

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance: 2016

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2016

Par Valentine RICQUART

Née le 7 SEPTEMBRE 1990 à Arras - France

**Les accidents d'exposition au sang chez les
assistantes dentaires**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Marie BISERTE

Madame le Docteur Anaise BERNARD

Membre invité: Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

PLACE DE VERDUN

59000 LILLE

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Président de l'Université : X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P-M. ROBERT
Doyen : Pr. E. DEVEAUX
Assesseurs : Dr. E. BOCQUET, DR. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Chef des Services Administratifs : S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité : L. LECOQC

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

E. DEVAUX	Doyen de la Faculté Responsable de la Sous-Section de Pédodontie
P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice – Endodontie

F. BOSCHIN Parodontologie

E. BOCQUET Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale

C. CATTEAU Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.

A. CLAISSE Odontologie Conservatrice - Endodontie

M. DANGLETERRE Sciences Biologiques

A. de BROUCKER Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

T. DELCAMBRE Prothèses

C. DELFOSSE Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique

F. DESCAMP Prothèses

A. GAMBIEZ Odontologie Conservatrice - Endodontie

F. GRAUX Prothèses

P. HILDELBERT Odontologie Conservatrice – Endodontie

J.M. LANGLOIS Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

C. LEFEVRE Prothèses

J.L. LEGER Orthopédie Dento-Faciale

M. LINEZ Odontologie Conservatrice – Endodontie

G. MAYER Prothèses

L. NAWROCKI Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille

C. OLEJNIK Sciences Biologiques

P. ROCHER Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

M. SAVIGNAT Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

T. TRENTESAUX Odontologie Pédiatrique

J. VANDOMME Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-Section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire
Doctorat de l'université René DESCARTES (PARIS V)
C.E.S d'Odontologie Chirurgicale
Habilitation à Diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire
Responsable de la Sous-section Sciences Biologiques

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et je vous remercie de tout l'intérêt que vous avez témoigné.
Veuillez trouver, dans ce travail, le témoignage de mon profond respect et ma profonde gratitude.*

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Odontologiques,
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie*

Docteur en Chirurgie Dentaire
Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et Neurosciences
Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

Très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et de ma très respectueuse considération.

Madame le Docteur Marie Biserte

Maître de Conférences des Universités (Associée) – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Tu me fais l'honneur de diriger cette thèse dont tu as été l'instigatrice. Tu as contribué activement à l'élaboration de ce travail.

Je te remercie de ton soutien, de tes conseils avisés, de ta patience et ta disponibilité qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Ce travail est le témoignage de mon respect le plus sincère et de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Anaise BERNARD

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-Section Prévention, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

C.E.S d'Odontologie Conservatrice et Endodontie – Lille 2

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury, je vous remercie de tout l'intérêt que vous avez manifesté pour ce sujet.
Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de mon profond respect.*

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI
Maître de conférence des Universités

Enseignant chercheur au département de médecine générale Henri Warembourg de Lille

Docteur en Médecine Générale

Praticien libéral

Ancien Praticien Hospitalier dans le service d'addictologie du CHRU de Lille

Malgré vos nombreuses responsabilités, c'est avec une grande spontanéité que vous avez accepté de faire partie de ce jury et je vous en remercie.

Veillez trouver dans ce travail l'assurance de ma sincère considération et ma profonde gratitude

Je dédie cette Thèse...

Table des matières

Introduction	17
1 La contamination après accident d'exposition au sang ou aux liquides biologiques en pratique dentaire	18
1.1 Infections professionnelles transmises après exposition accidentelle au sang ou aux liquides biologiques	19
1.1.1 Principaux virus	19
1.1.1.1 Virus de l'immunodéficience humaine	19
1.1.1.1.1 L'odontologiste face aux risques du VIH	20
1.1.1.1.2 Idées reçues.....	20
1.1.1.1.3 Modes de transmission	21
1.1.1.2 Virus de l'hépatite B	22
1.1.1.3 Virus de l'hépatite C	23
1.1.2 Bactéries	24
1.1.3 Parasites et agents fongiques	24
1.1.4 Agents transmissibles non conventionnels ou prions	25
1.2 Evaluation du risque de séroconversion professionnelle	26
1.2.1 Epidémiologie des accidents d'exposition au sang et des contaminations	26
1.2.1.1 Hiérarchie du risque selon le type d'exposition	28
1.2.1.2 Les facteurs de séroconversion liés au patient.....	29
1.2.1.3 Virus de l'immunodéficience humaine.....	30
1.2.1.4 Virus de l'hépatite B	30
1.2.1.5 Virus de l'hépatite C	31
1.2.1.6 Survie virale.....	31
2 A propos de cas d'accidents d'exposition au sang chez les assistantes dentaire	32
2.1 Objectifs.....	32
2.2 Matériels et méthodes.....	32
2.3 Population.....	33
2.4 Résultats	34
2.4.1 Nombre d'années d'expérience en tant qu'AD	34
2.4.2 L'activité du cabinet	34
2.4.3 Les tâches de l'assistante dentaire	35
2.4.4 Connaissance du protocole	35
2.4.5 Existence d'un protocole de conduite à tenir.....	36
2.4.6 Respect des mesures de protection	36
2.4.7 Antécédents d'AES et nombre	37
2.4.8 Conditions de survenue des AES	38
2.4.9 Déclaration de l'AES	39
2.4.10 Connaissance patient source et son statut viral.....	41
2.4.11 Le protocole complet a t il été respecté ?.....	42
2.4.12 Question rédactionnelle.....	43
2.5 Discussion	46
3 L'assistante dentaire face à un AES.....	49
3.1 Conduite à tenir en cas d'AES	49
3.1.1 Les actes d'urgence à réaliser	49
3.1.1.1 Nettoyage et désinfection de la plaie.....	49
3.1.1.2 Prendre un avis médical au plus vite.....	49

3.1.1.3	Prendre le statut du patient source	49
3.1.1.4	Le suivi en cas de patient-source séropositif	50
3.1.1.4.1	Lorsque le patient-source est séropositif au VIH.....	50
3.1.1.4.2	Lorsque le patient-source est séropositif à l'hépatite B :	50
3.1.1.4.3	Lorsque le patient est séropositif à l'hépatite C	51
3.1.1.4.4	Le suivi biologique pour les cas d'exposition au VIH, VHB et VHC	51
3.1.2	Les formalités à remplir en cas d'AES	52
3.2	La responsabilité du chirurgien dentiste en amont de la survenue de l'AES...	53
3.2.1	La responsabilité de droit	53
3.2.2	La responsabilité civile.....	53
3.2.2.1	La responsabilité contractuelle	53
3.2.2.2	La responsabilité délictuelle.....	54
3.2.3	La responsabilité pénale.....	54
3.3	Le rôle du document unique dans la prévention des AES chez l'assistante.....	55
3.3.1	Description du document unique.....	55
3.3.1.1	Définition.....	55
3.3.1.2	La forme du document unique.....	55
3.3.1.3	Le contenu du document unique	56
3.3.1.4	Mise à jour du document	56
3.3.2	Les sanctions en cas de non tenue	56
3.3.3	La place de l'AES de l'assistante dans l'élaboration du document unique.....	57
3.4	Obligation de mise à disposition à l'assistante de moyens de protection efficaces contre les AES	58
3.4.1	Les gants	58
3.4.1.1	Fiabilité de la barrière créée par les gants	58
3.4.1.2	Le choix du matériau du gant.....	59
3.4.2	Le masque.....	59
3.4.3	La tenue de travail et les lunettes de protection.....	59
3.5	La responsabilité du chirurgien-dentiste vis-à-vis du matériel médical présentant un risque d'AES.....	61
3.5.1	La gestion des déchets de soins à risques infectieux	61
3.5.1.1	Définition.....	61
3.5.1.2	Obligations légales liées à la gestion de ces déchets	61
3.5.1.2.1	Choix du conditionnement	62
3.5.1.2.1.1	Conditionnement général des DASRI	62
3.5.1.2.1.2	Spécificités de conditionnement des déchets perforants	62
3.5.1.2.2	Le stockage de ces déchets	62
3.5.1.2.3	L'élimination des DASRI	63
3.5.1.2.4	Suivi de l'élimination des déchets	63
3.5.1.3	Description de 2 cas de jurisprudence d'AES liés à une mauvaise gestion des déchets.....	64
3.5.1.3.1	Contamination au VIH d'un employé due à un AES lié aux DASRI (40)	64
3.5.1.3.1.1	Description du cas	64
3.5.1.3.1.2	Conclusions liées à cet arrêt.....	65
3.5.1.3.2	Contamination d'une secrétaire médicale due à une mauvaise gestion des déchets (41)	66
3.5.1.3.2.1	Présentation du cas	66
3.5.1.3.2.2	Conclusions liées à l'arrêt	67
3.5.1.3.3	Conséquences pratiques de ces deux arrêts pour les chirurgiens-dentistes.....	68
3.6	La relation praticien-assistante et la prévention en amont de l'AES.....	69
3.6.1	Examen médical de l'assistante	69
3.6.1.1	Visite médicale de l'assistante avant l'embauche	69
3.6.1.2	Visites médicales tout au long du contrat	70
3.6.1.2.1	La visite médicale de reprise	70
3.6.1.2.2	L'examen médical de pré reprise	70
3.6.1.2.3	Les visites médicales périodiques.....	71
3.6.1.3	Obligation de vaccination de l'assistante	71
3.6.1.3.1	La vaccination, une étape importante dans la démarche de prévention	71

3.6.1.3.2	Les vaccins obligatoires	72
3.6.1.3.3	Légitimité de l'obligation de vaccination	72
3.6.2	Assistante et secret médical	73
3.6.2.1	Définition du secret médical	73
3.6.2.2	Secret médical et personnel médical	73
3.7	La responsabilité du chirurgien-dentiste après la survenue de l'AES.....	75
3.7.1	AES et faute inexcusable.....	75
3.7.1.1	Définition de la faute inexcusable	75
	Application de la notion au droit médical	75
3.7.1.2	Les caractéristiques de la faute inexcusable	75
3.7.1.3	Application de la faute inexcusable aux AES	78
3.7.2	La responsabilité financière liée à l'AES de l'assistante	80
3.7.2.1	Les prestations perçues par l'assistante	80
	3.7.2.1.1 Les prestations temporaires	80
	3.7.2.1.2 Les prestations définitives	81
3.7.2.2	Le coût de l'AES de l'assistante pour le cabinet	81
	3.7.2.2.1 Les coûts directs	81
	3.7.2.2.2 Les coûts indirects	82
3.7.2.3	Jurisprudence d'un chirurgien-dentiste condamné pour la contamination de son assistante lors d'un AES.....	82
	3.7.2.3.1 Présentation du cas	82
	3.7.2.3.2 Exposé de la décision	83
	3.7.2.3.3 La superposition de la réparation indemnitaire afférente à la maladie professionnelle et de celle due en cas de perte d'emploi suite à la faute inexcusable de l'employeur.....	84
	3.7.2.3.4 Vers une responsabilité toujours plus accrue du chirurgien-dentiste en cas de faute inexcusable	85
	Conclusion.....	86
	Références bibliographiques.....	87
	Annexes	90
	Annexe 1 :	90
	Annexe 2	93
	Annexe 3	97

Introduction

Dans le cadre de leur exercice professionnel, le chirurgien dentiste et son assistante dentaire, sont exposés à divers agents infectieux, par le biais des patients reçus, du matériel qu'ils utilisent, des composantes organisationnelles ou environnementales de leur pratique. Ils peuvent notamment être confrontés au risque de contamination virale par une exposition accidentelle au sang (AES).

Un Accident d'Exposition au sang est défini stricto sensu par tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang, et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure), soit une projection sur une muqueuse (œil) ou sur une peau lésée(1).

Il expose en particulier aux risques de transmission des virus VIH, VHB et VHC dans le cadre de l'art dentaire. Le risque de contamination suite à un AES constitue un sujet de préoccupation majeure depuis une vingtaine d'année pour les acteurs de santé publique. Les établissements de surveillance se sont développés, ce qui a permis de mettre en place un ensemble de réglementations et de mesures de prévention ayant pour but de diminuer la fréquence des AES.

Les assistantes dentaires sont particulièrement exposées à ce risque. En effet, d'après l'institut de veille sanitaire, en 2009 on recense 8 cas d'infections présumées au VIH liées à une tâche sans contact avec un patient, alors qu'on en dénombre seulement 4 liés à des actes dentaires réalisés sur patients.

D'après le code du travail, article L4121-1 et suivants, l'employeur a pour obligation de prendre les mesures nécessaires pour « assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale » des ses employés.

L'objectif de cette thèse est donc de mettre en évidence la responsabilité du chirurgien dentiste vis-à-vis de son assistante en cas d'AES.

Après un rappel sur les agents contaminants en pratique dentaire, nous nous intéresserons au risque infectieux spécifiquement lié aux expositions accidentelles au sang.

Ensuite nous illustrerons nos propos par une enquête sur les accidents d'exposition au sang menée auprès des assistantes dentaires.

Nous analyserons, dans la troisième partie, les responsabilités du chirurgien dentiste en tant qu'employeur, c'est à dire les conséquences au sens large, de l'AES de l'assistante.

1 La contamination après accident d'exposition au sang ou aux liquides biologiques en pratique dentaire

Des risques de contaminations dites croisées, soit du personnel soignant vers le patient, soit du patient vers le personnel soignant existent au cabinet dentaire.

Lors des soins dentaires, les conditions de transmission d'agents infectieux sont souvent réunies du fait de la présence dans la cavité buccale et l'oropharynx d'agents infectieux dont certains peuvent être pathogènes, et de l'exposition au sang et aux liquides biologiques (tel que la salive).

La multiplicité et la diversité des agents infectieux auxquels peut être exposé le chirurgien dentiste et son assistante dentaire résultent de la conjonction de plusieurs éléments :

- La présence d'une flore commensale complexe : la flore buccale possède entre 350 et 500 espèces bactériennes différentes
- La présence fréquente de bactéries pathogènes dont le profil de sensibilité varie d'un patient à l'autre
- L'existence possible d'infections virales, bactériennes
- L'existence possible d'infections respiratoires basses à germes pyogènes
- La possible contamination de la cavité buccale par le sang, lors d'actes invasifs, qui va ajouter aux agents infectieux présents dans l'oropharynx, ceux éventuellement présents dans le sang
- L'existence possible d'un portage cutané de bactéries multi résistantes aux antibiotiques ou d'agents viraux

Ainsi tout patient virémique, bactériémique, parasitémique ou fongémique peut potentiellement transmettre un agent pathogène à l'équipe de soins(2).

Celle-ci, même après un interrogatoire soigneux, ne connaît qu'imparfaitement les antécédents de ses patients et ne pas suspecter l'existence d'une infection microbienne évolutive connue ou ignorée du patient.

1.1 Infections professionnelles transmises après exposition accidentelle au sang ou aux liquides biologiques

Les actes effectués par le praticien et ses collaborateurs les exposent à un milieu éminemment septique favorisant la transmission de maladies contagieuses parfois redoutables.

Les principaux modes de contamination sont, par ordre de fréquence décroissant; l'aérobiocontamination ou transmission aérienne, la biocontamination par des vecteurs inertes (instrumentation, matériaux, empreintes, prothèse.. .) après exposition accidentelle au sang (AES) et la transmission par l'eau(3).

1.1.1 Principaux virus

Trois virus (le VIH, le VHB et le VHC) constituent l'essentiel du risque de transmission à des soignants en cas d'AES, en raison de leur prévalence et de la gravité des conséquences qu'ils entraînent.

La transmissibilité d'un virus dépend de nombreux facteurs.

Un des facteurs est la durée de la virémie, qui traduit la multiplication chronique du virus, dont la production est libérée en permanence dans la circulation sanguine. Plus cette virémie est fugace, moindre est le risque de transmission.

Un autre facteur est l'intensité de la virémie, c'est-à-dire la charge virale, sanguine, plasmatique et ou cellulaire : plus elle est importante, plus le risque est grand.

La résistance physique du virus est elle aussi à prendre en compte. Si le virus peut conserver son infectiosité longtemps après avoir été prélevé de l'organisme ou après avoir subi un traitement physico-chimique supposé l'inactiver, le risque est encore plus grand(4).

1.1.1.1 Virus de l'immunodéficience humaine

La transmissibilité possible du VIH aux professionnels de santé lors des accidents d'exposition au sang, a constitué ces dernières années un élément essentiel de réflexion pour analyser les facteurs de risques de ces accidents et développer des

stratégies de prévention, ayant contribué de façon importante à améliorer la sécurité des soignants.

1.1.1.1.1 L'odontologiste face aux risques du VIH

Le début de l'épidémie VIH remonte en France à 1983. De nombreuses études prospectives ont été menées et permettent maintenant, plus de 20 ans après, de faire le point sur le risque professionnel chez les soignants, en particulier l'odontologiste.

Le risque de contamination professionnel par le VIH est réel, mais reste faible par rapport aux autres modes de transmission.

1.1.1.1.2 Idées reçues

Les nombreuses études relatives aux connaissances et attitude des praticiens vis-à-vis du VIH révèlent qu'un grand nombre d'odontologistes a d'importantes lacunes vis à vis des risques et modes de transmission du virus. Ces insuffisances sont à l'origine de prises de risque inconsidérées, d'attitudes paradoxales, mais aussi de manquement grave au code de déontologie. De nombreux praticiens méconnaissent le risque de transmission du VIH en cas de piqûre, et 15% d'entre eux selon une étude canadienne déclarent refuser les soins aux patients dont ils connaissent la séropositivité(5).

La certitude d'une contagiosité importante demeure tenace. Le virus de l'immunodéficience humaine ayant déjà été isolé dans la salive, et l'hypothèse d'une transmission salivaire étant sans cesse reformulée, l'inquiétude des chirurgiens dentistes en contact permanent avec ce fluide biologique subsiste(6).

Toutefois les odontologistes arguant d'un risque important ne peuvent justifier la nature de celui-ci et ont très fréquemment des perceptions exagérées.

Ses idées reçues sont encore très fréquentes malgré l'étendue et la qualité des publications à ce sujet. Il incombe donc au praticien, dans le cadre de sa formation continue, de se documenter afin d'améliorer sa connaissance des risques et donc sa pratique.

1.1.1.1.3 Modes de transmission

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés :

- La transmission par voie sexuelle

- La transmission verticale, de la mère à l'enfant :

La voie hématogène transplacentaire, l'ingestion par le fœtus de liquide amniotique, ainsi que l'allaitement participent à des degrés divers à la transmission du VIH, dont le taux spontané (sans thérapeutique préventive) est estimé à 20%.

- La transmission par voie sanguine, qui inclut :

- * La transfusion sanguine :

Depuis la systématisation des recherches des anti corps anti VIH dans chaque don de sang en France (1er Août 1985), le risque de contamination transfusionnel est très faible (inférieur à 11500 000 en 1995).

- * La toxicomanie par voie intraveineuse

- * L'accident professionnel par exposition au sang :

Dans les pays industrialisés, les accidents d'exposition au sang ayant entraîné une contamination par le VIH ont été essentiellement des blessures ou piqûres avec du matériel médicochirurgical contaminé. Beaucoup plus rarement, ces contaminations professionnelles ont fait suite à une projection sur une peau lésée ou une muqueuse(7).

L'exposition percutanée représente un mode de transmission plus important que l'exposition muqueuse, dont le taux de séroconversion engendrée s'établit à 0,09%(8).

Les études de cohorte menées auprès du personnel soignant exposé à du sang infecté par le VIH ont permis d'estimer le risque de séroconversion à 0,32% après exposition percutanée(9).

Chez les sujets infectés, le virus est présent dans le sang, les sécrétions génitales, le lait et d'autres liquides biologiques comme le liquide céphalo-rachidien, le liquide broncho-alvéolaire, le liquide amniotique ou le liquide pleural.

Le VIH peut aussi être retrouvé dans la salive et les larmes mais en trop faible concentration pour être source de contamination.

C'est un virus fragile, mais il peut rester viable pendant 2 semaines environ à température ambiante, en solution aqueuse.

Le virus est inactivé par la chaleur à 56 °C pendant 30 minutes.

Il est sensible aux désinfectants : hypochlorite de sodium, alcool à 70°, dérivés iodés.

1.1.1.2 Virus de l'hépatite B

L'infection par le VHB peut avoir une vaste gamme de manifestations, allant de l'infection asymptomatique, chez environ 50% des adultes, à la maladie subaiguë s'accompagnant de symptômes non spécifiques ou extra hépatiques, à l'hépatite clinique aiguë avec ictère, et enfin, à l'hépatite fulminante mortelle.

L'hépatite fulminante est une conséquence rare de l'infection par le VHB et, bien qu'elle survienne chez moins de 1% des patients, elle se caractérise par un taux de mortalité de 80 à 90%(8).

Le VHB résiste à une température supérieure à 60°C pendant plus de 4 heures.

A l'extérieur de l'hôte, le VHB survit dans le sang pendant plusieurs semaines, et sur les surfaces au moins 7 jours à 25°C. Il est stable à 37°C pendant 60 min.

Pour l'inactiver, le matériel contaminé doit être passé à l'autoclave. Le VHB peut résister à une conservation à - 20°C pendant plusieurs années.

Le VHB est sensible à l'hypochlorite de sodium, à l'éthanol à 70 %, au glutaraldéhyde à 2 %, et au formaldéhyde.

C'est en 1985 que pour la première fois était émise l'hypothèse d'une hépatite à transmission parentérale, dont les premiers cas avaient été rapportés en 1937.

Il est établi que l'hépatite B peut être transmise par d'infimes quantités de sang contaminé, étant donné sa présence en quantité élevée et pendant de longues périodes dans le sang et les liquides biologiques des sujets infectés.

On peut distinguer trois circonstances principales :

- Transmission par le sang : toxicomanie, piqûre sceptique (personnel de santé)

- Transmission sexuelle

- Transmission mère-enfant

La contamination a lieu essentiellement à l'âge adulte, et est principalement sexuelle ou liée à la toxicomanie intraveineuse. La transmission mère enfant est rarement retrouvée.

La contamination transfusionnelle est très exceptionnelle en raison du dépistage effectué chez les donneurs de sang, par la recherche de l'Antigène HBs, de l'Anticorps anti HBc et le dosage de l'ALAT.

1.1.1.3 Virus de l'hépatite C

Dans 60 à 70% de cas, une transmission parentérale du VHC, résultant d'un contact direct avec du sang contenant du virus, peut être identifiée. Dans ce cadre, les deux modes principaux de transmission sont la transfusion sanguine (produits sanguins et dérivés) et la toxicomanie intra veineuse.

L'extension de la toxicomanie dans les pays développés à la fin des années 1960 a ainsi favorisé la dissémination du VHC chez les jeunes adultes, en majorité de sexe masculin.

Des mesures biologiques de prévention ont permis de réduire très significativement le risque transfusionnel de contamination par le VHC. Ce risque, évalué à 6% au début de années 1980, est aujourd'hui inférieur à 0,5%(10).

A coté de la transmission parentérale, post transfusionnelle ou liée à la toxicomanie intraveineuse, des modes de transmission mineurs ont été identifiés. La transmission sexuelle du VHC est possible, mais son incidence est faible.

La transmission « familiale » du VHC, c'est-à-dire interindividuelle directe entre des sujets vivant sous le même toit mais n'ayant pas de rapport sexuel, a été évoquée dans plusieurs études. Toutefois, la présence de particules virales dans les sécrétions (salive, urine), qui pourraient être à l'origine d'une telle transmission n'a jamais été formellement démontrée(11).

La transmission mère-enfant du VHC a, quant à elle, été bien démontrée. Finalement, chez 30 à 40% des malades ayant une infection par le VHC aucun facteur de risque d'infection n'est trouvé. La possibilité d'une transmission par les soins dentaires, l'acupuncture, le rasage chez un barbier dans certains pays, les tatouages, piercing, ou diverses manoeuvres instrumentales (cathétérisme, endoscopie, biopsies VHB ...) a été évoquée(4).

Le virus est résistant aux UV, il survivrait plusieurs semaines à l'extérieur de l'hôte dans du sang séché. Une étude réalisée en 2010 a évalué la viabilité du VHC dans différents types de seringues. La survie du virus varie selon le type de seringue et la température, pouvant atteindre plusieurs semaines.

Les données sur la sensibilité du VHC aux désinfectants sont limitées. Etant donné que le VHC est un virus enveloppé, les mesures générales d'inactivation contre le virus de l'hépatite B peuvent s'appliquer au VHC : hypochlorite de sodium 1 %, éthanol 70 %, glutaraldéhyde à 2 %, formaldéhyde.

Suite à un accident d'exposition au sang: après exposition professionnelle au VHC par piqûre, le taux de transmission est estimé à environ 1 à 3 %. Le taux de transmission est environ 10 fois plus faible après exposition sur muqueuse ou sur peau lésée.

1.1.2 Bactéries

Le risque de transmission de bactéries après AES a été fortement réduit par le respect des bonnes pratiques en hygiène. La plupart des expositions percutanées donnent lieu à une lésion locale nodulaire au point d'inoculation.

1.1.3 Parasites et agents fongiques

Les cas les plus nombreux de transmission de parasites sont liés à Plasmodium falciparum. Au total, 19 cas de transmission de paludisme à P. Falciparum après AES ont été publiés dans le monde depuis 1996, dans des pays d'Europe à flux migratoire important en provenance notamment d'Afrique et d'Asie. La France est la plus fortement représentée (8 cas de transmission documentés), bien qu'un biais de publication ne puisse être exclu(12).

Quant aux contaminations fongiques, elles sont relativement anecdotiques.

1.1.4 Agents transmissibles non conventionnels ou prions

Les encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles (ESST) constituent un groupe de maladies neurologiques dégénératives transmissibles entre individus. Chez l'homme, ces maladies (KURU, maladie de Creutzfeld-Jacob, maladie de Gertsrnann-Straussler-Scheilker et l'Insomnie familiale fatale) sont rares.

Les agents responsables des ESST se différencient des autres pathogènes connus, d'où leur nom général d'agent transmissible non conventionnel (ATNC). Leurs caractéristiques ont conduit à postuler l'existence d'une nouvelle sorte d'agents infectieux, constitués uniquement de protéines (Protéine Infection= Prion).

En ce qui concerne la répartition tissulaire de l'infectiosité : les tissus démontrés comme responsables d'une transmission iatrogène sont le tissu nerveux central, l'oeil et l'hypophyse(13).

L'infectiosité de la pulpe dentaire humaine n'a pas été démontrée à ce jour. Cependant elle est évoquée compte tenu de la présence en son sein de nerfs périphériques (considérés comme tissus à faible infectiosité par l'OMS en 2003), de l'infectiosité de la pulpe dentaire chez certains animaux atteints d'ESST, et enfin de la proximité des nerfs la constituant avec le système nerveux central, tissu de haute infectiosité(14). Les actes les plus à risques seraient alors la pulpectomie et l'avulsion avec séparation de racines sur dent pulpée(15).

La circulaire de la Direction Générale de la Santé numéro 38 n'écarte d'ailleurs pas entièrement le risque lié au tissu dentaire puisque dès lors que le patient est classé en catégorie 3 (atteint d'ESST ou présentant des signes évocateurs de la maladie), tout le matériel utilisé, quel que soit l'acte dentaire, doit être à usage unique ou incinéré, y compris, dans la mesure où cette consigne est applicable, celui utilisé dans les 6 mois précédant les premiers symptômes(16).

1.2 Evaluation du risque de séroconversion professionnelle

La séroconversion se définit comme l'apparition des anticorps dans le sang. Les signes de séroconversion sont recherchés après un AES pour vérifier s'il y a eu contamination.

La surveillance des contaminations professionnelles pour le personnel de santé en France a été mise en place, de manière prospective et rétrospective, en 1991 pour le VIH, et en 1997 pour le VHC et le VHB(17).

Les objectifs sont de décrire les tendances évolutives et les caractéristiques des contaminations afin de participer à l'identification et à la prévention des accidents exposants au sang à haut risque de transmission virale.

Une séroconversion chez un professionnel de santé est définie, dans le cadre de cette surveillance, par l'ensemble des critères suivants :

- une exposition professionnelle accidentelle percutanée ou cutanéomuqueuse (à du sang ou à un liquide potentiellement contaminant)
- une sérologie VIH, VHB ou VHC négative entre huit jours et quatre semaines après l'exposition
- une séroconversion VIH, VHB, ou VHC entre quatre semaines et six mois après l'exposition (ou l'apparition d'une PCR positive)

Pour le VIH, sont aussi recueillies les infections présumées, par la découverte d'une séropositivité VIH chez un personnel de santé ayant exercé au contact de patients infectés par le VIH, et n'ayant pas d'autre mode de contamination retrouvé(17).

On ne peut appliquer cette définition pour les virus des hépatites B et C, car il est plus difficile d'éliminer les facteurs de risques non professionnels.

1.2.1 Epidémiologie des accidents d'exposition au sang et des contaminations

Une exposition est dite significative si elle comporte un risque de transmission d'une infection. Le risque dépendra du type d'exposition et du liquide biologique en cause. Les contacts avec la peau saine ne comportent pas de risque de transmission, car celle-ci constitue une barrière efficace.

Le terme exposition désigne ici un contact entre certains liquides biologiques venant d'une personne potentiellement infectée (« la personne source ») et une autre (« la personne exposée »).

Les types d'exposition considérés comme présentant un risque de transmission sont:

- Les expositions percutanées :

Piqûre

Coupure

Egratignure

- Les expositions sur une muqueuse :

Eclaboussure

Contact direct

- Les expositions sur peau non intacte :

Eclaboussure

Contact direct

- Les morsures avec bris de peau :

Pour le VHB : le risque de transmission existe dans tous les cas, car dans cette circonstance le virus est transmissible par la salive.

Pour le VIH et le VHC : seulement lorsque l'agresseur a du sang dans la bouche, ce qui semble parfois difficile à déterminer. Au cours de soins dentaires et de chirurgie buccale, on considèrera la salive comme contaminée par le sang et, de ce fait, la morsure comme une exposition significative(18).

L'activité au cabinet dentaire comporte des particularités qui doivent être prises en compte : elle comprend de très nombreux actes invasifs, elle est particulièrement exposée au sang ainsi qu'aux produits biologiques et elle utilise des instruments complexes dans un milieu naturellement septique.

Les données issues de la surveillance des accidents d'exposition au sang nous permettent de définir les actes à risque en Odontologie afin d'établir une prévention ciblée et spécifique à l'art dentaire.

1.2.1.1 Hiérarchie du risque selon le type d'exposition

Il est important de bien caractériser le type d'exposition et les circonstances de cette dernière.

Les données suivantes, recueillies au moment de l'exposition permettent d'évaluer le risque de séroconversion :

Pour une piqûre d'aiguille :

- l'utilisation d'une aiguille creuse
- la profondeur de l'injection
- aiguille ayant été en contact avec un vaisseau sanguin
- présence visible de liquide contaminant sur l'aiguille
- intervalle de temps entre la contamination de l'instrument et l'exposition

Pour une coupure :

- longueur et profondeur de la coupure
- présence visible de liquide potentiellement contaminant sur l'instrument

Pour un exposition par contact sur une muqueuse ou sur une peau non saine :

- quantité de liquide en cause
- durée du contact
- surface touchée

Pour une exposition due à une morsure :

- présence de sang dans la bouche de la personne source
- bris de peau ou de muqueuse chez la personne exposée

Certains instruments ou gestes techniques peuvent être considérés comme plus ou moins à risque. La Direction Générale de la Santé et des Solidarités a donc établi une liste des AES à transmission infectieuse élevée en Odontologie (par ordre de risque décroissant)(15):

- piqûre d'aiguille après anesthésie avec aspiration (Tronculaire)
- coupure par lame de bistouri
- blessure par élévateur ou syndesmoteur lors d'une extraction
- blessure par curette lors d'un traitement parodontal

1.2.1.2 Les facteurs de séroconversion liés au patient

Plus la charge de l'agent pathogène concerné est importante dans le sang du patient, plus le risque de contamination est important. De même, plus le volume de sang contaminant impliqué est important plus le risque de contamination est élevé. C'est ainsi que le sang d'un patient au stade SIDA déclaré est plus à risque de contamination qu'un sang d'une personne récemment contaminée et qui suit son traitement. A l'inverse, le port de gant permet l'essuyage de l'instrument et donc entraîne une diminution du volume de sang qui réalise l'effraction.

Il est à noter que de nombreux patients ne savent pas qu'ils sont atteints d'une pathologie. En effet, le VIH est asymptomatique pendant environ une dizaine d'années. De même que l'hépatite C, également appelée « maladie silencieuse », qui peut donc être tout à fait asymptomatique pendant des années. Il faut ajouter à ces patients ceux qui savent qu'ils sont contaminés mais qui le cachent au praticien.

Dans ce contexte il est important de savoir que certaines populations sont plus exposées à ces maladies. Bien que les précautions à appliquer soient les mêmes pour tous les patients, il est nécessaire de manifester une attention toute particulière à ces patients potentiellement contaminés.

Parmi ces populations à risques on peut notamment parler des :

- usagers de drogues intraveineuses
- patients incarcérés ou l'ayant été
- patients ayant vécu dans des pays à forte prévalence de pathologies transmissibles par voie sanguine, tel que l'Asie, l'Afrique etc...
- patients ayant effectués de longs séjours hospitaliers, ayant été transfusés avant 1992, hémodialysés etc...

En cas d'exposition, le risque de contamination dépend de plusieurs facteurs :

Le type d'agent infectieux et le stade de l'infection chez le patient source

Le type d'exposition et la quantité de sang contaminant

Le statut sérologique et vaccinal de la personne exposée (concernant l'hépatiteB)

La mise en oeuvre de mesures post-exposition

De plus, pour le personnel de santé, le risque d'exposition aux agents infectieux transmis par le sang est corrélé à la prévalence de ces infections au sein de la population générale et des collectifs de patients.

1.2.1.3 Virus de l'immunodéficience humaine

Le risque moyen de séroconversion en ce qui concerne le VIH a été évalué à 0,3% (intervalle de confiance 0,2-0,5%)(19)

Le risque de transmission du VIH dépend de plusieurs facteurs. Une étude cas témoin rétrospective a montré que le risque dépend avant tout des facteurs suivants(20) :

- Une blessure profonde avec l'instrument contaminé entraîne une augmentation du risque d'un facteur 16
- La présence de sang visible sur l'aiguille augmente le risque d'un facteur 5
- Le risque relatif est six fois plus élevé si le sang provient d'un patient au stade terminal de SIDA

En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait maternel, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques, notamment dans le liquide céphalorachidien, le liquide pleural et le liquide broncho alvéolaire. Le virus a aussi été retrouvé dans la salive, les larmes, les urines, mais en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus, le risque de transmissibilité est considéré comme nul(7).

1.2.1.4 Virus de l'hépatite B

Pour une personne non immunisée contre le VHB, le risque infectieux engendré par une aiguille ou un instrument tranchant contaminé dépend de la présence dans le sang du patient source de l'antigène HBe. Si le patient est antigène HBs-positif et antigène HBe-négatif, le risque oscille entre 23 et 37%, avec un risque d'hépatite cliniquement manifeste de 1 à 6%.

Lorsque le patient source est positif pour les deux antigènes, le risque augmente à 37 jusque 62%, avec un risque d'hépatite clinique de 22 à 31%.

Le risque de séroconversion cutanée ou muqueuse n'a pu être quantifiée précisément. La possibilité de transmission de l'hépatite B a également été documentée après contact avec des surfaces contaminées par le virus(21).

1.2.1.5 Virus de l'hépatite C

Le risque de transmission du VHC après exposition percutanée est en moyenne de 1,8%, mais ce risque est difficile à évaluer et varie selon les études, de 0 à plus de 10%.

Cette fourchette large peut s'expliquer par l'hétérogénéité des groupes étudiés et des méthodologies employées, par les différents modes de pénétration du virus vers le soignant (sang ou autres liquides biologiques) et de données virologiques (comme la charge virale) qui ne sont pas toujours disponibles(22).

1.2.1.6 Survie virale

- Le virus de l'immunodéficience humaine :

Le VIH est un virus fragile, et ne survie que peu de temps à l'air libre. Il peut survivre en solution aqueuse plus de 15 jours à température ambiante et plus de 11 jours à 37°C. Son inactivation après dessiccation est complète en 3 à 7 jours.

- Le virus de l'hépatite B :

Plusieurs études démontrent que le virus peut survivre au moins sept jours dans du sang séché à température ambiante.

- Le virus de l'hépatite C :

De nombreuses études laissent présumer que la survie du virus serait semblable à celle du VHB, c'est-à-dire qu'il présenterait une certaine stabilité pour une période d'au moins sept jours dans du sang séché, indépendamment de la température environnementale(23)(18).

2 A propos de cas d'accidents d'exposition au sang chez les assistantes dentaire

De nombreuses enquêtes ont été menées, évaluant le risque d'infection transmises aux médecins, infirmières, et même aux chirurgiens dentistes, afin d'en comprendre les mécanismes et d'établir des stratégies de prévention. Il nous est apparu que les assistantes dentaires ne font que très rarement l'objet d'évaluation.

Il nous est alors paru pertinent d'étudier des accidents d'exposition au sang survenus chez les assistantes dentaires. L'objectif est donc de dresser un état des lieux de la situation et de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les assistantes dans la mise en œuvre des précautions standard et de dégager des pistes afin de lever le frein aux déclarations d'AES.

2.1 Objectifs

Dans ce travail, nous analyserons les situations et gestes à risques d'AES, spécifiques à la pratique dentaire, afin d'améliorer la connaissance épidémiologique du phénomène et de mettre en évidence l'importance de la mise en place de moyens de prévention.

L'objectif premier est de faire un état des lieux permettant par la suite une réactivité plus grande sur certaines alertes ou nouveaux phénomènes.

2.2 Matériels et méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive réalisée de novembre 2015 à janvier 2016.

Les données analysées ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme s'adressant uniquement aux assistantes dentaires. Ce questionnaire comporte 16 questions, à choix restreint ou à libre rédaction en fonction des questions. Les items recueillis concernaient les données personnelles et professionnelles, la survenue d'un éventuel AES et ces circonstances, ainsi que la conduite post AES et les connaissances à ce sujet.

Afin de tester la pertinence des questions, et la bonne compréhension de celles ci, un test a été effectué dans une classe de 30 assistantes en formation. Ces réponses ayant servies de test ne seront pas prises en compte dans l'analyse des résultats.

2.3 Population

Les données analysées dans ce travail ont été collectées grâce à un questionnaire diffusé sur internet s'adressant aux assistantes dentaires diplômées et en exercice, pour une partie. Un total de 304 réponses a été obtenu.

Ce même questionnaire a été adressé au centre de formation des assistantes dentaires de Lille (AFPPCD) afin d'avoir un comparatif avec des assistantes en formation / début d'exercice. Un total de 354 réponses a été obtenu.

Notre analyse se base donc sur un panel de 658 assistantes dentaires.

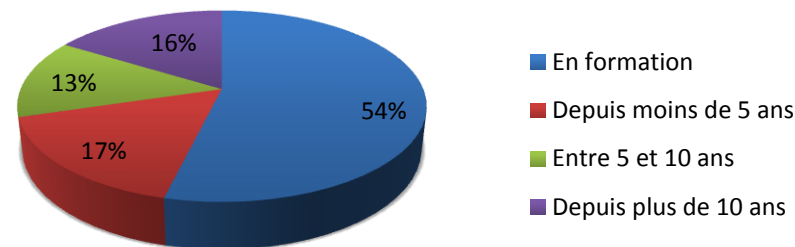
2.4 Résultats

2.4.1 Nombre d'années d'expérience en tant qu'AD

Sur 658 Assistantes dentaires, 354 sont en cours de formation et travaillent en alternance dans un cabinet dentaire, et 304 sont diplômées et en exercice.

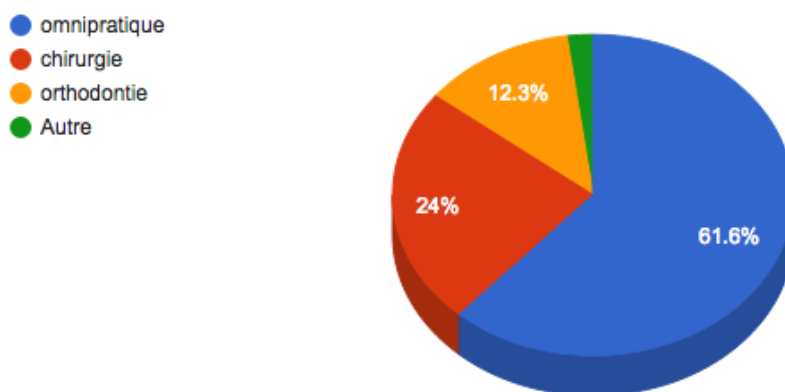
Sur ces 304, 109 exercent depuis moins de 5 ans, 88 entre 5 ans et 10 ans, et 107 depuis plus de 10 ans.

Expérience



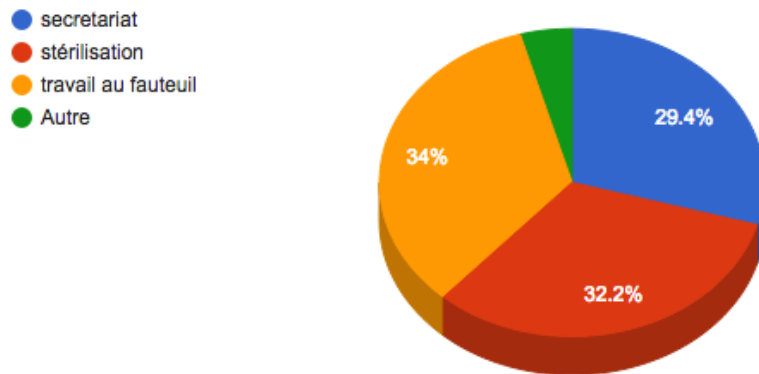
2.4.2 L'activité du cabinet

Les cabinets où travaillent les assistantes ont des activités de différentes natures, que ce soit de l'omnipratique, de la chirurgie ou de l'orthodontie. Les réponses retrouvées dans « autres » sont la chirurgie implantaire pour un grand nombre, on pourra rapprocher ces résultats de la tranche « chirurgie ».



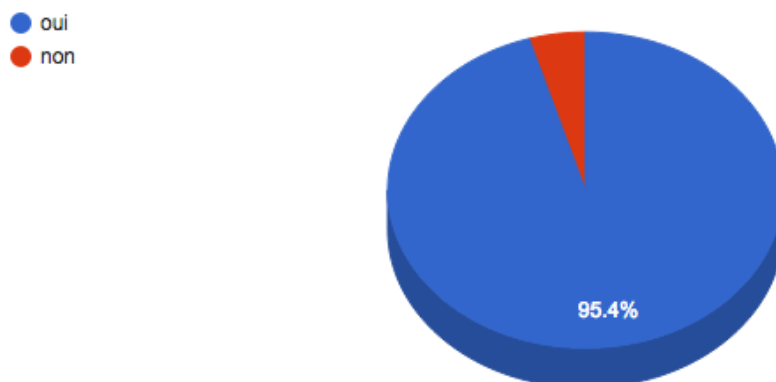
2.4.3 Les tâches de l'assistante dentaire

Les tâches imputées aux assistantes dentaires sont diverses, comme le secrétariat, ou ce qui nous intéresse plus dans cette étude, la stérilisation ou le travail au fauteuil.



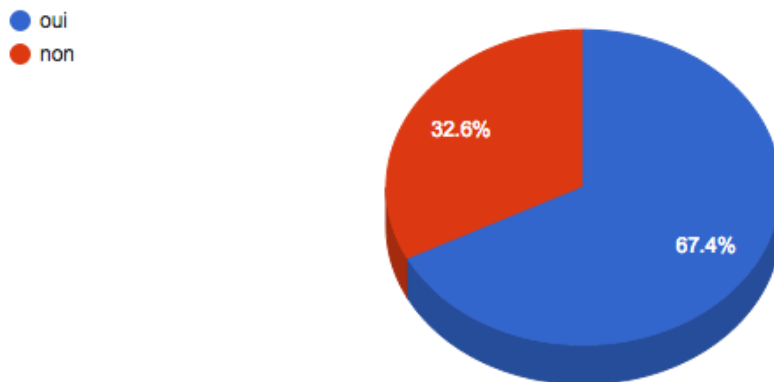
2.4.4 Connaissance du protocole

95,4% des assistantes dentaires savent qu'il existe un protocole en cas d'accident d'exposition au sang, qu'elles soient en formation ou diplômées.



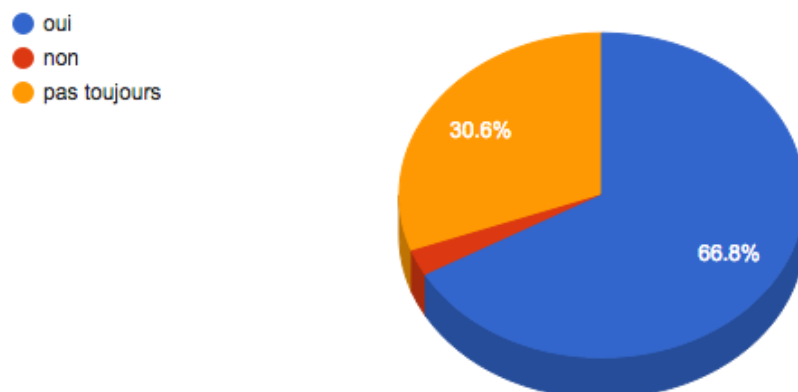
2.4.5 Existence d'un protocole de conduite à tenir

Il a été mis en évidence que dans 67,4% des cabinets où travaillent ces assistantes, un protocole avec la conduite à tenir en cas d'AEV est porté à leur connaissance au cabinet.



2.4.6 Respect des mesures de protection

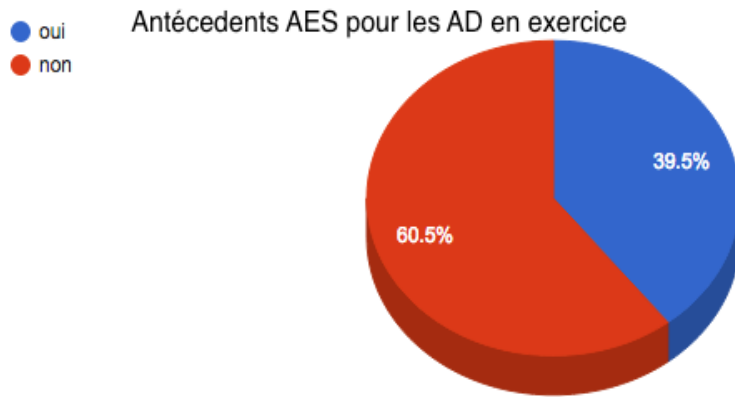
Dans 66,8% des cas les mesures de protection sont respectées, mais dans plus de 30% des cas ce n'est pas chose faite systématiquement.



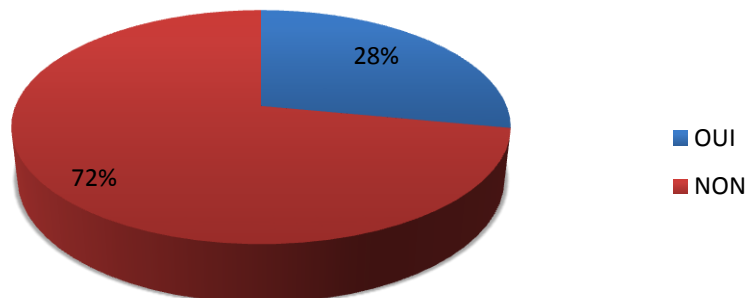
2.4.7 Antécédents d'AES et nombre

Pour les assistantes diplômées et en exercice, le pourcentage d'antécédents d'AES est de 39,5%, en formation il est de 28%.

La formation étant de 18 mois, 28% est donc un chiffre élevé en un temps restreint.

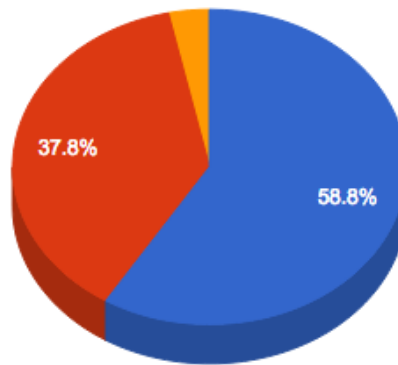


Antécédents AES chez les AD en formation



Si oui, combien d'AES avez vous eu ?

- 1
- entre 2 et 5
- plus de 5

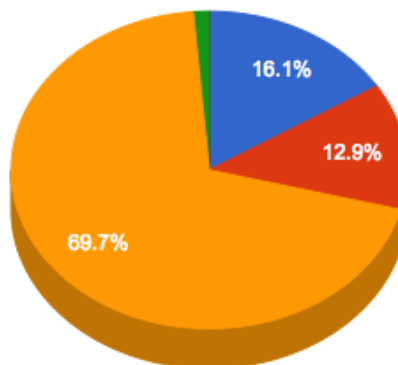


L'assistante peut être confrontée à un AES plus d'une fois, rarement plus de 5 fois.

2.4.8 Conditions de survenue des AES

Les AES surviennent le plus souvent par piqure puis par projection, et par blessure viennent ensuite les inhalations.

- projection
- blessure
- piqure
- inhalation
- Autre

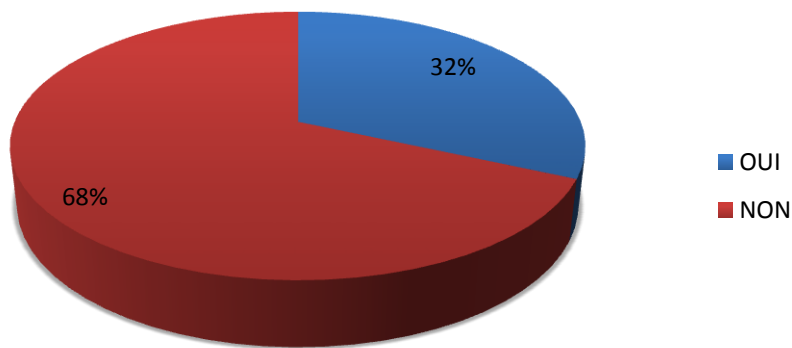


2.4.9 Déclaration de l'AES

Chez les assistantes en formation, les AES font l'objet d'une déclaration dans 31,7% des cas, et le praticien étant pourtant informé de l'accident dans 69,8% des cas.

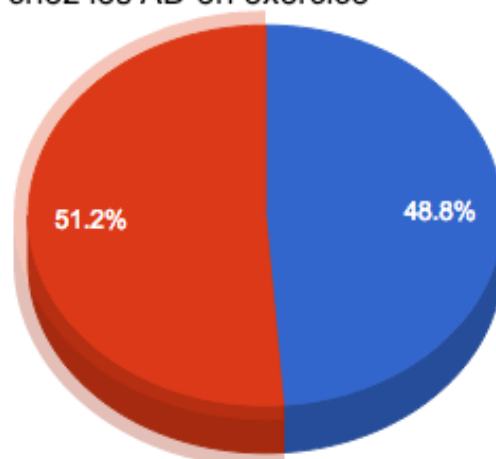
Alors que pour les assistantes diplômées, les AES font l'objet d'une déclaration dans 48,8%, et le praticien a été informé dans 82,8% des cas.

Déclaration AES chez les AD en formation

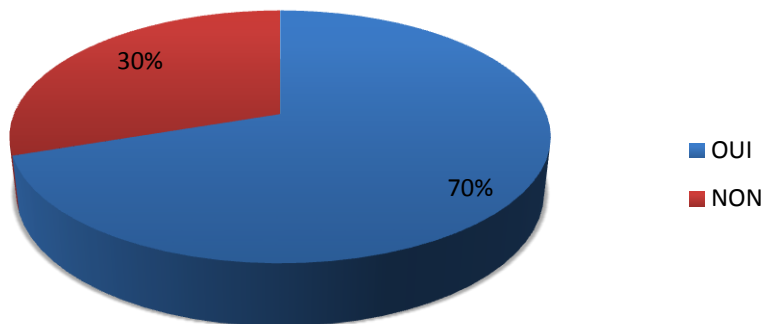


Déclaration AES chez les AD en exercice

● oui
● non

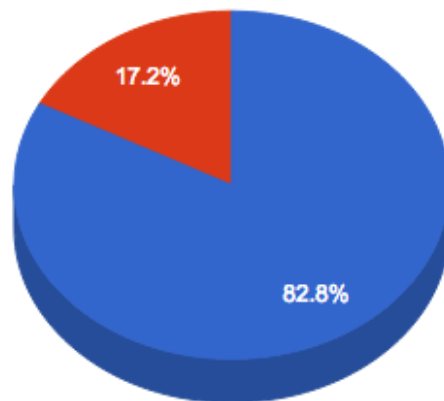


Information au praticien chez les AD en formation



Information au praticien chez les AD en exercice

● oui
● non

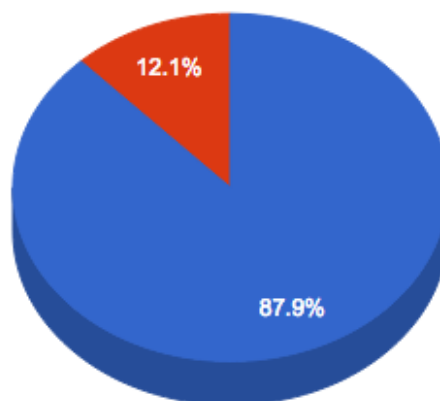


2.4.10 Connaissance patient source et son statut viral

Notre étude révèle que dans 87,9% des cas d'AES le patient source est dit connu, ainsi que son statut viral pour 78%.

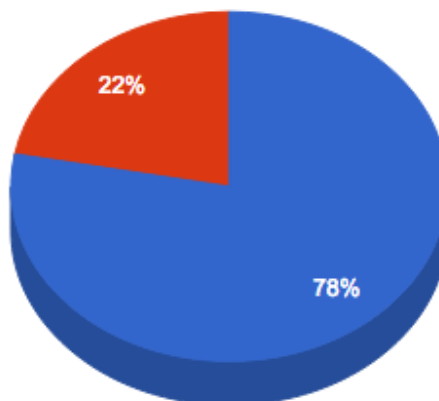
Le patient source est-il connu ?

● oui
● non



Si oui, son statut viral l'est il aussi ?

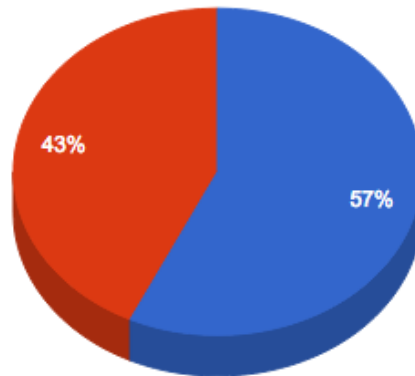
● oui
● non



2.4.11 Le protocole complet a t il été respecté ?

Le protocole complet (de l'immersion dans l'hypochlorite jusqu'au suivi sérologique) a été respecté dans 57% des cas suite à une déclaration de l'AEV.

● oui
● non



2.4.12 Question rédactionnelle

Nous avons laissé, à la fin du questionnaire, un paragraphe libre afin que les sujets de l'enquête puissent réagir, donner leurs avis et faire partager leurs expériences sur ce sujet.

De manière générale nous avons récolté des astuces mises en place par le cabinet ou par l'assistante elle même afin d'éviter les AES, mais aussi des informations sur la principale motivation qui a stoppé le protocole.

En voilà quelques exemples :

- *« les bonnes habitudes a prendre dès le début : port des gants, manipulations avec précaution même dans l'urgence et le stress, évaluation rapide des risques et ne jamais s'écarter des protocoles même "pour une fois" »*
- *« Ne pas se précipiter lors de la manipulation d'instruments souillés et toujours se protéger »*
- *« Pour éviter de se piquer, ne reboucher jamais les aiguilles, si le praticien ne le fais pas, prenez une pince et deviser avec celle ci mais pas à la main, toujours prendre son temps c'est vraiment très important car l'accident arrive bêtement et très vite. »*
- *« Exiger qu'un protocole AES soit appliqué est dans certains cabinets, délicat. L'assistante est parfois traitée d'incapable : "c'est de sa faute si ça c'est produit, elle ne va pas en plus, nous embêter avec un protocole AES", ou bien la politique de l'autruche est de mise et nous prions pour que tout se passe bien en trempant le doigt 10 mn dans l'eau de javel ! Je note toutefois une très nette amélioration depuis la mise en place de l'affichage obligatoire notamment pour les anciens cabinets »*
- *« « C'est pas grave, la patiente est clean » voila ce que l'on m'a répondu »*

- « On connaît la patiente donc "pas la peine..." erreur de débutant! !! »
- « Parce que c'est de ma faute et que c'est à moi de faire attention »
- « je n'ai pas voulu déranger toute l'organisation du cabinet pour me rendre à l'hôpital »
- « Manque de conscience des risques et manque de temps »
- « Manque de temps, peu d'importance donné à l'acte »
- « Piqure avec arc d'orthodontie mise sous antibiotique le lendemain après consultation généraliste »
- « Décision du praticien »
- « Au moment de l'accident le patient était parti, son numéro et toute ses informations erronées. Lorsque que je me suis rendu à l'hôpital personne n'a voulu me prescrire le traitement j'ai du retourner voir mon médecin traitant pour avoir enfin la trithérapie. A savoir la raison était que l'on ne connaissait pas le statut viral du patient ... Chose surprenante donc car partant du principe que l'on ne sait pas on ne fait rien... Je signal à mon triste regret que bon nombre d'assistante se pique »
- « Pour l'avoir vécu il y a peu de temps je trouve le protocole à respecter en cas d'AES n'est pas assez connu, on nous sensibilise pas assez. Il y a un trop grand écart entre la théorie et la pratique. »
- « Protocole compliqué contraignant et très long »
- « J'étais enceinte de 18 semaines quand je me suis piquée avec l'aiguille qui venait de servir à l'anesthésie d'un patient VIH+ et hépatite C + j'ai filé à l'hôpital, j'ai été mise sous traitement préventif. J'ai prévenue

le patient qui m a rejoint à l hôpital de Tourcoing, après contrôle du patient, sa charge virale était indétectable, le traitement a été arrêté. J ai été suivi plusieurs mois dans le cadre de l'accident du travail. Tout va bien pour moi et j'ai bien eu mon bébé qui est en pleine forme »

- *« Evaluer la situation avec tact et mesure comme on dit. Mais l'AES restera toujours un des risques majeurs au cabinet que nous ne devons jamais négliger. Les possibilités de test rapides sur place qui pourraient voir le jour dans l'avenir avec les progrès de la recherche en la matière seraient bienvenus. »*

- *« Mes praticiens m'ont juste dit de mettre le doigt sous l'alcool ! Je suis sûre qu'il ne connaissent pas eux même le protocole »*

2.5 Discussion

Loin des données épidémiologiques selon lesquelles seulement 4% des assistantes dentaires (AD) sont victimes d'AES, notre enquête aboutit à un résultat qui fait état de près de 40% d'accidents pour les AD en exercice, et presque 30% des AD en formation.

Il est à noter que les études ne s'intéressent qu'aux établissements de soins mais pas aux cabinets libéraux.

La plupart des AES sont déclarés aux praticiens mais ne font pas l'objet d'une prise en charge.

Les soins d'urgence sont en général réalisés, mais dans la plupart des cas le protocole complet ne l'est pas.

Depuis une vingtaine d'années les AES sont devenus une priorité pour les acteurs de santé publique.

Les établissements de surveillance se sont nettement développés depuis. Dans la circulaire n°249 du 20 avril 1998, Bernard Kouchner rappelle une fois de plus la place centrale des AES dans les politiques de prévention des risques.

Au niveau national c'est le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) qui élabore la méthodologie de surveillance des AES dans les établissements de soins. Son objectif est de coordonner au niveau national la surveillance et la réponse à une alerte donnée concernant des infections nosocomiales. Il est l'intermédiaire et permet la coordination entre l'Institut de veille sanitaire et les cinq centres de lutte contre les infections nosocomiales repartis sur le territoire français. Ces centres sont les Centres de Coordination de Lutte Contre Les infections nosocomiales (CCLIN). Ils ont une mission de soutien et d'orientation de l'action des établissements dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales. Ils peuvent apporter une aide en cas d'épisode épidémique, répondre aux besoins de documentation et de formation. Ils organisent des actions de coopération inter-hospitalière en matière de surveillance épidémique et de prévention des infections nosocomiales. Ils apportent leur soutien pour la valorisation des données de surveillance des infections nosocomiales.

Le Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants (GERES) réalise une fiche de recueil à partir des informations sur la surveillance des AES rassemblées par les médecins du travail dans leurs établissements. La fiche de recueil est ensuite analysée par le CCLIN.

En dehors de ce rôle le GERES réunit des compétences dans plusieurs domaines :

- Il identifie les facteurs de risque de contamination à la suite des AES
- Il étudie les circonstances de survenue des AES
- Il propose des mesures de prévention
- Il évalue les matériels de sécurité
- Il peut réaliser des expertises pour les pouvoirs publics
- Il organise des formations
- Il permet la diffusion de l'information

Son objectif final est d'assurer la sécurité des professionnels de santé en réduisant au maximum le nombre d'AES.

En termes de chiffres, les rapports du RAISIN de 2004 à 2013 présentent en moyenne 20 AES par an chez des chirurgiens-dentistes et 4 AES chez des assistantes dentaires. Ces chiffres sont globalement constants d'une année sur l'autre.

Il faut noter que ces chiffres sont très probablement sous estimés. En effet, une étude sur les non déclarations d'AES réalisée en 2003 au CHU de Limoges affirme que 48.6% des AES ne sont pas déclarés par les professionnels de santé(24).

Parmi les raisons invoquées la raison principale est le manque de temps. Cette étude est réalisée dans un milieu hospitalier qui comporte un service d'infectiologie avec un département dédié aux AES, on peut facilement imaginer que la raison du manque de temps est d'autant plus présente en cabinet dentaire.

A l'inverse, il est intéressant de remarquer que seuls 4.5% des médecins (et aucun employé paramédical) n'ayant pas déclarés leurs AES ont reconnu ne pas connaître la procédure. Le problème n'est donc pas dans l'information.

De même, 90% des médecins et 78% des employés paramédicaux ont appliqué la procédure de désinfection de la plaie.

La Fédération Nationale des Infirmiers, avec l'appui du GERES, dévoilait en avril 2014 les résultats de son enquête sur les AES, démontrant que 62% des infirmiers libéraux en avaient déjà été victimes, chiffre dix fois supérieurs à celui des infirmiers exerçants en établissement de santé.

L'enquête révélait également que 70% des IDE (infirmiers diplômés d'état) avaient appliqué les mesures immédiates d'antisepsie mais que seulement 19% des ondes avaient consultés un médecin référant et seulement 14% avaient déclaré l'AES auprès de l'assureur (CPAM ou privé).

Dans notre étude, le protocole est connu dans 95% des cas, ce n'est donc pas un manque d'information ni de formation.

Dans les questions rédactionnelles concernant l'éludation de la procédure, les réponses sont pour le plus grand nombre, une décision du chirurgien dentiste, ne trouvant pas la situation « grave ».

Il faudrait faire cette même enquête auprès des chirurgiens dentistes, car si ils ne jugent pas la procédure nécessaire pour leurs employés, c'est peut être qu'ils ne la trouvent pas nécessaire pour eux non plus. La procédure étant fastidieuse et assez longue, le coût de celle ci paraît être une entrave majeure à la mise en oeuvre.

Il aurait été intéressant de pouvoir préciser dans quel type de structure travaillent les AD et le nombre de salariés. La situation de « collaboratrice unique et indispensable » nous semble être un frein majeur à l'aboutissement du protocole en cas d'AES.

Il y a 10 ans, le profil « petit cabinet » employant en moyenne 1,2 salariés (7501 cabinets) prévalait sur celui des cabinets plus importants qui mutualise le plateau technique mais surtout les salariés ; mais il semble que la tendance s'inversera avec la nouvelle génération de praticiens qui privilégiera l'exercice en groupe(24).

3 L'assistante dentaire face à un AES

3.1 Conduite à tenir en cas d'AES

3.1.1 Les actes d'urgence à réaliser

3.1.1.1 Nettoyage et désinfection de la plaie

Il est nécessaire de nettoyer et de désinfecter la plaie le plus tôt possible après l'AES. Si l'AES est du a une projection dans les yeux il faut rincer abondamment l'œil avec de l'eau ou du sérum physiologique.

Si l'AES est du a une exposition percutanée la plaie doit être lavée minutieusement avec de l'eau et du savon avant de procéder à l'antisepsie.

La plaie doit rester en contact avec l'antiseptique pendant 5 à 10 minutes.

3.1.1.2 Prendre un avis médical au plus vite

Un avis médical est indispensable pour évaluer l'importance du risque infectieux et le besoin ou non d'un suivi sérologique. Cela doit idéalement se passer dans l'heure qui suit l'accident.

En cas d'accident grave, un avis pris auprès d'un médecin référent pour la prophylaxie ou du médecin des urgences de l'établissement le plus proche permettra de discuter de l'intérêt d'une chimio prophylaxie. Seuls ces médecins sont habilités à la prescrire.

3.1.1.3 Prendre le statut du patient source

Il est indispensable d'avoir au plus tôt le statut sérologique du patient source. Le questionnaire médical donne une première série d'informations qu'il faudra transmettre au médecin consulté. Le statut est ensuite confirmé par une prise de sang avec tests de diagnostic rapides.

Le patient est en droit de refuser la prise de sang. En effet, la loi du 4 mars 2002 affirme que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu

des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »(25), on ne peut donc imposer un dépistage à un patient. En cas de coma ou de perte de conscience le Conseil National du Sida a estimé que le consentement est implicite si le patient ne s'y est pas clairement opposé.

3.1.1.4 Le suivi en cas de patient-source séropositif

3.1.1.4.1 Lorsque le patient-source est séropositif au VIH

Le traitement prophylactique par trithérapie est réservé aux situations à risque identifiables de transmission du VIH.

Les cas pour lesquels le traitement est prescrit sont définis dans la circulaire DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008(26). Le traitement est recommandé lorsque le patient est séropositif et que l'AES est de type piqure ou coupure ou sur peau lésée si le sang est resté en contact avec la peau plus de 15 minutes. Lorsque le statut du patient source est inconnu le traitement n'est indiqué que lorsque l'AES a lieu avec une aiguille intraveineuse ou intra artérielle et que le patient source fait parti d'un groupe à risque (toxicomane, homosexuel etc...).

En dehors de ces cas, la balance bénéfices-risques est en défaveur de la prescription d'une trithérapie préventive.

3.1.1.4.2 Lorsque le patient-source est séropositif à l'hépatite B :

Concernant les cas d'AES avec un patient source porteur du VHB ou du VHC, la procédure est décrite dans la circulaire DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008(26).

Si le sujet exposé est vacciné le risque de contamination est considéré comme nul. Si par contre il n'est pas vacciné ou s'il est vacciné mais non répondeur ou s'il présente des antécédents d'hépatite B ou que sa vaccination est mal documentée, il faudra dans tous ces cas s'intéresser au statut sérologique du patient source.

Si l'antigène HBs n'est pas détectable chez le patient source on considère le risque d'infection comme étant nul hormis le cas où le patient appartient à une catégorie à risque (drogués ou comportements sexuels à risques par exemple). Dans ce cas on considérera à titre préventif que le patient est porteur du virus mais qu'il n'a pas encore développé les anticorps.

Dans le cas où il existe un risque d'infection le sujet devra être suivi.

3.1.1.4.3 Lorsque le patient est séropositif à l'hépatite C

De la même façon que dans l'hépatite B, il faut connaître le statut sérologique du patient. Si le patient est négatif aux anticorps anti-VHC on considère que le risque d'infection est nul, en dehors du cas où le patient appartient à un groupe à risque. Si le patient est positif alors le sujet exposé devra être suivi.

3.1.1.4.4 Le suivi biologique pour les cas d'exposition au VIH, VHB et VHC

Le suivi biologique est contraignant, des prises de sang régulières sont à réaliser. Le jour même, à 15 jours, à 30 jours, au 60ème jour, puis au 4ème et 6ème mois.

Le jour même de l'accident une prise de sang est réalisée, on demande : NFS, ALAT, Créatinine et/ou amylase, test de grossesse, sérologies VIH VHC, anti corps anti-HBs (si vacciné), ou AgHBs et anticorps anti HBc (si non vacciné)

Au 15ème jour on refait une série d'examens sanguins : recherche de NFS, ALAT, Créatinine et/ou amylase, PCR VHC (si patient est positif au VHC)

Au 30ème jour : NFS, ALAT, sérologie VHC (si patient positif au VHC)

Au 60ème jour : Sérologie VIH

Au 4ème mois : Sérologie VIH, Sérologie VHC et ALAT (si patient VHC)

Au 6ème mois : Sérologie VHC et ALAT si (patient positif au VHC), Anticorps anti-HBc si non répondeur ou non vacciné

Si au dernier examen les résultats demeurent négatifs la personne exposée est considérée comme saine. Si un examen revient positif la personne est immédiatement redirigée vers un service spécialisé.

3.1.2 Les formalités à remplir en cas d'AES

Au sein du cabinet, l'assistante possède un statut de salarié. Elle doit donc déclarer l'accident au chirurgien-dentiste employeur dans les 24 heures qui suivent l'événement.

Le chirurgien-dentiste doit ensuite informer la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de travail en envoyant la déclaration d'accident du travail par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 48 heures. Cette déclaration peut aussi être télétransmise par le biais de net-entreprises. L'inspecteur du travail de la Direction des Relations du Travail et l'assurance doivent également être informés. La déclaration d'accident doit être accompagnée d'un certificat médical qui peut être établi par le médecin référant AES ou n'importe quel autre médecin. Le certificat médical décrit la lésion et porte la mention « potentiellement contaminant ».

Le chirurgien-dentiste peut être puni d'une amende s'il néglige la procédure et ne déclare pas l'accident à la CPAM dans les temps. La CPAM pourra réclamer le remboursement de la totalité des dépenses liées à l'accident et prononcer une pénalité financière(27).

3.2 La responsabilité du chirurgien chirurgien-dentiste en amont de la survenue de l'AES

3.2.1 La responsabilité de droit

La responsabilité peut se définir de plusieurs façons. Deux définitions existent :

- C'est le devoir ou l'obligation morale qu'a un individu en raison d'une possible erreur commise face à une certaine situation. C'est aussi l'obligation de remédier et satisfaire une faute.
- C'est la capacité existante pour toute personne active de droit à reconnaître les conséquences d'un fait qu'elle a réalisé délibérément.

En termes de droit, on parle de responsabilité lorsqu'un individu viole un devoir de conduite préalablement signalé par une norme juridique.

La responsabilité juridique du chirurgien-dentiste vis-à-vis de son assistante en cas d'AES peut être une responsabilité civile ou pénale.

3.2.2 La responsabilité civile

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »(28).

La responsabilité civile impose à toute personne de réparer les dommages causés à une victime de son fait, de celui des personnes dont elle doit répondre ou des choses dont elle a la charge.

La responsabilité civile se divise en 2 parties : la responsabilité contractuelle et la responsabilité délictuelle.

3.2.2.1 La responsabilité contractuelle

D'après le code civil : « le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient

d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part»(29).

La responsabilité contractuelle peut être engagée en cas d'exécution partielle ou d'inexécution des obligations nées d'un contrat(30)(31).

Quatre conditions doivent être remplies pour pouvoir engager la responsabilité contractuelle : l'existence d'un *contrat*, l'existence d'un *dommage*, un *fait générateur* qui engendre le dommage, un *lien de causalité* entre le dommage et la faute.

Dans notre cas, le contrat est représenté par le contrat de travail signé par les deux parties mais est également défini dans le Code du travail, les circulaires traitant de la place des assistantes dentaires et de la jurisprudence. Le dommage est la contamination de l'assistante suite à un AES, le fait générateur et le lien de causalité sont les deux éléments variables qui feront que la responsabilité contractuelle du chirurgien-dentiste sera engagée ou non.

3.2.2.2 La responsabilité délictuelle

La responsabilité délictuelle, aussi appelée extra-contractuelle, aquilienne, quasi-délictuelle(30).

Pour que la responsabilité délictuelle soit engagée il faut la réunion de 3 éléments :

Un *dommage* qui peut être matériel, physique ou moral, un *fait générateur* qui engendre le dommage et un *lien de causalité*. Lorsque les 3 éléments sont réunis celui qui a commis la faute devra indemniser la victime.

3.2.3 La responsabilité pénale

Lorsque la responsabilité civile du chirurgien-dentiste est engagée, celui-ci s'expose à verser des dommages et intérêts à son assistante. Lorsque c'est sa responsabilité pénale qui est engagée celui-ci risque une amende et même une peine d'emprisonnement.

La responsabilité pénale est définie comme étant l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par le texte qui les réprime. Elle implique un recours par l'Etat contre un trouble à l'ordre public.

3.3 Le rôle du document unique dans la prévention des AES chez l'assistante

3.3.1 Description du document unique

3.3.1.1 Définition

Instauré en France le 5 novembre 2001, le document unique est la transposition écrite de l'évaluation des risques, imposée aux employeurs par le Code du travail. Le chirurgien-dentiste vis-à-vis de son assistante est considéré comme un employeur. La réalisation du document unique constitue un socle essentiel à la prévention des risques professionnels. Plus qu'une obligation, il permet de s'engager efficacement et durablement dans une dynamique de prévention.

L'évaluation des risques professionnels consiste à identifier et classer les risques qui peuvent se rencontrer dans l'entreprise, afin de mettre en place des actions de prévention pertinentes, cohérentes, adaptées.

L'article L4121-1(32) oblige l'employeur à prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et mentale de ses employés. La première de ces mesures étant la mise en place de moyens de prévention des risques professionnels.

Dans la même optique, l'article L4121-2(33) impose à l'employeur de prendre des mesures afin de combattre les risques à la source.

Le document unique doit être conservé par l'employeur et doit pouvoir être présenté notamment aux instances représentatives du personnel de l'entreprise.

3.3.1.2 La forme du document unique

La forme que doit prendre le document unique est décrite dans l'article R. 230-1 du Code du travail. D'après l'article, le document unique doit répondre à 3 exigences :

- Il doit être cohérent, regroupé sur un seul et même support
- Il doit être commode, dans le but de faciliter le suivi et les démarches de prévention
- La notion de traçabilité apparaît également, le report des risques doit donc être systématique

Le support du document unique n'a pas été défini. Le choix du support est donc laissé à l'employeur : numérique ou papier.

Le document unique est à réaliser en collaboration avec le salarié, et doit donc être contre signé par celui-ci.

3.3.1.3 Le contenu du document unique

L'article R. 230-1 du Code du travail indique simplement que le document unique doit comporter un inventaire des risques auxquels les employés sont exposés.

La circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002(34) vient apporter quelques précisions.

Tout d'abord la notion « d'inventaire » implique 2 éléments :

- L'identification des dangers
- L'analyse des risques

L'inventaire auquel on fait référence n'est donc pas une simple liste de dangers mais est également le fruit d'une réflexion et d'une analyse sur les circonstances de survenue des risques.

3.3.1.4 Mise à jour du document

Le document unique s'inscrit dans une démarche qui se veut dynamique et évolutive(35).

Le décret prévoit 3 cas dans lesquels la mise à jour du document est impérative :

- Chaque année
- En cas de nouvel aménagement important susceptible de modifier les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.
- Lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque apparaît.

3.3.2 Les sanctions en cas de non tenue

D'après le Code du travail, le fait de ne pas tenir de document unique ou même de ne pas le mettre à jour est passible d'une contravention de 5ème classe, c'est-à-dire d'une amende de 1500€ et de 3000€ si récidive, conformément aux articles 131-12 et 131-13 du code pénal.

L'obligation de mise à disposition du document est prévue par le Code du travail. Le refus de présentation aux représentants du personnel constitue un délit d'entrave tel

qu'il est mentionné dans l'article L.263-2-2 du Code du travail. La non présentation à l'inspection du travail est passible d'une contravention de 3eme classe, soit d'une amende de 450€.

L'employeur peut également être tenu pour responsable en cas d'accident s'il ne tient pas à jour le document unique. Cela constitue une faute inexcusable.

3.3.3 La place de l'AES de l'assistante dans l'élaboration du document unique

L'AES fait partie des risques biologiques auxquels les assistantes dentaires sont exposées, le document unique doit donc comporter un volet traitant le sujet.

Il est donc nécessaire de faire l'inventaire des éléments présentant un risque d'AES. Pour cela il faut analyser les AES ayant éventuellement eu lieu dans le cabinet et d'en tirer des conclusions ; demander à l'assistante les cas dans lesquels elle estime être confrontée au risque ; analyser les instruments, les procédures et les tâches à risque.

Une fois l'inventaire réalisé il faut évaluer et classer les risques. Il serait judicieux pour cela de s'aider des statistiques mis à jour annuellement par le RAISIN pour pouvoir classer les situations et les instruments les plus à risque d'AES ainsi que ceux présentant un risque élevé de séroconversion. L'échelle de risque ainsi définie aiderait à définir les priorités en termes de prévention à mettre en place.

L'étape suivante est l'élaboration du programme de prévention. Le but est de chercher des solutions qui permettront d'éviter les AES.

3.4 Obligation de mise à disposition à l'assistante de moyens de protection efficaces contre les AES

Les moyens de protections contre les AES se sont largement développés et rependus durant ces dix dernières années. Les années SIDA ont été un véritable catalyseur de toutes ces précautions regroupées sous le nom de « précautions universelles » ou bien « précautions standards ». Ces précautions s'appliquent face à tous les patients et dans toutes les situations dans lesquelles on peut être confronté à un risque d'exposition à un liquide biologique contaminant, même en l'absence de patient.

Ces précautions ont été mises en application pour la première fois en 1989 aux Etats Unis par l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) et par les Center for Disease Control (CDC). En France c'est la Direction Générale de la Santé (DGS) qui a repris ces mesures.

Le principe de protection des employés oblige l'employeur à mettre à la disposition de ses employés ces éléments, à sa charge.

3.4.1 Les gants

Les gants servent de protection physique entre les membres de l'équipe soignante, les patients et les instruments souillés limitant ainsi les contaminations. Le port des gants fait partie des protections standard.

Le port de gants à usage unique s'impose pour toute manipulation d'instruments souillés. Les gants permettent une diminution du risque de séroconversion suite à un AES en essuyant l'instrument et donc en réduisant significativement l'inoculum.

3.4.1.1 Fiabilité de la barrière créée par les gants

De nombreuses études ont été menées pour déterminer la fiabilité de la barrière aux microorganismes que constituent les gants. Les tests laboratoires se limitent pour l'instant à vérifier la perméabilité du gant vis-à-vis des liquides en partant du principe que si le gant est imperméable aux liquides il l'est aussi vis-à-vis des microorganismes. Cela n'est cependant pas strictement le cas. Si les plus gros virus (HIV par exemple) sont effectivement bloqués, les virus les plus petits (les poliovirus par exemple) semblent pouvoir traverser le gant(36).

3.4.1.2 Le choix du matériau du gant

Le latex est dans sa structure un matériau très souple, extensible et résistant. C'est le matériau de choix pour des gants. Le véritable problème est que ce matériau est très allergisant. Il peut être à l'origine d'allergies de type I. L'alternative est le gant en vinyle ou en nitrile qui assure relativement la même sécurité mais permet des gestes moins précis et a une durée d'utilisation plus courte.

Il faut avoir au cabinet trois sortes de gants : les gants médicaux non stériles pour les procédures non chirurgicales, des gants médicaux stériles pour les procédures chirurgicales, et des gants épais de protection en caoutchouc pour les premières étapes de la chaîne de stérilisation, l'épaisseur favorisant l'essuyage.

3.4.2 Le masque

Le masque médical possède un intérêt double : il protège l'environnement de travail de celui qui porte le masque et protège (partiellement pour certains masques) celui qui porte le masque.

Les masques médicaux sont des dispositifs médicaux de classe I qui relèvent de la directive européenne 93/42/CEE. La conformité de ces masques est attestée par le marquage CE sur l'emballage.

Le masque doit être changé chaque fois qu'il est humide, après un acte chirurgical et après chaque patient. Une fois en place le masque ne doit pas être touché durant les soins. La durée maximale d'utilisation est de 3 heures(15).

3.4.3 La tenue de travail et les lunettes de protection

La tenue de travail fait office de barrière et permet de limiter les contaminations patient-praticien et praticien-patient. Celle-ci doit être à manches courtes, et sera changée quotidiennement et en cas de souillure(15).

La tenue idéale doit permettre d'être lavée à haute température, de résister à l'humidité et de présenter peu d'adhérence aux microorganismes.

Les poches devront être en nombre limité.

Les chaussures doivent être spécifiques à l'activité, fermées sur le dessus et facilement nettoyables(37).

Des lunettes de protection devront également être portées à chaque fois qu'un risque de projection existe. Elles doivent être larges, avec un retour sur les cotés. Elles peuvent être remplacées par des visières ou des masques à visière. Les lunettes de vue n'offrent pas a priori une protection suffisante(15).

3.5 La responsabilité du chirurgien-dentiste vis-à-vis du matériel médical présentant un risque d'AES

3.5.1 La gestion des déchets de soins à risques infectieux

Les déchets de soins à risques infectieux sont sous la responsabilité du praticien qui les a produits. Cette responsabilité est maintenue de la production jusqu'à l'élimination définitive. Si une assistante dentaire se blesse en les manipulant la responsabilité du chirurgien-dentiste pourra être engagée. De ce fait, la législation est très précise quant à leur gestion.

3.5.1.1 Définition

Les déchets de soins à risques infectieux (DASRI) englobent tous les déchets potentiellement souillés par du sang ou un liquide biologique, ainsi que :

- Les matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient ou non été en contact avec un produit biologique
- Les produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption

Ces déchets contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent une maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants(38).

Ces déchets étant potentiellement contaminants, autant pour l'assistante qui a pour rôle la gestion de tous les déchets en général, que pour le personnel transportant ces déchets, une filière spécifique leur est attribuée. La responsabilité de ces déchets reste quoi qu'il arrive celle du praticien.

3.5.1.2 Obligations légales liées à la gestion de ces déchets

Toute personne qui produit des déchets est tenue de les éliminer et en est responsable(38), même si un collecteur vient chercher les déchets au cabinet dentaire, seule la remise d'un certificat de destruction décharge de la responsabilité.

3.5.1.2.1 Choix du conditionnement

Un conditionnement adapté est une garantie de sécurité tout au long de la filière d'élimination. Il doit fournir une barrière physique efficace et fiable.

3.5.1.2.1.1 Conditionnement général des DASRI

Le conditionnement doit être adapté à son contenu. Les déchets sont variables dans leur taille, leur quantité, dans leur consistance. Les emballages des DASRI sont à usage unique. Ils doivent disposer d'un double système de fermeture : un système provisoire et un autre définitif. Ils doivent posséder un repère horizontal représentant la limite de remplissage. La couleur de l'emballage doit être majoritairement jaune et doit comporter le pictogramme de danger biologique ainsi qu'un moyen d'identifier le cabinet d'origine, producteur des DASRI.

3.5.1.2.1.2 Spécificités de conditionnement des déchets perforants

La circulaire n°34 du 11 janvier 2005 stipule les recommandations concernant l'usage de ces conditionnements :

- La limite horizontale fixant la limite de remplissage aux deux tiers ne doit jamais être dépassée
- On ne doit jamais avoir à forcer pour faire pénétrer l'instrument
- Les collecteurs doivent être adaptés à la taille des déchets et au volume de production
- Le collecteur doit être proche de la zone de production des déchets
- Le collecteur doit être fixé à un support
- Les professionnels utilisant ces collecteurs doivent être formés

3.5.1.2.2 Le stockage de ces déchets

Aucun déchet n'est entreposé dans des zones dites « protégées ». Les déchets conditionnés dans des emballages primaires (sacs jaunes, boîte OPCT) sont placés dans des conteneurs (boîtes en cartons) adaptés à la collecte interne qui une fois remplis sont fermés définitivement et stockés dans un local distinct des autres zones techniques. Ce local doit être assez grand pour contenir le volume de déchets concerné et être réservé uniquement au regroupement des DASRI. Il ne doit pas être chauffé, ne doit pas posséder de communication avec d'autres pièces. Le sol et les

murs doivent être lavables. Le protocole interne d'entretien doit être exposé. Le local doit être identifié par le logo « danger biologique » et être à accès limité(39).

3.5.1.2.3 L'élimination des DASRI

Il existe 2 façons d'éliminer des DASRI du cabinet :

- En les transportant soi même vers un centre de regroupement des déchets avec une limite de 15 kilos transportés en une fois
- En faisant appel à un prestataire de service qui vient collecter les déchets directement sur le lieu d'activité professionnel

Le prestataire de service doit être agréé, un contrat doit être établi entre lui et le praticien. Ce contrat doit mentionner :

- La réglementation en vigueur
- L'identification du prestataire
- La durée prévue du contrat
- Les modalités financières
- Les conditions d'enlèvement, de collecte, de transport et de traitement

Quantité de DASRI produits	Durée maximale entre chaque collecte
>100 kg / semaine	72h
Entre 15kg / mois et moins de 100 kg / semaine	7 jours
Entre 5 et 15 kg / mois	1 mois
<5 kg / mois	3 mois

3.5.1.2.4 Suivi de l'élimination des déchets

La traçabilité des opérations de traitements des DASRI est assuré par un bordereau de suivi des déchets spécifique (CERFA) qui accompagne les DASRI de leur production jusqu'à leur élimination. Ce sont ces bordereaux de collecte et d'élimination qui dégagent la responsabilité du chirurgien dentiste qui les a produit.

3.5.1.3 Description de 2 cas de jurisprudence d'AES liés à une mauvaise gestion des déchets

3.5.1.3.1 Contamination au VIH d'un employé due à un AES lié aux DASRI (40)

3.5.1.3.1.1 Description du cas

Dans l'affaire soumise à la cour de cassation, un employé de la ville de Paris se voit contaminé par le virus VIH, contamination qu'il impute au fait d'avoir été piqué par une aiguille elle-même contaminée se trouvant dans des ordures ménagères qu'il manipulait lors de son activité professionnelle. Le lien de causalité entre piqure et contamination est très difficile à prouver car le médecin ne suit aucun patient séropositif au VIH, car la seringue théoriquement contaminée n'a jamais été retrouvée, car la probabilité de contamination par piqure est très faible. Seule la date de la piqure correspond à la date de séroconversion. Argument assez faible au vue de la très grande variabilité des durées d'apparition des anticorps anti-VIH entre les individus.

L'employé assigne alors en responsabilité pour faute notamment le médecin ayant déposé la seringue en question dans son outil de travail, en l'occurrence un sac poubelle. Ce dernier, condamné au paiement d'une indemnité au titre du préjudice spécifique de la contamination in solidum avec d'autres défendeurs assignés par l'employé, forme alors conjointement avec ces derniers un pourvoi en cassation dans lequel il est invoqué le fait que la responsabilité décidée par les juges du fond n'était pas valable du fait que ces derniers avaient failli à prouver un lien de causalité direct et certain entre la faute et le préjudice.

La question qui se posait donc était de savoir dans quelle mesure le lien de causalité peut-il être pris en compte afin de dégager la responsabilité d'un auteur de la faute.

La cour de cassation, en suivant le jugement de la Cour d'appel, confirme le fait que les différentes expertises, dégageaient de manière concordante une causalité entre la date de manipulation de la seringue contaminée et la date de contamination de l'employé. Partant, la Haute juridiction semble faire du lien de causalité une condition souple, malléable à sa convenance, afin de pouvoir condamner plus largement les fautes de leurs auteurs.

Deux points importants ressortent de cet arrêt : le premier est l'exigence d'une faute afin de retenir la responsabilité d'un auteur, le second est l'interprétation très extensive du lien de causalité.

3.5.1.3.1.2 Conclusions liées à cet arrêt

Le préalable au lien de causalité : la faute

Le caractère large de la faute

L'article 1382 du Code civil n'énonce que l'exigence d'une faute. Par là, il faut comprendre que tout type de faute peut entraîner la responsabilité civile de son auteur. La notion de faute s'appréciera à la fois « in abstracto » (en considération des agissements d'une personne lambda) et « in concreto » (en considération de la personnalité de la personne mise en cause). En cela, on remarque que la faute a un caractère particulièrement large.

Des conséquences diverses suivant la nature de la faute

La faute, qu'elle soit simple ou grave, donnera lieu à la responsabilité pour faute de l'article 1382 si elle cause un préjudice à un tiers, comme c'est le cas ici. Si la faute du chirurgien-dentiste intervient dans son manquement à son obligation de mettre tous les moyens en œuvre pour guérir son patient, alors il sera responsable envers le patient au titre de la responsabilité contractuelle de l'article 1147 du Code civil. Enfin, si la faute du chirurgien-dentiste intervient dans un manquement dans la prévoyance des dangers risqués par ses salariés, alors il y aura faute inexcusable et donc responsabilité du chirurgien-dentiste selon les préceptes du droit social et plus particulièrement de l'article L452-1 du Code de la sécurité sociale.

3.5.1.3.2 Contamination d'une secrétaire médicale due à une mauvaise gestion des déchets (41)

3.5.1.3.2.1 Présentation du cas

L'arrêt de rejet rendu par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation est relatif à la preuve du lien de causalité entre le préjudice subi par le salarié victime d'une maladie professionnelle et la faute inexcusable de son employeur.

Dans l'affaire soumise aux conseillers de la cour de cassation, une employée, assistante médicale en l'occurrence, est victime d'un accident du travail tel que reconnu par la législation professionnelle. La secrétaire se pique en rangeant les boîtes destinées aux DASRIA. L'aiguille qui la pique dépasse largement le repère horizontal qui limite la quantité maximum que peut contenir la boîte. L'aiguille dépasserait même d'environ 1 cm de la boîte. La secrétaire se pique devant des témoins, la procédure et les démarches sont consciencieusement appliquées. Lors du suivi, la secrétaire se révèle être positive aux anticorps anti-VIH. Elle assigne alors son employeur en réparation de son préjudice subi par la faute inexcusable de ce dernier.

La Cour d'appel de Nîmes, le 14 octobre 2008, retient la faute inexcusable de l'employeur et fixe ainsi au taux maximum la majoration de la rente, sous visa de l'article L411-1 du Code de la sécurité sociale. L'employeur forme alors un pourvoi en cassation dans lequel il invoque le fait que la preuve du lien de causalité entre la lésion ayant prétendument contaminé l'employée et sa propre faute n'était pas établi. La question qui se posait donc à la cour de cassation était de savoir dans quelle mesure le lien de causalité établi par l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale pouvait être retenu.

La Cour de cassation, confirmant la décision des juges du fond, vient préciser les contours de l'article L. 411-1 en affirmant que des présomptions suffisamment graves, précises et concordantes suffisaient à établir un lien de causalité entre la contamination de la victime par lésion corporelle dans le cadre de son activité professionnelle et la faute du médecin ayant failli à son obligation de sécurité de résultat.

Par-là, la Cour de cassation vient caractériser le lien de causalité dans un accident de travail et précise les conditions d'application de la faute inexcusable à l'employeur.

3.5.1.3.2.2 Conclusions liées à l'arrêt

La caractérisation de la notion d'accident du travail par rapport au lien de causalité

La caractérisation du lien de causalité entre l'accident du travail et la contamination au VIH

D'après article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale : « constitue un accident du travail un évènement ou une série d'évènements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il résulte une lésion corporelle quelle que soit la date d'apparition de celle-ci. »

Ainsi donc, en cas de lésion corporelle, (comme dans ce cas), dans le cadre du travail, cela constitue un accident du travail.

La souplesse de la caractérisation du lien de causalité

Dans ce cas, la caractérisation de l'accident de travail se veut souple en ce qu'elle est favorable aux victimes. L'article cité plus haut permet une indemnisation étendue et quasi-certaine des victimes de lésions corporelles pendant l'exercice de leur travail. La conséquence directe pour les professionnels de santé est peut être la répression à outrance.

La caractérisation du lien de causalité semble souple en apparence mais elle peut également être considérée d'un autre côté comme rigide car trop objective. Les juges en viennent en effet à se prononcer sur des présomptions. Mais cela résulte de l'accroissement global de la responsabilité des professionnels de santé depuis 1998. Pour preuve, un arrêt rendu en juin 2012 indemnisant la famille d'un enfant par un chirurgien ayant causé un préjudice à l'enfant lors d'une opération. Coût de l'indemnisation : 10 millions d'euros. Ceci est révélateur du régime très dur appliqué aux professionnels de santé aujourd'hui par la jurisprudence.

Les conditions de la faute inexcusable de l'employeur

Dans ce cas, les deux conditions de la faute inexcusable sont réunies : conscience du dommage encouru par le salarié associée au manquement à l'obligation de sécurité car tous les moyens n'ont pas été mis en œuvre pour ce faire, la preuve une boîte n'est pas hermétique. Ceci constitue une faute inexcusable de l'employeur.

3.5.1.3.3 Conséquences pratiques de ces deux arrêts pour les chirurgiens-dentistes

Ces arrêts montrent que le médecin, chirurgien-dentiste compris, est responsable en cas de :

- Responsabilité délictuelle (28)
- Responsabilité contractuelle (29)
- Responsabilité de l'employeur de sécurité et de résultat(32)(42), vis-à-vis de son assistante

Le chirurgien-dentiste, comme le montre l'arrêt de 2006, se doit donc d'être particulièrement vigilant dans la pratique de son activité. Il sera d'autant plus aisé de caractériser la responsabilité d'un chirurgien-dentiste vis-à-vis de son assistante en raison du fait que cette profession s'exerce majoritairement dans des cabinets privés, dépourvus de contrôleurs sanitaires, donc soumis pour le principal à la vigilance du chirurgien-dentiste employeur.

Si les précautions appliquées par le chirurgien-dentiste sont insuffisantes et qu'un incident se produit, une des 3 responsabilités précitées pourra facilement être recherchée.

De plus, la faute inexcusable du chirurgien-dentiste sera renforcée par la nature même de son activité : en tant que professionnel de santé, il est pleinement conscient des risques physiques et biologiques que représentent les AES. Cet argument pourrait être retenu comme facteur aggravant.

3.6 *La relation praticien-assistante et la prévention en amont de l'AES*

3.6.1 Examen médical de l'assistante

Une première visite médicale avant l'embauche puis à intervalles réguliers tout au long du contrat est obligatoire. Cela permet d'apprécier au moment de l'embauche si l'assistante, compte tenu de son état de santé physique et mental et des caractéristiques du poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter est apte à exercer les activités prévues par son contrat de travail sans danger pour sa santé ou la collectivité de travail, puis périodiquement, de s'assurer du maintien de l'aptitude du salarié au poste occupé.

Cette visite présente un atout non négligeable en termes de protection juridique du chirurgien chirurgien-dentiste employeur : si l'assistante est séropositive à une maladie elle ne pourra pas engager la responsabilité de son employeur alors que si la visite initiale n'a pas été réalisée, l'assistante pourra se retourner contre le praticien et dans ce cas c'est lui qui aura à prouver que la contamination n'a pas eu lieu dans le cabinet, ce qui est loin d'être aisé.

Il est à noter que le décret publié le 31 janvier 2012, applicable au 1er juillet 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail a modifié un certain nombre de paramètres liés aux visites médicales.

3.6.1.1 *Visite médical de l'assistante avant l'embauche*

La visite médicale avant l'embauche est réalisée par un médecin du travail. Depuis le décret de 2012, celui-ci doit désormais informer les risques liés au poste envisagé, le suivi médical nécessaire et les moyens de prévention à mettre en œuvre. Parmi les risques qui seront exposés aux assistantes ceux liés aux AES seront cités ainsi que les moyens de les prévenir. Le médecin du travail vérifiera à ce moment les vaccinations de l'employé.

Tout salarié est soumis, dès l'embauche, même temporaire, même en contrat de professionnalisation, à un examen médical complet à la diligence et à la charge de l'employeur, dans le centre de médecine du travail près duquel l'employeur est obligatoirement inscrit. Si l'assistante refuse la visite malgré la demande du chirurgien chirurgien-dentiste sous forme de lettre avec accusé de réception, ce refus

est défini comme étant une faute grave et justifie un licenciement sans préavis ni indemnité.

La durée de l'examen peut être prise sur les heures de travail, soit être rémunérées au même tarif, les frais de transport nécessités par ces visites et les éventuels examens complémentaires sont également pris en charge par l'employeur, sur présentation des justificatifs. Une assistante qui travaille dans plusieurs cabinets peut se contenter d'une seule visite dont les frais seront divisés entre ses 2 employeurs.

3.6.1.2 Visites médicales tout au long du contrat

3.6.1.2.1 La visite médicale de reprise

L'assistante bénéficie d'une visite médicale de reprise du travail réalisée par le médecin du travail (43):

- Après un congé de maternité
- Après une absence pour cause de maladie professionnelle
- Après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel

Le médecin du travail doit quoi qu'il arrive être informé de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à 30 jours pour cause d'accident du travail. Cette information lui permet de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels liés à l'accident et lui permet d'apprécier l'opportunité d'un nouvel examen médical.

3.6.1.2.2 L'examen médical de pré reprise

Une visite de pré reprise peut être organisée à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil ou du salarié lui même(44).

Cette visite permet de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Dans le cas d'une contamination professionnelle de l'assistante suite à un AES il n'existe pas encore réellement de position officielle sur son droit d'exercer. L'idéal serait de réadapter sa place dans le cabinet et lui attribuer par exemple les tâches de secrétariat.

3.6.1.2.3 Les visites médicales périodiques

Les assistantes dentaires étant exposées aux risques viraux en cas d'AES, font partie des employés bénéficiant de la surveillance médicale renforcée(45). Dans ce cas c'est le médecin lui même qui juge les modalités de la surveillance médicale. Il fixe la périodicité du contrôle qui ne doit pas dépasser 24 mois.

3.6.1.3 Obligation de vaccination de l'assistante

3.6.1.3.1 La vaccination, une étape importante dans la démarche de prévention

Les vaccinations en milieu de travail sont régies par deux réglementations différentes :

- le Code de la santé publique (CSP) (art. L. 3111-4 et L. 3112) rendant obligatoires, pour certains personnels particulièrement exposés, certaines vaccinations. Il s'agit des étudiants des filières médicales et paramédicales et des personnes exposées travaillant dans certains établissements et organismes ;
- le Code du travail (art. R. 231-65), qui prévoit qu'un employeur, sur proposition du médecin du travail, peut recommander une vaccination visant à prévenir un risque professionnel.

Après une analyse pertinente des risques biologiques et la mise en place de moyens de protection adaptés, la vaccination est aujourd'hui, notamment du fait de l'inscription des assistantes dentaires au Code de la Santé Publique, une obligation. Le médecin du travail devrait donc imposer aux assistantes la vaccination, après leur avoir expliqué tous les risques qui lui sont associés (le risque de sclérose en plaque dans le cas du vaccin contre l'hépatite B, par exemple). Si le risque se matérialise alors la maladie sera qualifiée de maladie professionnelle avec tous les avantages liés, et ceci même si le vaccin est seulement conseillé (celui contre la grippe par exemple). L'assistante peut refuser le vaccin (46) si celui-ci n'est pas obligatoire et choisir le médecin qui lui injectera dans tous les cas.

Le coût du vaccin et des examens médicaux liés sont à la charge de l'employeur.

3.6.1.3.2 Les vaccins obligatoires

Suite aux études menées par les établissements de surveillance, certaines maladies se sont avérées présenter un risque réel dans différentes professions. Ces risques étant globalement communs, la vaccination pour s'en prémunir est devenue une obligation légale(47). Les professions concernées sont citées dans un arrêté du 15 mars 1991 et incluent les assistantes dentaires.

L'obligation de vaccination concerne le tétanos, l'hépatite B, la diphtérie et la poliomyélite(48).

Les vaccinations conseillées sont : Grippe, Rubéole (pour les femmes en âge de procréer), oreillons, rougeole, Coqueluche, Varicelle.

En ce qui concerne les vaccins obligatoires, il s'agit d'une obligation individuelle de nature contractuelle du salarié(46). Il doit être en mesure de prouver que la vaccination a bien eu lieu par un certificat médical dûment rempli. D'un autre côté, c'est au chirurgien-dentiste employeur (ou éventuellement au médecin du travail après délégation) qu'il incombe de vérifier que les vaccinations sont à jour. En cas de contamination à l'hépatite B suite à un AES, si les vaccinations n'étaient pas en règle, la responsabilité du chirurgien-dentiste pourra être engagée.

3.6.1.3.3 Légitimité de l'obligation de vaccination

D'un point de vue plus général, exiger la vaccination de son assistante revient à exiger d'elle un acte médical sans son plein consentement. Ceci serait en contradiction avec le Code de déontologie qui impose à tout acte médical un consentement « libre et éclairé ». De même, l'article 3 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, affirme que « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ». Ce qui n'est pas forcément le cas de cette assistante à qui on impose en quelque sorte une vaccination pour exercer le métier qu'elle souhaite. Et même si on envisage d'affirmer que l'obligation de protection des employés impose cette vaccination, cette obligation serait bien faible face à la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Si une personne décide de se suicider cela reste son choix mais si une assistante dentaire décide de travailler dans des conditions dangereuses pour elle même, elle se trouve être dans l'illégalité.

Bien que l'obligation de se vacciner puisse paraître logique et avenante, elle est beaucoup moins évidente d'un point de vue juridique.

3.6.2 Assistante et secret médical

3.6.2.1 Définition du secret médical

Le respect de la vie privée et le secret médical sont des notions autant fondamentales qu'anciennes dans l'exercice de toute profession d'ordre médical. On en retrouve une référence claire dans le serment d'Hippocrate : « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés ». La définition du secret a évolué en même temps que la profession et si son principe paraît évident, les limites de son application ne sont pas toujours clairement établies.

Le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce que lui a confié son patient, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. Le secret médical est aujourd'hui imposé par des sources multiples : les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, les articles 4 et 72 du Code de Déontologie Médicale, l'article R.4127-4 et L 1110-4 du Code de la Santé Publique (issu de la Loi Kouchner, qui le pose comme un droit fondamental de la personne malade).

Le praticien contrevenant au secret médical peut être puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende. Il en va de même pour la personne qui tente d'obtenir les informations.

3.6.2.2 Secret médical et personnel médical

Afin d'assurer la continuité des soins ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible, les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'échanger des informations sur le patient qu'ils prennent en charge. Cette notion de « secret partagé » a été définie par la loi qui en a précisé les limites (article L1110-4 du code de la santé publique). Les règles sont différentes selon la structure de prise en charge (cabinet médical, établissement de santé, centre ou maison de santé...).

Le secret médical est une notion qui « s'impose à tous professionnels de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». La définition des professionnels de santé inclut l'assistante dentaire de façon certaine depuis son inscription au Code de la Santé Publique et peut être aussi le prothésiste dentaire qui

peut être amené à détenir des informations, notamment lorsque les empreintes et les moulages sont complétés d'une fiche de prothèse nominative.

« Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soin dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ».

Un élément important n'apparaît pas dans l'article sus cité : sur quel fondement la transmission d'informations au reste de l'équipe en charge du malade ne constitue pas une transgression du secret médical ? Est-ce parce que le bon déroulement du suivi et des soins du patient le nécessite ou bien parce qu'en choisissant d'être suivi par une équipe entière cela constitue un renoncement implicite au secret médical vis-à-vis de l'équipe au complet.

Sur le plan pratique la réponse à cette interrogation apporte une solution à des situations concrètes vis-à-vis des AES :

Prenons l'exemple d'un patient séropositif au VIH, peut-on prévenir l'assistante de la pathologie du patient de façon à lui permettre d'accroître sa vigilance vis-à-vis des AES ?

En cas d'AES de l'assistante, si le patient a affirmé être séropositif au VIH lors de l'anamnèse mais qu'il refuse la prise de sang, peut-on révéler la maladie du patient à l'assistante, sachant que la prise en charge de l'AES sera différente (trithérapie préventive etc...) ?

La réponse à cette question dépend des raisons pour lesquels le secret médical peut être aboli au sein d'une équipe médicale : l'est-il par défaut ou bien uniquement dans l'intérêt du patient ?

Ceci est un cas dans lequel le secret médical s'oppose à la protection des employés. En cas de non révélation du secret médical une assistante pourrait porter plainte pour non assistance à personne en danger.

3.7 La responsabilité du chirurgien-dentiste après la survenue de l'AES

3.7.1 AES et faute inexcusable

3.7.1.1 Définition de la faute inexcusable

La faute inexcusable de l'employeur(49) correspond au manquement de ce dernier à son obligation de sécurité de résultat, notamment révélé par un accident du travail ou une maladie professionnelle. L'employeur aurait dû avoir conscience d'un danger et n'a pas pris les mesures nécessaires pour le prévenir. La reconnaissance de la faute inexcusable résulte d'un accord amiable entre la victime et son employeur ou, à défaut, d'une décision de la juridiction de Sécurité sociale. L'intérêt pour la victime de faire reconnaître la faute inexcusable de son employeur est d'obtenir une majoration de sa rente et la réparation de ses préjudices.

Application de la notion au droit médical

Le régime de responsabilité afférent à la faute inexcusable n'échappe pas aux différents praticiens de la médecine, bien au contraire. En effet, de par leur fonction, ces derniers savent obligatoirement les risques relatifs à leurs activités et donc ceux susceptibles d'être causés par leur inaction ou leur négligence. En cela, la conscience du dommage systématiquement établie par les juges en matière de faute inexcusable: de par la nature même de leur fonction, les médecins ne peuvent raisonnablement ignorer les risques liés aux défauts de sécurité leur étant imputables.

Cette position stricte et extensive de la faute inexcusable au profit des salariés victimes en jurisprudence dans un arrêt relatif au droit médical, plus particulièrement au cas d'un chirurgien-dentiste auteur d'une faute inexcusable causant un préjudice à son assistante qui tombera de ce fait malade, a été rendu le 17 mai 2006(50).

3.7.1.2 Les caractéristiques de la faute inexcusable

Depuis la batterie d'arrêts novateurs rendus le 28 février 2002, la faute inexcusable, dont les conséquences valent tant pour l'accident du travail que pour la maladie

d'origine professionnelle⁽⁵¹⁾ et dont la nouvelle définition ne fait plus de doute⁽⁵²⁾, ne se compose plus désormais que du manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. Cette obligation trouve d'ailleurs son fondement dans l'article L. 412-1 du Code de la sécurité sociale. Ainsi, cette obligation de sécurité de résultat doit prendre la forme d'un acte matériel et positif de l'employeur, comme par exemple la soumission de la reprise du travail par un salarié à une expertise médicale⁽⁵³⁾. Sont donc exigées deux conditions cumulatives pour pouvoir déclarer la réalité d'une faute inexcusable de l'employeur suite à l'accident de travail ou la maladie professionnelle du salarié. L'employeur doit avoir eu conscience du danger : il s'agit du danger qu'il connaissait ou qu'il aurait du connaître.

Le salarié victime doit donc rapporter la preuve de ce que l'employeur était averti quant au danger qu'il lui faisait courir et qui s'est finalement matérialisé. Cette preuve se fait en rapport à une appréciation « in abstracto », c'est-à-dire selon l'homme de métier raisonnable placé dans une situation similaire. La matérialité de cette preuve doit être réelle pour pouvoir admettre la faute inexcusable de l'employeur, encore qu'elle soit rendue aisée du fait que l'employeur, du fait de son statut de professionnel de santé et à fortiori de chirurgien-dentiste confronté lui même aux AES, ne peut ignorer les risques qu'il laisse encourir par son inaction.

De plus, seconde condition exigée, le salarié victime d'une faute inexcusable doit rapporter la preuve de ce que l'employeur n'a pas pris les mesures adéquates pour empêcher la réalisation du danger encouru, et a donc failli dans son obligation de sécurité de résultat.

Ainsi prouvée, la faute inexcusable pourra être retenue à l'encontre de l'employeur mais aussi, comme l'indique l'article L. 451-1 du Code de la sécurité sociale, les personnes s'étant substituées à l'employeur dans la direction. La personne substituée à l'employeur dans la direction est celle qui dirige effectivement l'exécution du travail et exerce un pouvoir de contrôle et de surveillance. Ceci pourrait se retrouver dans le cas d'un cabinet dentaire si le chirurgien-dentiste embauche une assistante dont le rôle serait de s'assurer de la protection des autres assistantes. Cette dernière, ou bien l'employeur, seront alors responsables, en cas de faute inexcusable, de verser une indemnité complémentaire à l'indemnité de base à la victime ou à ses ayants-droits.

Ces derniers devront rapporter, comme vu précédemment, la preuve de ce que l'employeur a manqué à son obligation de sécurité de résultat. En appliquant le régime de l'obligation de résultat, la logique voudrait que la charge de la preuve soit inversée, le seul manquement à cette obligation suffisant à caractériser la responsabilité de l'obligé, faisant basculer ce régime vers un régime de responsabilité objective (et donc sans faute). Malgré cette logique commune à l'obligation de résultat, le régime de l'obligation de sécurité de résultat tel que mis en place par les arrêts du 28 février 2002 n'est pas complètement un régime de responsabilité sans faute car le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit prouver le manquement, s'analysant en une faute (en l'occurrence inexcusable la plupart du temps selon que les conditions soient remplies) de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. La charge de la preuve est donc doublement inversée, ce qui nous fait revenir à la charge de la preuve de droit commun, c'est-à-dire que c'est au demandeur d'apporter la preuve de ce qu'il rapporte.

Si tel est le cas, l'employeur aura néanmoins la possibilité soit de diminuer la rente allouée au titre de sa faute inexcusable en invoquant la faute inexcusable du salarié (faute volontaire du salarié victime d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait du avoir conscience, si par exemple une assistante traite des déchets contaminés sans utiliser de gants alors qu'ils sont à sa disposition) (54) soit de s'exonérer de sa responsabilité en invoquant la force majeure, caractérisée cumulativement par trois éléments : le caractère extérieur, irrésistible et imprévisible.

Notons que la victime, en plus de la majoration de ses indemnités du fait de la faute inexcusable de son employeur, a le droit de demander une réparation complémentaire en cas de préjudices s'ajoutant à l'accident ou à la maladie. Par exemple, en cas de perte d'emploi par le salarié suite à la faute inexcusable de l'employeur, le salarié pourra demander une indemnisation complémentaire. Ceci a été le cas dans l'arrêt du 17 mai 2006 de la cour de cassation dans lequel une assistante dentaire demande réparation suite à son licenciement. L'assistante a contracté une hépatite C qui a été reconnue d'origine professionnelle par la CPAM. Ses employeurs ont estimé que sa maladie est incompatible avec son exercice (ce que n'a pas démenti l'assistante) et l'ont licencié. En plus d'avoir été condamnés sur le principe de la faute inexcusable, ils ont en outre dû verser 26 000€ de dommages

et intérêts à l'assistante au titre de rupture abusive de contrat et du retentissement psychologique lié à la maladie.

Réparation complémentaire il y aura, en outre, dans tous les cas prévus par l'article L.452-3 du Code de la sécurité sociale, tels que le préjudice moral, esthétique...

3.7.1.3 Application de la faute inexcusable aux AES

La question des accidents d'exposition au sang est régie selon la nature de la relation entre le praticien incriminé et la victime du préjudice. L'arrêt du 2 juin 2005 exposé plus haut, pose les bases de la responsabilité du médecin vis-à-vis des tiers en cas de négligence de sa part exposant ces tiers à une contamination par exposition au sang, par exemple ici, le VIH.

Pour ce qui est de la faute inexcusable, qui fait l'objet d'une lourde jurisprudence comme il a été vu, la question de l'accident d'exposition au sang concerne les rapports entre le chirurgien-dentiste et son salarié. De par sa fonction, il est évident que le chirurgien-dentiste qui est amené à réaliser des actes invasifs, ne peut qu'être conscient des risques auxquels il expose son assistante en cas de négligence dans la prise de mesures afin d'éviter toute réalisation d'un danger et donc dans notre cas, une contamination par AES. Par négligence, il faut entendre le manquement à l'obligation de sécurité de résultat (pour peu que le salarié victime puisse le prouver). La faute inexcusable est donc d'autant plus à même d'être prise en compte dans le cadre de l'activité de chirurgien-dentiste étant entendu son niveau de connaissance des risques pouvant être encourus.

L'arrêt du 17 décembre 2009 illustre parfaitement un tel cas puisqu'en l'espèce, la faute inexcusable de l'employeur fut retenue dans une affaire où une assistante médicale avait été contaminée au VIH du fait de la manipulation de ses outils de travail, qui n'avaient pas fait l'objet de la prévention nécessaire par l'employeur.

La caractérisation du lien de causalité entre la faute de l'employeur et la maladie du salarié fut ainsi rendue bien plus aisée du fait des présomptions suffisamment graves et concordantes, entrant dans le champ d'application de l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale. D'ailleurs, le lien de causalité joue un rôle important en matière de faute inexcusable et d'AES puisqu'il peut se trouver fondé par des présomptions suffisamment solides. La question de la charge de la preuve ressurgit ainsi, car en rapportant des faits établissant une présomption assez précise, le salarié renversera alors la charge sur l'employeur qui devra alors pour s'exonérer de sa faute

inexcusable invoquer la force majeure ou la faute inexcusable du salarié victime pour diminuer sa propre responsabilité.

3.7.2 La responsabilité financière liée à l'AES de l'assistante

3.7.2.1 Les prestations perçues par l'assistante

L'assistante victime a pris soin d'établir un certificat médical lié à son accident, de remplir la déclaration de maladie professionnelle avec son chirurgien-dentiste employeur, a récupéré une attestation de salaire, elle peut alors remettre tout ceci à la CPAM dont elle dépend. A partir de ce moment, cette dernière dispose d'un délai de 30 jours à partir de la date de réception de la déclaration pour confirmer le caractère professionnel de la maladie. 10 jours avant la date finale, le chirurgien-dentiste employeur reçoit le dossier avec la décision finale et les éléments décisifs. Dans certains cas plus compliqués la CPAM peut prolonger le délai jusqu'à 6 mois. Au-delà du délai prévu le silence vaut acceptation(55).

3.7.2.1.1 Les prestations temporaires

Les prestations temporaires dont bénéficie l'assistante sont au nombre de trois :

- Les soins médicaux : la prise de sang du patient source, la prise de sang de l'assistante, le transport, la consultation chez le médecin du travail, éventuellement les médicaments pris à titre préventif ... Tout ceci est entièrement pris en charge sans avance avec le tiers payant.

- Les indemnités journalières : ces indemnités sont versées à partir du 1er jour de l'arrêt de travail et ceci jusqu'à la guérison complète. Le salaire de référence est le dernier bulletin de salaire dans la limite de 0.834% du plafond annuel de la sécurité sociale. Le montant évolue avec la durée de l'arrêt. Elles représentent 60% du salaire journalier durant 28 jours. Le montant maximum en 2012 est de 182 €. Cette somme passe à 80% à partir du 29eme jour avec 242.67 € maximum. Au-delà une revalorisation de l'indemnité à lieu.

- L'indemnité temporaire d'inaptitude : si la maladie rend inapte l'assistante elle aura le droit à cette indemnité jusqu'à son licenciement ou à son reclassement. La durée maximale de cette indemnité est de 1 mois.

3.7.2.1.2 Les prestations définitives

Si la maladie est à l'origine de séquelles définitives le médecin de la sécurité sociale fixe un taux d'incapacité partielle permanente. En fonction de ce taux l'indemnisation se fera sous forme de capital dont le montant est forfaitaire (si le taux est inférieur à 10%) ou sous forme de rente (si le taux est supérieur à 10%).

Pour calculer la rente on se sert des salaires de l'année précédent l'accident, la rente est égale au salaire multiplié par le taux d'incapacité. Au préalable, ce taux est diminué de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50% et augmenté de moitié pour la partie dépassant les 50%.

Par exemple, si une assistante perçoit 15 000 € par an de salaire et que son taux d'incapacité a été évalué à 10%. Pour calculer sa rente, il faut diviser son taux d'incapacité par 2 (car étant inférieur à 50%) et le multiplier par le salaire annuel, soit : $15\,000 \times 0.05 = 750$ € de rente annuelle.

Si son incapacité est évaluée à 80%, il faut prendre la partie qui dépasse les 50% (ici 30%), la diviser par 2 et l'additionner au 50%. Ce résultat multiplié par le salaire annuel, soit :

$(50+15)/100 \times 15000 = 9\,750$ € annuel

En cas de décès un recalcule de la rente est réalisé puis elle est reversée aux ayant droits de l'assistante(55).

3.7.2.2 Le coût de l'AES de l'assistante pour le cabinet

3.7.2.2.1 Les coûts directs

Le cabinet dentaire paye l'accident au travers d'une cotisation versée à la CPAM. Cette cotisation est calculée grâce à un taux dit « collectif », cela signifie que tous les cabinets dentaires cotisent ensemble pour prendre en charge les accidents de travail des employés. Ce régime est applicable à tous les cabinets à l'exception des cabinets qui comptent plus de 10 salariés, qui eux rentrent dans le cadre du taux dit « mixte » et dont le calcul est moins aisé.

En dehors de cela, le cabinet doit prévoir un éventuel coût de remplacement de l'assistante durant son absence. L'assistante remplaçante n'a pas besoin d'avoir une qualification équivalente à celle remplacée.

Il est à noter que le jour de l'AES lui même n'est pas pris en charge par la CPAM et l'assistante doit percevoir sa paye de la part de l'employeur.

3.7.2.2 Les coûts indirects

En dehors des coûts directement liés à l'accident et à ses conséquences, certains coûts sont à prendre en compte et peuvent parfois être plus onéreux que les coûts directs.

Parmi ces coûts on peut d'abord parler du coût de l'absence de l'assistante. Plus de tâches seront effectuées par le chirurgien-dentiste et donc la rentabilité du cabinet diminuera sûrement. De même, le temps consacré à remplir les documents administratifs et à appliquer la procédure d'AES sera directement lié à une diminution de la productivité du cabinet.

Suite à un AES on peut s'attendre à une éventuelle visite du médecin du travail pour vérifier si les normes sont respectées. Cette visite peut aboutir sur la nécessité de réaliser un réaménagement qui peut être coûteux.

Enfin, si le chirurgien-dentiste commet une faute grave qui aboutit un AES et une contamination de l'assistante il peut être traduit au pénal et encourt alors d'importantes amendes et même de la prison ferme.

3.7.2.3 Jurisprudence d'un chirurgien-dentiste condamné pour la contamination de son assistante lors d'un AES

3.7.2.3.1 Présentation du cas

Une assistante dentaire se trouve être positive à l'hépatite C à l'occasion d'un dépistage systématique réalisé dans la SCP qui l'employait. Elle a par la suite été licenciée. L'assistante en question a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale le 31 janvier 2003 afin de voir reconnaître la faute inexcusable de son employeur dans l'apparition de sa maladie.

L'assistante n'ayant déclaré aucun AES durant la période d'exercice dans la SCP et sachant que les circonstances de la contamination ne sont pas claires, le tribunal a statué que la responsabilité du chirurgien-dentiste employeur ne pourrait être engagée.

L'assistante décide de faire appel. Les juges du fond confirment que la survenance de la maladie de l'employée est due à une faute inexcusable de son employeur. La Cour d'appel de Versailles, le 14 septembre 2004 et sur renvoi après cassation, vient en plus d'ancrer le caractère inexcusable de la faute de l'employeur soutenir le fait que le licenciement opéré par ce dernier se veut abusif car découlant de sa propre faute, et donc le condamner à verser des dommages et intérêts à son employée.

Ledit employeur forme alors un ultime pourvoi en cassation, dans lequel il invoque le fait que les suites d'un arrêt « cassé » par la Haute Cour sont de droit annulées en considération de l'article 625 du Code des procédures civiles et donc que le licenciement se veut justifié en considération du fait que le régime de réparation des accidents du travail ou des maladies d'origine professionnelle dans lequel est prise en compte la faute inexcusable de l'employeur se veut dissocié du régime applicable aux ruptures de contrat de travail des salariés victimes d'accident du travail ou de maladies d'origine professionnelle. De plus, l'employeur précise qu'un cumul d'indemnités n'est pas cohérent avec l'esprit de l'indemnisation accordé au salarié victime d'une faute inexcusable, dont la réparation a pour but de couvrir l'ensemble des préjudices subis par cette dernière compte tenu de son incapacité.

3.7.2.3.2 Exposé de la décision

La question à laquelle la Cour de cassation se voyait soumise était de savoir dans quelle mesure la faute inexcusable d'un employeur avait vocation à indemniser le salarié victime d'une maladie d'origine professionnelle.

La Haute juridiction, en confirmant l'arrêt de la Cour d'appel de Versailles, vient perpétuer la voie résolument suivie par les juges du fond en matière de faute inexcusable, à savoir une interprétation toujours plus extensive et soucieuse de réparer efficacement les préjudices subis de la sorte par la victime. En effet, la Cour de cassation pose le principe d'une indemnisation complémentaire en cas de perte d'emploi associé à la faute inexcusable de l'employeur.

La Cour de cassation nous présente ici une facette moins connue de la faute inexcusable de l'employeur lorsqu'elle donne lieu à une perte d'emploi du salarié victime mais entretient le flou quant aux effets de ce principe d'indemnité complémentaire, le réduisant dans ce cas à une simple appréciation.

L'arrêt proclame la possibilité d'une superposition des indemnités en cas de licenciement suite à la faute inexcusable de l'employeur, mais maintient le flou quant

au mode opératoire à adopter pour fixer le montant de la réparation complémentaire, preuve au final d'une volonté de toujours plus indemniser le salarié en cas de faute inexcusable.

3.7.2.3.3 La superposition de la réparation indemnitaire afférente à la maladie professionnelle et de celle due en cas de perte d'emploi suite à la faute inexcusable de l'employeur

Eut égard à la finalité de la faute inexcusable de l'employeur, la Cour de cassation tranche en faveur du salarié en affirmant que l'indemnisation de la perte d'emploi par la faute inexcusable de l'employeur « ne fait pas obstacle à la réparation afférente à la maladie professionnelle ayant pour origine la faute inexcusable de l'employeur ». Ce à quoi s'opposait farouchement le demandeur au pourvoi, selon lequel une telle décision entraînait un cumul d'indemnité.

Au fond, il semblerait que la Cour de cassation ne considère pas ceci comme un cumul dans la réparation. En effet, il s'agirait surtout ici d'indemniser la faute dans l'entièreté de ses conséquences : la faute est ici unique puisque la faute inexcusable incriminée a eut pour résultat à la fois la maladie du salarié, et sa perte d'emploi. Il ne s'agit donc en vérité pas de cumuler les indemnités mais de leur donner un véritable sens : celle de la réparation du préjudice subi par le salarié.

Dans la matérialité des faits évidemment, cela prend la forme d'une superposition dans le versement des indemnités. Mais au final, ces différents versements ne font que réparer les conséquences d'une seule et même faute. Celle du chirurgien-dentiste qui, dans ce cas, ne pouvait ignorer les risques encourus par son assistante et n'a pas pris les mesures nécessaires pour éviter la réalisation de ce risque, ce qu'a réussi à prouver l'assistante puisque la faute inexcusable est ici retenue. Le mécanisme de la faute inexcusable en droit social a en effet pour particularité de rétablir le dogme de la charge de la preuve (devant être faite par le demandeur, donc ici l'assistante), alors même qu'elle suppose une obligation de sécurité de résultat. Ce qui reste assez ambigu.

De même, la superposition de la réparation afférente à la maladie professionnelle et de celle due en cas de perte d'emploi considérés dans ce cas comme étant les conséquences d'une même origine (la faute), ainsi que la fixation du montant de la réparation n'ont rien d'évident.

3.7.2.3.4 Vers une responsabilité toujours plus accrue du chirurgien-dentiste en cas de faute inexcusable

La faute inexcusable telle que définie par la jurisprudence moderne a le souci d'un élargissement de sa vocation indemnitaire. En vérité, cette volonté aide à comprendre le flou qui entoure les propos de la Cour de cassation dans l'arrêt lorsqu'elle énonce que « les juges du fond apprécient souverainement les éléments à prendre en compte pour fixer le montant de cette indemnisation ... ». Aucune indication n'est donnée quant à la voie à suivre pour fixer le montant d'une telle indemnisation, sinon le caractère souverain de l'appréciation des juges du fond ce qui est assez flou.

A défaut d'être une révélation, ce que l'on peut prendre pour une lacune n'est en vérité que le fruit d'un raisonnement bien ficelé qui laisse toute latitude au juge pour manier le caractère indemnitaire de la faute inexcusable à sa guise, d'autant plus lorsque celle-ci débouche sur la perte d'emploi du salarié. De quoi moduler le montant de l'indemnisation en fonction de la gravité des conséquences du préjudice subi par le salarié victime d'une maladie professionnelle. Ce qui peut laisser perplexe néanmoins, car la jurisprudence devant faire office de guide pour le juge se limite alors, en un tel cas, à une simple appréciation des juges

Conclusion

La fréquence des AES chez les assistantes dentaires est importante, et probablement sous estimée par les statistiques officielles compte tenu de la sous déclaration de ces accidents.

Il est apparu dans l'enquête menée auprès d'elles que la non mise en œuvre du protocole complet en cas de survenue d'un AES n'est pas liée à un manque d'information mais plutôt à la non perception de l'intérêt de cette démarche jugée fastidieuse ou inutile par l'assistante dentaire et son employeur.

Il conviendrait donc peut être de pouvoir réfléchir à réduire le temps d'indisponibilité de la salariée du chirurgien dentiste afin de garantir à tous une sécurité, tant médicale que juridique, rapprochant les centres d'analyses médicales autorisés à mettre en place le diagnostic.

Références bibliographiques

1. Circulaire DGS 98/249 du 20 avril 1998.
2. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux, Société française d'hygiène hospitalière. Accidents d'exposition au sang au cabinet dentaire. Paris, France: Association dentaire Française, impr. 2006; 2006. 39 p.
3. Wolf B, Poezat J. L'hygiène au cabinet dentaire. Sciences, 1998;
4. Croquelinottes L des. Les virus transmissibles par le sang - Jean-Jacques Lefrère - John Libbey
5. McCarthy GM, MacDonald JK. Nonresponse bias in a national study of dentists' infection control practices and attitudes related to HIV. Community Dent Oral Epidemiol. août 1997;25(4):319- 23.
6. Verrusio AC. Risk of transmission of the human immunodeficiency virus to health care workers exposed to HIV-infected patients: a review. J Am Dent Assoc 1939. mars 1989;118(3):339- 42.
7. GIRARD P-M, KATLAMA C, PIALOUX G. VIH : édition 2011 [Internet]. Rueil Malmaison: Doin; 2011. 839 p.
8. La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé - RMTTC Volume : 28S1 - mars 2002
9. Bg E, D A. A summary of occupationally acquired HIV infections described in published reports to December 1997. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. mars 1999;4(3):29- 32.
10. Donahue JG, Muñoz A, Ness PM, Brown DE, Yawn DH, McAllister HA, et al. The declining risk of post-transfusion hepatitis C virus infection. N Engl J Med. 6 août 1992;327(6):369- 73.
11. Ohto H, Terazawa S, Sasaki N, Sasaki N, Hino K, Ishiwata C, et al. Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. The Vertical Transmission of Hepatitis C Virus Collaborative Study Group. N Engl J Med. 17 mars 1994;330(11):744- 50.
12. Tarantola A, RACHLINE A, KONTO C, HOUZE S, LARIVEN S, FICHELLE A, et al. Paludisme à *P. falciparum* après accident exposant au sang (AES) : à propos d'un cas, une revue de la littérature et considérations pour la chimioprophylaxie post-exposition. FR; 2003.
13. WHO | Bovine Spongiform Encephalopathies. WHO.
14. Blanquet-Grossard F, Sazdovitch V, Jean A, Deslys JP, Dormont D, Hauw JJ, et al. Prion protein is not detectable in dental pulp from patients with Creutzfeldt-Jakob disease. J Dent Res. févr 2000;79(2):700.

15. Direction générale de la santé. Guide prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et stomatologie. Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
16. Circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001/138. Relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels. 2001.
17. INRS. Séroconversion professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France. Situation au 31 décembre 2004. Document pour le Médecin du travail, 2005,103;
18. Santé et services sociaux du Québec. Guide pour la prophylaxie post exposition à des liquides biologiques dans le contexte de leur travail. 2011.
19. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, et al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. Infect Control Hosp Epidemiol. sept 2013;34(9):875- 92.
20. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98-228. Relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH. 1998.
21. Prévention des maladies infectieuses transmises par voie sanguine dans le secteur sanitaire
22. LEVY S. Expositions professionnelles au VHC. 2006;
23. GERES. Les accidents d'exposition au sang-Epidemiologie.
24. Duhamel. Rapport IGAS. La documentation française; 2007.
25. Code de la santé publique. Article L. 1111-4.
26. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 | Veille documentaire MTPH
27. Code de la sécurité sociale. Articles L. 162-1-14, L.471-1 et R. 471-3.
28. Code civil. Article 1382.
29. Code civil. Article 1147.
30. Conte P, Fournier S, Chambon PM du. La Responsabilité civile délictuelle: 4e édition. PUG; 2015. 132 p.
31. Martine EN. L'option entre la responsabilité contractuelle et la responsabilité délictuelle. Librairie générale de droit et de jurisprudence; 1957. 218 p.
32. Code du travail. Article L4121-1.
33. Code du travail.

34. Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002.
35. Document d'évaluation des risques : attention, il faut le mettre à jour
36. Kotilainen HR, Avato JL, Gantz NM. Latex and vinyl nonsterile examination gloves: status report on laboratory evaluation of defects by physical and biological methods. Appl Environ Microbiol. juin 1990;56(6):1627- 30.
37. Réunion cadres et infirmières hygienistes du 14 novembre 2008.
38. Code de la santé publique. Article R. 1335-1.
39. Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
40. Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 2 juin 2005, 03-20.011, Publié au bulletin
41. Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 17 décembre 2009, 08-21.598, Inédit
42. Code de la sécurité sociale. Article L.451-1 et L.452-1.
43. Code du travail. Article R. 4624-22.
44. Code du travail. Article R. 4624-20.
45. Code du travail. Article R. 4624-18.
46. GERES. Circulaire du 26 avril 1998.
47. Code de la santé publique. Article R. 3112-2 et 3111-4.
48. Code de la santé publique - Article L3111-4. Code de la santé publique.
49. Code de la sécurité sociale. Article L. 452-1.
50. Cour de cassation, chambre sociale, audience publique du mercredi 17 mai 2006, 04-47455.
51. Cour de cassation, chambre sociale, 11 avril 2002.
52. Cour de cassation, 24 juin 2005, 03-30.038.
53. Cour de cassation, chambre sociale, 28 février 2006.
54. Cour de cassation, chambre civile2, 27 janvier 2004, 02-30693.
55. Ameli.

Annexes

Annexe 1 :

Cour de cassation

chambre sociale

Audience publique du mercredi 17 mai 2006

N° de pourvoi: 04-47455

Publié au bulletin Rejet.

M. Sargos., président

M. Trédez., conseiller rapporteur

M. Maynial., avocat général

SCP Célice, Blancpain et Soltner, SCP Boré et Salve de Bruneton., avocat(s)

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

LA COUR DE CASSATION, CHAMBRE SOCIALE, a rendu l'arrêt suivant :

Sur les premier et second moyens, réunis :

Attendu que Mme X... Y... Z... a été engagée par la SCP A..., B..., C..., D... le 23 avril 1996 en qualité d'assistante dentaire ; qu'ayant été atteinte d'une hépatite C dont le caractère professionnel a été reconnu par la Caisse primaire d'assurance-maladie le 6 avril 2001, elle a sollicité la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur devant la juridiction de sécurité sociale et que ce dernier l'a licenciée le 10 mai 2002 en raison de son inaptitude médicale; que par arrêt rendu le 6 avril 2004 la cour d'appel a dit que la maladie professionnelle avait pour origine une faute inexcusable de l'employeur ; que cet arrêt a fait l'objet d'un premier pourvoi n° W 04-15997 ; que la cour d'appel, par un second arrêt prononcé le 14 septembre 2004, et objet du présent pourvoi, a décidé que le licenciement pour inaptitude consécutive à la maladie professionnelle de Mme Z... était abusif dès lors que c'était par suite d'une faute commise par l'employeur dans l'exécution du contrat de travail que cette dernière était devenue inapte ; qu'enfin, ce même second arrêt pour fixer à la somme

de 26 000 euros les dommages-intérêts alloués à Mme Z... au titre de la rupture abusive s'est fondé sur des éléments tirés des difficultés à retrouver un emploi dans sa spécialité et du retentissement psychologique ;

Attendu que l'employeur fait grief à l'arrêt attaqué (Versailles, 14 septembre 2004) de l'avoir ainsi condamné alors, selon le moyen :

1 / qu'en vertu de l'article 625 du nouveau Code de procédure civile, la cassation entraîne l'annulation par voie de conséquence de toute décision qui est la suite, l'application ou l'exécution du jugement cassé ou qui s'y rattache par un lien de dépendance nécessaire ; que la cassation à intervenir de l'arrêt de la cour d'appel de Versailles du 6 avril 2004 par lequel a été reconnue la prétendue faute inexcusable de l'employeur entraînera, par voie de conséquence, la cassation de l'arrêt attaqué qui se fonde sur cette même faute pour dire le licenciement de Mme X... Y... Z... dépourvu de cause réelle et sérieuse ;

2 / que le régime de la réparation des accidents du travail ou des maladies d'origine professionnelle dans lequel est prise en compte la faute inexcusable de l'employeur, défini par les articles L. 452-1 et suivants et L. 461-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, est autonome et ne se confond pas avec le régime particulier applicable aux ruptures du contrat de travail des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, défini par les articles L. 122-32-4 et suivants du Code du travail, de sorte que l'arrêt attaqué qui refuse d'admettre la cause objective du licenciement résultant de l'inaptitude non contestée du salarié et qui se fonde sur l'existence d'une faute inexcusable étrangère au contentieux prud'homal, viole par fausse application les textes susvisés ;

3 / que l'indemnisation du préjudice subi du fait d'une faute inexcusable de l'employeur répare les différents préjudices subis par la victime en raison de son incapacité, notamment professionnelle, et que réalise dès lors en violation des articles L. 452-2 et L. 452-3 du Code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article 1147 du Code civil un cumul d'indemnités l'arrêt qui alloue 26 000 euros à titre de dommages-intérêts pour réparer les conséquences de la rupture du contrat de travail consécutive à ladite incapacité ;

Mais attendu, d'abord, que le pourvoi formé contre l'arrêt du 6 avril 2004 a été déclaré non admis par une décision de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 9 février 2006 (pourvoi n° W 04-15.997) ;

Attendu, ensuite, que lorsqu'un salarié a été licencié en raison d'une inaptitude consécutive à une maladie professionnelle qui a été jugée imputable à une faute inexcusable de l'employeur, il a droit à une indemnité réparant la perte de son emploi due à cette faute de l'employeur ;

Attendu, enfin, que les juges du fond apprécient souverainement les éléments à prendre en compte pour fixer le montant de cette indemnisation à laquelle ne fait pas obstacle la réparation spécifique afférente à la maladie professionnelle ayant pour origine la faute inexcusable de l'employeur ;

Que l'arrêt attaqué n'encourt dès lors aucun des griefs du moyen ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la SCP A..., B..., D... et MM. A... et D..., ès qualités de liquidateur amiable, aux dépens ;

Vu l'article 700 du nouveau Code de procédure civile, condamne la SCP A..., B..., D... et MM. A... et D..., ès qualités de liquidateur amiable à payer à Mme X... Y... Z... la somme de 2 500 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de Cassation, Chambre sociale, et prononcé par le président en son audience publique du dix-sept mai deux mille six.

Publication : Bulletin 2006 V N° 176 p. 170

Décision attaquée : Cour d'appel de Versailles, du 14 septembre 2004

Textes appliqués :

- Code civil 1147
- Code de la sécurité sociale L452-2, L452-3
- Code de la sécurité sociale L452-1 et suivants, L461-1 et suivants
- Code du travail L122-32-4 et suivant

Annexe 2

Cour de cassation

chambre civile 2

Audience publique du jeudi 2 juin 2005

N° de pourvoi: 03-20011

Publié au bulletin Rejet.

M. Guerder, conseiller doyen faisant fonction, président

M. Bizot., conseiller rapporteur

M. Benmakhlouf., avocat général

la SCP Richard, la SCP Célice, Blancpain et Soltner, Me Foussard, Me Odent.,
avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, DEUXIEME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt
suivant :

Sur les moyens uniques identiques du pourvoi principal et du pourvoi incident,
réunis :

Attendu, selon l'arrêt confirmatif attaqué (Versailles, 24 septembre 2003), rendu sur renvoi après cassation (3e Civ., 18 décembre 2001, pourvoi n° 00-16.406) que M. X..., employé par la ville de Paris au service du ramassage des ordures ménagères, ayant, le 25 mai 1991, été victime d'une contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) qu'il a imputée à la piqûre d'une aiguille de seringue déposée dans un sac poubelle qu'il manipulait, a assigné devant le tribunal de grande instance M. Y..., médecin, et son assureur, la société La Médicale de France (la société), ainsi que le Syndicat des copropriétaires de l'immeuble du 50, avenue de Saxe à Paris (le syndicat), pris en sa qualité d'employeur de la gardienne de l'immeuble, en responsabilité et indemnisation de son préjudice ; que la Caisse des dépôts et consignations (la CDC) et la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris ont été appelées dans la cause ;

Attendu que M. Y... et son assureur, d'une part, et le syndicat, d'autre part, font grief à l'arrêt d'avoir déclaré M. Y... et le syndicat responsables de la contamination de M. X... à la suite de l'accident dont il a été victime et de les avoir condamnés in solidum, avec la société, à verser à M. X... une indemnité au titre du préjudice spécifique de contamination, alors, selon le moyen :

1 / que la mise en oeuvre de la responsabilité suppose l'existence d'un lien de causalité direct et certain entre la faute et le préjudice ; qu'en se bornant à affirmer, pour décider que le lien de causalité entre la faute, retenu à l'encontre de M. Y... et le préjudice de M. X... était établi, d'une part, qu'il ressortait du rapport d'expertise et de divers documents médicaux que rien ne permettait d'exclure que la contamination de M. X... ait été due à la piqûre subie le 25 mai 1991, et d'autre part que les objections formulées par M. Y... reposaient sur des probabilités ou des hypothèses qui pouvaient être discutées, pour considérer en définitive qu'il existait des "présomptions suffisamment graves, précises et concordantes" pour imputer la contamination par le virus du SIDA dont est atteint M. X... aux piqûres d'aiguille dont il a été victime le 25 mai 1991, la cour d'appel, qui n'a pas caractérisé l'existence d'un lien de causalité certain entre la faute et le préjudice, a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1147 du Code civil ;

2 / qu'en se bornant à affirmer, pour décider que M. Y... avait commis une faute qui était directement liée au préjudice de M. X..., que les objections formulées par le médecin, à savoir la contamination par voie sexuelle, le faible risque statistique de contamination du personnel hospitalier soignant par du sang frais de patient porteur du virus et l'absence de patient séropositif parmi la clientèle de M. Y..., reposaient sur des probabilités ou des hypothèses pouvant être discutées, notamment parce que toutes les seringues qui étaient dans le sac d'ordures ménagères n'avaient pu être analysées et que les données statistiques étaient des éléments d'appréciation qui n'apportaient aucune certitude, sans exclure de manière certaine les hypothèses invoquées par M. Y..., la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1147 du Code civil ;

Mais attendu que l'arrêt retient par motifs adoptés qu'après examen des dires respectifs des parties faisant suite à l'envoi du pré-rapport ainsi que des pièces qui leur ont été produites par les parties et par les tiers interrogés, les experts, dans leur rapport définitif, ont notamment déclaré : "Le 24 mai 1991, le don de plasma est contrôlé négatif pour les anticorps anti-VIH ; le 25 mai 1991, accident à 15 heures et

circonstances bien précisées par les témoins ; consultation au service des urgences à l'Hôpital Laennec à 15 heures 30 (piqûre dûment constatée en deux points, prélèvement pour sérologie VIH, pas de prescription de médicament anti-rétroviral type AZT) ; le 30 juillet 1991, positivité de la protéine p 24 du virus VIH1 ; anti-corps anti-VIH négatif ;

le 9 septembre 1991, positivité des tests Elisa nécessitant un contrôle effectué le 30 septembre, où le diagnostic d'infection par le VIH est objectivé sur la positivité du Western Blot, en particulier des anticorps anti-gp 110,160, p25 et p68, confirmant de façon claire la séroconversion et l'infection par le VIH ; il est évident que cette succession : sérologie négative fin mai, antigène p24 positif (juillet), séroconversion VIH prouvée (septembre) est tout à fait compatible avec une transmission du VIH au moment de l'accident du travail du 25 mai 1991 ; notre conclusion première, à savoir que la contamination de M. X... peut être imputée à l'accident et à l'exposition à du matériel souillé survenus le 25 mai 1991 doit être maintenue" ; qu'il retient encore, par motifs propres, que selon les documents établis par le docteur Z... et par le professeur Montagnier, rien ne permet d'exclure que la contamination de M. X... soit due à la piqûre subie le 25 mai 1991 ; que les objections formulées par M. Y... reposent sur des probabilités ou des hypothèses qui peuvent être discutées, notamment parce que toutes les seringues qui étaient dans le sac d'ordures ménagères n'ont pu être retirées de la benne à ordures et analysées ; que les données statistiques sont des éléments d'appréciation mais n'apportent pas de certitude ; que les circonstances de l'accident et l'évolution de la contamination telles qu'analysées dans le rapport d'expertise établissent des présomptions suffisamment graves, précises et concordantes pour imputer la contamination par le virus VIH dont est atteint M. X... aux piqûres d'aiguille dont il a été victime le 25 mai 1991 ; que si les seringues provenaient bien des déchets médicaux de M. Y... incorporés aux ordures ménagères des autres copropriétaires, l'accident ne se serait pas produit si les ordures ménagères de l'immeuble avaient été laissées dans le bac prévu à cet effet pour être enlevées dans des conditions excluant toute manipulation autre que celle du bac lui-même ;

Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel, appréciant souverainement la valeur et la portée des éléments de preuve soumis au débat, a pu déduire l'existence d'un lien de causalité certain entre les fautes commises par M. Y... et par le syndicat et la contamination subie par M. X... ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE les pourvois principal et incident ;

Condamne la société La Médicale de France, M. Y... et le Syndicat des copropriétaires du 50, avenue de Saxe à Paris 15e aux dépens ;

Vu l'article 700 du nouveau Code de procédure civile, condamne la société La Médicale de France et M. Y..., in solidum, à payer à la ville de Paris et à M. X... la somme de 1 500 euros ;

condamne le Syndicat des copropriétaires du 50, avenue de Saxe à Paris 15e à payer à la ville de Paris et à M. X... la somme de 1 500 euros ; condamne la société La Médicale de France et M. Y..., in solidum, à payer à la Caisse des dépôts et consignations la somme de 2 300 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de Cassation, Deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du deux juin deux mille cinq.

Annexe 3

Cour de cassation

Chambre civile 2

17 décembre 2009

08-21.598

Inédit

Titrages et résumés :

M. Mazars (conseiller doyen faisant fonction de président), président

SCP Boutet, SCP Didier et Pinet, SCP Monod et Colin, SCP Piwnica et Molinié

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu selon l'arrêt attaqué (Nîmes, 14 octobre 2008), que Mme X..., employée en qualité de secrétaire médicale par le laboratoire d'analyses médicales Dialabo (la société), a été victime le 17 mai 2001 d'un accident sur son lieu de travail pris en charge au titre de la législation professionnelle ; que Mme X... a saisi la juridiction de sécurité sociale en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur ; que la société a appelé en la cause Mme Y..., infirmière libérale ayant procédé aux prélèvements, pour lui voir déclarer commun le jugement à intervenir ;

Sur le moyen unique, pris en sa première branche : Attendu que la société fait grief à l'arrêt de dire que l'accident du travail était dû à la faute inexcusable de l'employeur, de fixer au taux maximum la majoration de la rente, dire que cette majoration suivra l'évolution du taux d'incapacité de la victime et avant dire droit, ordonner une expertise sur l'évaluation des préjudices à caractère personnel, alors, selon le moyen, que seules les lésions survenues dans un temps proche de l'accident bénéficient de la présomption d'imputation de l'article L. 411-1 du code de

la sécurité sociale ; qu'en l'espèce, compte tenu du temps écoulé entre la date de l'accident, date à laquelle Mme X... était séronégative, et la date de séroconversion, il appartenait à la salariée de rapporter la preuve d'un lien de causalité certain entre la maladie et l'accident survenu à l'occasion du travail ; qu'en l'espèce, pour faire droit à l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de la société Dialabo engagée par Mme X..., la cour d'appel a considéré que le fait accidentel était matériellement établi et à l'origine directe du dommage faute pour l'employeur d'avoir établi que la victime présentait un autre mode de contamination qui lui soit propre et sans qu'il soit nécessaire de rechercher si l'infirmière libérale ayant utilisé cette aiguille avait dans sa clientèle des personnes contaminées par le virus HIV ; qu'en statuant ainsi la cour d'appel a fait peser la charge de la preuve sur l'employeur en violation de l'article 1315 du code civil ;

Mais attendu qu'il résulte de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale que constitue un accident du travail un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une lésion corporelle quelle que soit la date d'apparition de celle-ci ;

Et attendu que l'arrêt retient que, le 16 mai 2001, la salariée s'est coupée l'index droit avec une aiguille souillée qui dépassait du collecteur réservé à cet effet, que les analyses médicales initialement pratiquées sur la victime concernant la recherche des anticorps HIV 1 et HIV 2 mentionnaient un résultat négatif avec les deux réactifs et que les analyses ultérieures pratiquées le 2 août 2001 mettaient en évidence un résultat positif pour l'un des deux tests, la séroconversion étant confirmée par des analyses des 12 et 17 décembre 2001 ;

Que de ces constatations et énonciations, constituant des présomptions graves, précises et concordantes, la cour d'appel a pu déduire, sans inverser la charge de la preuve, que l'existence d'un lien de causalité était établie entre le fait accidentel et la lésion invoquée et que la présomption d'imputabilité d'accident du travail devait s'appliquer ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

Sur le moyen unique, pris en sa seconde branche : Attendu que la société fait encore grief à l'arrêt de dire que l'accident du travail était dû à la faute inexcusable de l'employeur, de fixer au taux maximum la majoration de la rente, dire que cette majoration suivra l'évolution du taux d'incapacité de la victime et avant dire droit, ordonner une expertise sur l'évaluation des préjudices à caractère personnel, alors,

selon le moyen, qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a la caractéristique d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ; qu'en l'espèce, en retenant avérée la faute inexcusable de la société Dialabo sans avoir constaté que celle-ci avait ou aurait dû avoir conscience de l'insuffisance du matériel qu'elle avait utilisé jusqu'au jour de l'accident de Mme X..., la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale ;

Mais attendu que l'arrêt retient que la société, qui ne pouvait ignorer les risques encourus par la salariée, se devait d'assurer une bonne organisation de la collecte des aiguilles souillées, de leur acheminement et de leur manipulation lors du tri, ce qui n'a pas été le cas, celles-ci étant collectées dans une urne ne pouvant être considérée, soit dans sa conception, soit dans son utilisation avant réception pour le tri, comme hermétiquement fermée ainsi que l'établit l'accident ;

Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a pu déduire que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger, qu'il n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver et qu'ainsi la faute inexcusable de ce dernier devait être retenue ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la société Dialabo aux dépens ; Vu l'article 700 du code de procédure civile, condamne la société Dialabo à payer à Mme X... la somme de 2 500 euros et à Mme Y... la somme de 1 000 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du dix-sept décembre deux mille neuf.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Piwnica et Molinié, avocat aux Conseils, pour la société Dialabo Il est fait grief à l'arrêt infirmatif attaqué d'avoir dit que l'accident du travail dont a été victime Madame Evelyne X... le 16 mai 2001 est dû à une faute

inexcusable de la SELARL DIALABO, fixé la majoration de la rente au taux maximum, dit que la majoration de la rente suivra l'évolution du taux de l'incapacité de la victime et, avant dire droit ordonné une expertise sur l'évaluation des préjudices à caractère personnel,

AUX MOTIFS QUE « Madame X... a soulevé la faute inexcusable de l'employeur à l'occasion du fait accidentel dont elle a été victime dans son travail 16 mai 2001 ;

que, en vertu du contrat de travail liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles ;

que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver, étant indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident survenu au salarié ; que la preuve de la faute inexcusable de l'employeur incombe à la victime de l'accident du travail ;

Sur la matérialité de l'accident de travail

que la SELARL DIALABO a déclaré le 17 mai 2001 à la CPAM de Vaucluse l'accident du travail dont a été victime le 16 mai 2001 son employée Madame X..., mentionnant :

" lieu de l'accident : laboratoire du centre date : 16 / 05 / 2001 Heure : 13 h 30 circonstances détaillées de l'accident : coupure avec aiguille souillée siège des lésions : (aucune mention)

nature des lésions : coupure

accident constaté le : 16 / 05/2001 Heure : 13 h 30 témoins : Z... Gisèle "

que la déclaration de la victime était accompagnée d'un certificat médical initial de constatation des lésions établi le 16 mai 2001 et mentionnant " coupure avec biseau d'aiguille souillée " ;

que l'attestation de Z... Gisèle, collègue de travail de la victime, mentionne :

" le mercredi 16 mai 2001, je travaillais avec Evelyne X... au Secrétariat :

nous accueillions les analyses de l'hôpital de Banon et des infirmières libérales qui se trouvaient dans des " boîtes d'infirmières " placées dans une glacière que nous rapportait Mireille C..., le chauffeur.

Vers 13 h, une fois l'accueil et les analyses terminés, nous allions vider les pubs non servis des boîtes pour en refaire d'autres.

A ce moment-là, ma collègue a crié, elle a sorti sa main et j'ai vu qu'elle s'était piquée au doigt.

Nous avons alors vu qu'il y avait une aiguille qui sortait d'environ 1 cm d'une boîte à aiguilles usagées.

Une technicienne de laboratoire, Inès, lui a désinfecté le doigt à l'eau de javel pure.

Puis dès que M A... est arrivé, il a appliqué la procédure à suivre dans pareil cas. "

qu'au vu des éléments susvisés, et aucune réserve de l'employeur n'étant jointe à sa déclaration, l'accident était pris en charge par la CPAM de Vaucluse au titre de la législation professionnelle ;

que si l'avis donné à l'employeur par la caisse de sa décision de prendre en charge l'accident au titre de la législation professionnelle ne rend pas cette décision définitive à son égard et ne le prive pas du droit d'en contester l'opposabilité à l'occasion de la procédure en reconnaissance de la faute inexcusable la matérialité du fait accidentel est quant à elle établie ;

Sur la conscience du danger

que l'accident est survenu lors d'une opération de tri et d'élimination des déchets d'activités de soins médicaux (DAS), en l'espèce des aiguilles usagées souillées par des prélèvements sanguins ;

que le décret n° 97-517 du 15 mai 1997 relatif à la classification des déchets dangereux énumère parmi les déchets provenant des soins médicaux les déchets provenant des maternités, du diagnostic, du traitement ou de la prévention des maladies de l'homme : déchets dont la collecte et l'élimination nécessitent des prescriptions particulières vis-à-vis des risques d'infection.

que l'article L. 541-2 du code de l'environnement , résultant du décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 réglementant le tri et conditionnement des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI), définit l'élimination comme étant l'ensemble des étapes de la production du déchet jusqu'à son traitement : tri, conditionnement, collecte, entreposage, transport, traitement ;

que l'article R. 1335-5 du code de la santé publique , résultant du même décret, impose l'obligation de trier à la source dès leur production les déchets d'activités de soins, comprenant notamment les déchets d'activités de soins à risque infectieux, parmi lesquels les matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, tels que les aiguilles, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;

que la SELARL DIALABO avait ou aurait dû avoir, au vu de la réglementation en vigueur, conscience du danger auquel était exposée sa salariée et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver, celles-ci étant intervenues postérieurement au fait accidentel ;

que le conditionnement desdits déchets, permettant de garantir la sécurité des personnes susceptibles d'être exposées et notamment de prévenir les accidents d'expositions au sang (AES), nécessite que les DASRI et assimilés soient collectés dans des emballages à usage unique qui doivent notamment, ainsi qu'énoncé par l'article R. 44-4 du décret du 6 novembre 1997 :

- pouvoir être fermés temporairement

- pouvoir être fermés définitivement avant leur enlèvement

- posséder un repère horizontal indiquant la limite de remplissage que la responsabilité des producteurs de déchets d'activités de soins (secteur hospitalier, secteur libéral, ménages) est définie par la loi 75-623 du 15 juillet 1975, insérée à l'article L. 541 du code de l'Environnement qui énonce :

' Toute personne qui produit, détient des déchets dans des conditions de nature à produire des effets nocifs et, d'une façon générale, a porté atteinte à la santé de l'homme et de l'environnement, est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination';

que la SELARL DIALABO était chargée sur un secteur déterminé de la collecte aux fins d'élimination des déchets d'activités de soins susvisés produits par les infirmières libérales et l'hôpital de Banon, le tri des DAS étant obligatoire et permettant d'isoler les déchets à risques infectieux des autres déchets ;

qu'elle ne pouvait ignorer, en tant que professionnel de santé, les risques encourus par sa salariée qui réceptionnait avec des prélèvements sanguins des aiguilles usagées souillées et destinées à la destruction ;

Qu'elle se devait d'assurer la bonne organisation de leur collecte, de leur acheminement jusqu'au laboratoire puis de leur manipulation lors du tri afin d'éviter tout risque de contamination pour les employés les réceptionnant ; que tel n'a pas

été le cas, les aiguilles usagées étant collectées dans une urne fournie par l'employeur ne pouvant être considérée, soit dans sa conception, soit dans son utilisation avant réception pour le tri, comme hermétiquement fermée ainsi qu'établi par l'accident, la victime ayant été piquée par une aiguille qui dépassait de l'urne collectrice ; que la SELARL DIALABO a manqué de vigilance dans les prescriptions données à son personnel quant aux conditions de transport, la victime n'ayant pas été mise en mesure de constater cet état de fait lors de la réception ; qu'elle n'a pas pris les mesures nécessaires pour prévenir le risque, telles que la mise en place d'un pré traitement par désinfection à fin de réduire la contamination et de modifier l'apparence des déchets coupants ou piquants triés par sa salariée ;

Sur le lien de causalité

que si les analyses médicales initialement pratiquées sur la victime par le Laboratoire Du Centre concernant la recherche des anticorps anti HIV 1 et 2 mentionnent " test négatif à ce jour avec les deux réactifs. ", les résultats des analyses ultérieures mettent chaque fois en évidence dès le 2 août 2001 un résultat positif sur l'un des deux tests pratiqués, avant que ne soit confirmée les 12 et 17 décembre 2001 la présence d'anticorps HIV 1) ;

qu'il existait donc chez la victime, dès le 2 août 2001, un soupçon de contamination par le virus HIV, la contamination étant confirmée à la date du 12 décembre 2001 ; que la victime a fait l'objet dès le 16 mai 2001, jour de l'accident, d'un prélèvement sanguin dont l'analyse s'est avérée négative et démontre qu'à la date de l'accident elle n'était pas porteuse d'anticorps HIV ;

qu'un certificat médical du 19 avril 2007 du Docteur B..., médecin traitant, atteste que Madame X... suit, depuis la constatation de la séroconversion pour le virus HIV en décembre 2001 une trithérapie antivirale toujours en cours à la date du certificat ; qu'il ne peut être reproché à la victime d'avoir interrompu pendant un temps le traitement particulièrement lourd de trithérapie initié lequel ne fait que différer les effets de la maladie ;

que Madame Mireille C..., salariée de l'entreprise lors du fait accidentel, atteste:

‘ Etant employée au laboratoire du centre en tant que chauffeur, j'étais chargée de descendre les prélèvements à analyser et aussi les aiguilles à incinérer de l'hôpital de Banon ainsi que des infirmières libérales de Banon et ceci depuis 25 ans

du temps de l'ancien employeur, et ensuite de l'actuel employeur qui a pris ses fonctions en 1997.

A partir de cet accident de travail du 16 mai 2001, j'ai constaté que le conditionnement de ces aiguilles avait totalement changé, et que je n'avais plus à les descendre, sauf pour l'hôpital de Banon où je les ai descendues encore un an..

Suite à cet accident, mon employeur m'a téléphoné quelques heures après, en début d'après-midi, que ma collègue s'était piqué et était à l'hôpital d'Apt aux urgences.;

que le fait accidentel est matériellement établi, qu'il est à l'origine directe du dommage, étant démontré d'une part, que la contamination de la victime est survenue à la suite de la coupure occasionnée par une aiguille provenant de la collecte dont seul l'employeur était chargé, d'autre part, que la victime ne présente aucun autre mode de contamination qui lui soit propre, sans qu'il soit à rechercher une conduite à risque de la part de celle-ci ni si l'infirmière libérale ayant utilisé cette aiguille avait dans sa clientèle des personnes contaminées par le virus HIV, ces éléments ne suffisant à exonérer l'employeur de son obligation de sécurité envers sa salariée ;

qu'il y a lieu d'accueillir la demande de faute inexcusable dans l'accident du travail dont a été victime Madame X..., d'ordonner la majoration au maximum de la rente attribuée à celle-ci et donc d'infirmer le jugement. » ALORS, D'UNE PART, QUE seules les lésions survenues dans un temps proche de l'accident bénéficient de la présomption d'imputation de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale ; qu'en l'espèce compte tenu du temps écoulé entre la date de l'accident, date à laquelle Madame X... était séronégative, et la date de séroconversion, il appartenait à la salariée de rapporter la preuve d'un lien de causalité certain entre la maladie et l'accident survenu à l'occasion du travail ; qu'en l'espèce, pour faire droit à l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de la société DIALABO engagée par Madame X..., la cour d'appel a considéré que le fait accidentel était matériellement établi et à l'origine directe du dommage faute pour l'employeur d'avoir établi que la victime présentait un autre mode de contamination qui lui soit propre et sans qu'il soit nécessaire de rechercher si l'infirmière libérale ayant utilisé cette aiguille avait dans sa clientèle des personnes contaminées par le virus HIV ; qu'en statuant ainsi la cour d'appel a fait peser la charge de la preuve sur l'employeur en violation de l'article 1315 du code civil ;

ALORS, D'AUTRE PART, ET SUBSIDIAIREMENT QU'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a la caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale , lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ; qu'en l'espèce, en retenant avérée la faute inexcusable de la société DIALABO sans avoir constaté que celle-ci avait ou aurait dû avoir conscience de l'insuffisance du matériel qu'elle avait utilisé jusqu'au jour de l'accident de Madame X..., la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale .

Décision attaquée : Cour d'appel de Nîmes du 14 Octobre 2008

SURVEILLANCE NATIONALE DES AES - RAISIN 2015

FICHE ETABLISSEMENT 2015 (1/2)

Code anonymat de l'établissement (attribué par le C.CLIN) :	
Statut de l'établissement :	
Type d'établissement :	
Nombre de lits total :	
dont lits de court séjour :	
dont lits en ambulatoire :	

ACTIVITE AU COURS DE LA PERIODE D'ENQUETE (année civile 2015) :

Nombre d'admissions (hospitalisation complète) :	
dont admissions en court séjour :	
Nombre d'admissions en HDJ:	
Nombre de journées d'hospitalisation :	
dont journées en court séjour :	
Nombre de séances total :	
dont séances de dialyse :	

Nombre d'AES déclarés en 2015 sur le plan administratif :	
--	--

NOMBRE D'AGENTS (exprimé en ETP) PAR GRANDES CATEGORIES PROFESSIONNELLES :

PERSONNELS PARAMEDICAUX :	
↙ dont Infirmier(ère)s non spécialisé(e)s	
↙ dont IBODE	
↙ dont IADE	
↙ dont Puéricultrices	
↙ dont Aides-soignant(e)s	
↙ dont Auxiliaires-puéricultrices	
↙ dont ASH et OP (chargés de l'entretien des locaux)	
PERSONNELS MEDICO-TECHNIQUES :	
↙ dont Laborantins	
↙ dont Masseurs kinésithérapeutes	
↙ dont Assistants Dentaires	
↙ dont Manipulateurs en électro-radiographie	

SURVEILLANCE NATIONALE DES AES - RAISIN 2015

FICHE ETABLISSEMENT 2015 (2/2)

PERSONNELS MEDICAUX :

↙ dont Médecins *

↙ dont Chirurgiens *

↙ dont Anesthésistes-réanimateurs *

* praticien titulaire, praticien attaché, assistant spécialiste ou généraliste pour le public

↙ dont Dentistes

↙ dont Biologistes

↙ dont Internes, résidents et FFI

↙ dont Sages-femmes

↙ autres personnels médicaux

ETUDIANTS-EXTERNES

ELEVES

CONSOMMATION DE DISPOSITIFS MEDICAUX A RISQUE (Estimations en unités basées sur les commandes annuelles de la pharmacie) :

Laisser vide si le chiffre est inconnu et mettre zéro si le dispositif n'est pas utilisé dans l'établissement

Cathéters périphériques :

dont matériel de sécurité :

Seringues à gaz du sang :

dont matériel de sécurité :

Aiguilles pour chambre implantable :

dont matériel de sécurité :

Aiguille à ailettes :

dont matériel de sécurité :

Seringues préparées pour injection d'HBPM* :

dont matériel de sécurité :

Aiguilles pour stylos à insuline :

dont matériel de sécurité :

* Héparine de bas poids moléculaire



Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2016 – N°:

Les accidents d'exposition au sang chez les assistantes dentaires
RICQUART Valentine.- p. 107; réf. 55

Domaines : Prévention

Mots clés Rameau: Accidents d'exposition au sang – Assistantes dentaires – maladies professionnelles – Virus transmissibles par le sang – Responsabilité professionnelle

Mots clés FMeSH: Contamination – Séroconversion – Prévention – Exposition professionnelle – Législation et Jurisprudence

Résumé de la thèse :

Dans leur exercice professionnel, le chirurgien dentiste et son assistante dentaire peuvent être confrontés au risque de contamination virale au cours d'une exposition accidentelle au sang.

L'accident expose aux risques de transmission des virus VIH, VHB, VHC... Le risque de contamination constitue un sujet de préoccupation majeur pour les acteurs de santé publique.

Après un rappel sur les connaissances actuelles des principaux virus et de leur modes de contamination, une étude concernant les accidents d'exposition au sang (AES) chez les assistantes dentaires sera présenté dans ce travail.

Dans la dernière partie nous cherchons à situer la responsabilité du chirurgien dentiste employeur lors de situation d'AES chez son assistante dentaire.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Marie BISERTE

Madame le Docteur Anaise BERNARD

Membres invités : Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI