS SURFACE ?

## Le VIH-SIDA et la pratique de la médecine dentaire

Par **Jean Barbeau**, Ph.D, microbiologiste. Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal



J'ai débuté ma carrière de microbiologiste à l'Université de Montréal en 1993. Vingt ans de passion indéfectible pour ma profession, la science et l'enseignement. Durant ces années, j'ai transmis les connaissances acquises dans les livres, dans mon laboratoire et, graduellement,

sur le terrain. C'est sur ce terrain que j'ai beaucoup appris au contact des intervenants comme vous. N'étant pas clinicien, vous m'avez donc apporté l'expérience pratique qui me manquait.

En 1993, le VIH-SIDA était encore dans une phase chargée de haute émotivité pour la société. On connaissait mieux le virus, mais celui-ci gardait de sombres secrets sur ses voies de transmissions, sa progression et, surtout les stigmates qu'il allait buriner dans l'âme de ceux et celles qui l'avaient contracté. Stigmates indélégeables, persistantes et d'une injustice innommable : ceux qui souffraient déjà physiquement allaient, en plus, devoir supporter la souffrance morale sous le poids de l'opinion publique et des préjugés.

En 1993, nous étions aussi dans le dernier acte de la psychose amorcée par le cas du dentiste Acer de Floride quelques années plus tôt : la transmission avérée du VIH lors de traitements dentaires. Ce cas troublant unique dans les annales de la dentisterie devait chambarder les précautions universelles de 1987 et raviver les craintes de contracter le SIDA lors des procédures dentaires.

La même année, au Québec, un dentiste était poursuivi, aux petites créances, pour avoir refusé de traiter un patient séropositif. Le dentiste invoquait alors le désir de protéger sa clientèle et son personnel, l'absence d'obligation déontologique de traiter le requérant et le manque d'équipement adéquat pour traiter les sidéens. Les raisons invoquées étaient symptomatiques de la mauvaise compréhension des précautions universelles et du rôle du dentiste comme professionnel de la santé. Le requérant eut gain de cause. Ce cas s'insérait dans un contexte plus large de débats enflammés qui ne touchaient pas seulement la médecine dentaire. L'obligation de dispenser les soins aux séropositifs entrainait en collision frontale soit avec les convictions morales (e.g. attribuer à la personne la responsabilité de son infection), soit avec la terreur de contracter une infection incurable dans l'exercice de sa profession. Et la terreur, fut-elle raisonnée, est mauvaise conseillère et, parfois, insoluble dans les obligations déontologiques.

Près de 20 %  
(une sur cinq) des  
personnes vivant  
avec le VIH disent  
avoir eu de la  
difficulté à se trouver  
un dentiste.

Au Canada, une étude menée en 1995, auprès de 4 107 dentistes, révélait que près de 16 % des dentistes refuseraient de traiter des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

### Et nous voilà 20 ans plus tard...

Un récent rapport d'enquête de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) jetait une pierre dans la mare que je croyais naïvement apaisée : près de 5 % des cliniques dentaires refuseraient de donner un rendez-vous à une personne séropositive (nous parlons d'une clinique sur 20). C'est une nette amélioration par rapport à 1995, mais c'est encore 5 % de trop ! Un noyau dur d'irréductibles démontre que le travail de formation est encore à faire et qu'il ne faut rien prendre pour acquis.

Mettons les choses au clair : les raisons des refus qui n'étaient pas valables (et parfois farfelues) en 1995 ne sont toujours pas acceptables aujourd'hui.

Près de 20 % (une sur cinq) des personnes vivant avec le VIH disent avoir eu de la difficulté à se trouver un dentiste à cause de leur statut sérologique. Et, ce qui me sidère, 13 % des PVVIH se sont vu offrir un traitement en fin de journée pour permettre une stérilisation accrue et l'application de précautions

particulières. Voilà où en sont, à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, certaines cliniques quant à leur compréhension du principe fondateur des Précautions Universelles (Standards) et à leur vision de ce que stérilisation veut dire...

### Transmissibilité du VIH

Répetons-le encore une fois : le VIH se transmet difficilement. Il est très inefficace. Il ne bondit pas sur les gens. Le nombre de cas répertoriés (et je ne parle pas des anecdotes et des rumeurs de corridors) dans le milieu dentaire le prouve de façon criante. Si j'ai vu passer une dizaine de cas possibles (et non confirmés), et ce, au niveau mondial, depuis l'apparition du VIH au début des années 1980, j'ai fait le tour du jardin. Une dizaine de cas sur des millions d'interventions depuis 30 ans ! D'où respire-t-elle donc cette terreur du VIH en dentisterie ? Je veux bien admettre qu'une crainte est souvent incontrôlable et qu'on ne peut forcer quelqu'un à ne plus avoir peur. Mais il faut alors être honnête et ne pas commencer à se tricoter des dentelles de fausses excuses et s'en vêtir pudiquement pour se donner bonne conscience.



### Précautions universelles

Le principe derrière les PU est que ces précautions (stérilisation, désinfection, protections personnelles etc.) sont adéquates pour la prévention des infections transmissibles par le sang (VIH, VHB, VHC). Avouer ne pas avoir confiance aux PU pour le VIH n'est tout simplement pas appuyé par la raison, ni la science. Les chances que vous traitiez un patient porteur d'un des virus de l'hépatite (ou des deux) sont nettement plus grandes. Donc, le refus de traiter une PVVIH trouve probablement sa source dans les démons « folkloriques » d'un autre âge qui traînent encore leurs pieds fourchus.

Que vous le sachiez ou non (près de 40 % des PVVIH hésitent ou ne révèlent pas leur statut sérologique), vous traitez des PVVIH ou des porteurs de l'hépatite B ou C. Que des cliniques, au XXI<sup>ème</sup> siècle, puissent prétendre n'avoir jamais traité de PVVIH, est un non-sens, une affirmation fantaisiste et farfelue. Dans l'art de se tirer dans le pied, j'ai vu mieux.

### Stérilisation accrue ?

Qu'entend-on par stérilisation accrue ? Un instrument est stérile ou il ne l'est pas : un germe est mort ou il ne l'est pas. Les mortsvivants, ça n'existe que dans les films de série B. Si un stérilisateur fonctionne et qu'il est bien utilisé, il stérilise complètement. Point. Si on a un doute, c'est que le stérilisateur ou notre façon de faire en stérilisation n'est pas fiable. S'ils ne sont pas fiables pour une PVVIH, ils ne sont fiables pour personne. Si on ressent le besoin

de stériliser deux fois, ou plus longtemps, ou à plus haute température, c'est qu'on n'a rien compris à la stérilisation. Quand on ressent le besoin de porter une ceinture et des bretelles, c'est qu'on n'a pas confiance en son pantalon. Il faut en acheter un autre.

Les normes en stérilisation sont strictes. Du prétraitement de l'instrumentation jusqu'au produit final ; l'item stérile, les procédures écrites sont disponibles depuis longtemps (articles, formations, conférence). Elles sont incontournables et complètement indépendantes du statut des patients ou de la nature des germes.

Je ne peux que hausser le sourcil lorsque j'apprends que 1,4 % des PVVIH se sont vu imposer des frais supplémentaires pour la stérilisation des instruments... ou pour faire une meilleure stérilisation. Pire ! Stériliser avant et après...

### Meilleure désinfection ?

Je ne sais combien de formations et d'articles j'ai signés sur la question de la désinfection. Combien de fois ai-je répété *ad nauseam*, que le VIH est un germe facilement détruit par les désinfectants ? Il n'y a aucune raison honnête qui justifie de devoir utiliser un désinfectant ou un nettoyant différent suite au traitement d'une PVVIH. Aucune.

### Précautions particulières ?

Lesquelles ? Deux paires de gants ? Un sarrau jetable ou stérilisable ? Une visière complète ? Un désinfectant surpuissant ? Une fumigation de la clinique ? Si vous n'avez confiance qu'en ces protections, alors il faut les utiliser pour tous vos patients ; en

quel cas elles deviennent universelles ou standards pour vous et vous dépensez plus d'argent et d'énergie que tout le monde pour arriver au même résultat.

Il n'est pas mauvais de prendre quelques précautions particulières, mais seulement lorsque celles-ci dépendent de la procédure clinique, non du patient. Porter deux paires de gants pour des procédures chirurgicales peut se défendre, porter une visière pour les interventions qui génèrent des aérosols est, certes, une bonne idée. Mais s'envelopper dans de la cellophane parce qu'on aura à traiter une PVVIH est une hérésie. C'est aussi un acte discriminatoire au sens de la charte québécoise des droits et libertés, et ne peut se justifier éthiquement.

En outre, toutes ces précautions particulières sont superflues et coûteuses. La contrainte des gants, portés sur une longue période, soumet les mains et les doigts à une fatigue musculaire. Deux paires de gants augmentent cette contrainte. De plus, il y a diminution de la sensation tactile, ce qui augmente les risques de blessures. Porter un sarrau jetable pour traiter les PVVIH est une calembredaine sur laquelle se roule la science.



Porter un sarrau jetable pour traiter les PVVIH est une calembredaine sur laquelle se roule la science.

### Traiter en fin de journée ?

Reporter en fin de journée un rendez-vous pour une PVVIH est en tête de liste des cas où les PVVIH sont traités différemment des autres patients. Je me pose la question : que ferez-vous de plus ou de différent en fin de journée de ce que vous faites normalement pour vos autres patients ? Les raisons invoquées sont parfois des odes à l'illogisme le plus surprenant : 48 heures pour stériliser la salle, protocole plus sévère de stérilisation, plus de minutie... et cette perle ahurissante : les virus auront le temps de mourir durant la nuit.

Si ces cliniques revendiquent plus de temps pour le protocole d'asepsie, c'est qu'ils vont donc trop vite et coupent les coins ronds pour tous les autres patients. Voilà qui est rassurant ! Il faut ralentir pour tout le monde. Voilà le fond de l'affaire !

### Le mot de la fin

Le rapport du COCQ-SIDA fut pour moi un coup de tonnerre, que dis-je, une tache subitement visible sur un sarrau que je croyais blanc. Mais il convient de placer les choses dans un contexte : la vaste majorité des cliniques ont bien mûri dans le contexte du VIH. Le VIH est toujours sur les écrans de radar, certes, mais nous avons appris à composer avec le virus dans le contexte d'un programme de contrôle des infections. Une certaine crainte, bien humaine et somme toute normale, existera probablement encore très longtemps. Mais cette crainte doit être domptée et harnachée par le professionnalisme, le sens éthique et des connaissances adéquates et à jour. Laisser sa pratique opérer sous le joug des vieux démons revenus du moyen-âge et des croyances irrationnelles qu'ils instillent ne peut être acceptable, ni accepté à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle.

Le travail de formation n'est pas terminé... ■