

Formation odontologique : assurance qualité et promotion d'une nouvelle culture professionnelle

Jean POUËZAT*

Les chirurgiens dentistes et les médecins sont de plus en plus chargés d'obligations et cependant "...force est d'admettre que la société leur pose aujourd'hui une nouvelle exigence, à savoir la garantie de la qualité de leur prestation." (1).

Actuellement, initiale ou continue, la formation de l'odontologiste repose sur l'acquisition de connaissances, en grande partie scientifiques et techniques, réservées au seul bénéfice de l'action curative. Elles évoluent rapidement et il est nécessaire de les mettre à jour régulièrement. Elles prennent le pas sur les connaissances, nécessaires à une pratique généraliste, et qui ont trait à la relation patient-praticien et aux questions de santé publique. Pour toutes ces raisons, elle doit être redéfinie pour promouvoir une nouvelle culture professionnelle qui mettra l'accent sur les principes d'une assurance qualité appliquée à l'organisation des soins et à l'amélioration de la santé de la population.

Comment définir l'assurance qualité ? La notion de qualité doit être nuancée avec à propos car pour la plupart des professionnels médicaux c'est un concept obscur. Ils ressentent souvent son évocation comme un soupçon humiliant à l'égard de leurs activités cliniques. Il ne s'agit pas ici du contrôle de la qualité. Il ne s'agit pas de mettre un contrôleur derrière chaque chirurgien dentiste pour faire la distinction entre les bons et les mauvais praticiens. Assurance qualité et contrôle de la qualité sont deux notions contradictoires. L'assurance qualité n'est pas une valeur, c'est une caractéristique, celle d'une recherche organisée et systématique de la qualité des prestations des chirurgiens dentistes. Elle sous-entend aussi l'expression d'une démarche faite d'innovations, soutenue par le dialogue et le libre consentement (1) aboutissant à un contrat de confiance avec le patient. "*La qualité des soins dépasse la simple qualité technique des actes. Elle commence avec la qualité relationnelle de la prise en charge au premier contact*" (2).

La relation patient-praticien est une relation complexe. Elle est encore empreinte de facteurs socioculturels, "...habitudes de dépendance et passivité à l'égard des soignants, chez les malades – tradition de paternalisme chez les médecins..." (3). Cette

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

relation a évolué, en raison, vraisemblablement, d'un dialogue souvent abrégé, quelquefois oublié. Le patient est, peu à peu, sorti de sa passivité pour devenir un consommateur, c'est-à-dire celui qui achète pour son usage (4). La tentation de faire son marché de santé est devenue forte. Une meilleure information, une vulgarisation diffusée par les médias l'encouragent dans cette démarche. En marge de la demande de soins, un fort consumérisme s'est développé, "...pour des services de confort et des services esthétiques : blanchiment des dents, implants, prothèses plus esthétiques." (4).

Ce comportement est-il le signe de l'affirmation d'une responsabilité ou celui de "...l'entrée dans la dépendance du marché" (4) ? La transformation de la relation thérapeutique en prestation de service peut avoir des répercussions sur la qualité des soins et entraîner une déresponsabilisation du praticien. "Parmi ces dangers le plus évident est celui d'une dérive legaliste et judiciaire où la relation contractuelle entre service de santé et consommateurs de soins remplace la relation de confiance personnalisée indispensable à la prise de décisions partagées." (3).

Que faut-il faire ? La relation patient-praticien doit donc évoluer. Lucien Israël, dans son ouvrage "*La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine*", rappelait que "le professeur Portes, un ancien président du Conseil national de l'Ordre des médecins, avait défini l'acte médical comme la rencontre d'une confiance et d'une conscience." Il ajoutait : "Voire. Il s'agit aussi de la rencontre de deux subjectivités, ce qui peut aussi signifier de deux cultures, deux morales, deux partis pris, deux frustrations." (6). Mais alors comment dépasser ces contradictions ? Grâce au dialogue renoué, la prise de décision partagée doit modifier le comportement du patient. Consommateur de soins, le patient doit devenir un citoyen responsable, préoccupé par sa santé, à condition d'avoir reçu une formation suffisante. Ces actions pédagogiques concernent aussi bien la prévention des caries et des maladies parodontales que la prévention et le sevrage du tabagisme et de l'alcoolisme. "C'est pourquoi le Comité consultatif national d'éthique estime que la priorité des priorités est l'éducation à la santé." Elle autorisera un vrai dialogue avec le chirurgien dentiste et une meilleure information sur les décisions politiques ou les pratiques commerciales (7). Il faut donc repenser l'enseignement des sciences humaines et sociales, au cours des études odontologiques et même dès le lycée, pour que les citoyens, futurs praticiens et futurs patients, s'imprègnent des notions de responsabilité, civisme, et éthique (8).

L'assurance qualité, valorisée par l'adoption d'une démarche pénétrée du concept de prévention, guidera le praticien. Considérant son patient dans sa globalité, il doit le traiter comme son égal et par conséquent accepter de prendre en compte son point de vue (9). Il doit écouter – écouter c'est soigner –, il doit communiquer et expliquer pour aboutir au libre consentement du patient au plan du rétablissement de sa santé bucco-dentaire. Tout écart par rapport à ces deux principes aboutirait au contrôle de la qualité (1).

Cette démarche requiert réflexion et compétence. Réflexion tout d'abord : l'odontologiste doit être capable de rendre compte de ses pratiques cliniques, d'indiquer les

recommandations dont elles découlent (2), de participer à leurs définitions et à leurs améliorations permanentes. De la formation à l'assurance qualité et à l'évaluation objective des pratiques cliniques c'est un nouvel esprit qui pénètre l'odontologie. "*L'éthique de la modestie, celle de la personne, et celle de la communauté s'unissent pour faire émerger la nécessité et susciter la pratique de l'évaluation de la qualité comme une composante majeure de l'éthique médicale...*" (10). Chaque praticien doit évaluer constamment ses propres performances et les comparer à celles des autres chirurgiens dentistes pour les améliorer (11). Il doit aussi réfléchir au bien fondé de ses décisions et de ses actes. La qualité de vie des patients en dépend. Cette réflexion s'appuiera sur le recueil de données individuelles (6), l'exigence du secret professionnel, l'établissement d'un dossier, précis, documenté, pour chaque patient (12) et la participation aux systèmes d'enquêtes ou d'information pour assurer l'évaluation du système de soins (10).

Réflexion mais aussi compétence, la formation des praticiens est garantie, au terme du processus de qualification, par la délivrance d'un diplôme assurant la compétence donc la qualité (2). Mais les connaissances acquises pendant la formation initiale se périment rapidement. Il faut constamment les réactualiser. "*L'ensemble des connaissances médicales se renouvelle tous les vingt ans. Pour maintenir à jour les connaissances acquises initialement en sept ans, il faudrait y consacrer un ou deux mois par an.*" (11). La formation continue devient alors indispensable. Elle doit aider l'odontologiste à répondre aux demandes des patients et à prendre conscience qu'une culture d'évaluation conduit à l'amélioration de la qualité des soins. Dispensée par les facultés et les sociétés scientifiques, elle est suivie par une petite proportion de praticiens. Elle est également assurée par la presse professionnelle et les visiteurs des laboratoires pharmaceutiques (13). Certains experts vont plus loin, ils pensent que la délivrance d'un certificat d'aptitude consacrant la compétence pourrait être renouvelée régulièrement. "*Il faudrait étudier sérieusement la possibilité d'organiser un renouvellement régulier des autorisations d'exercer, subordonné à la participation (assortie d'une évaluation ou d'une autoévaluation) aux programmes de formation continue.*" (14).

Si les principes de l'assurance qualité sont indispensables pour une meilleure prise en charge des patients, ils doivent aussi favoriser l'amélioration de la santé de la population. Mais "*la transition entre une médecine de soins et une politique de santé est une tâche difficile à laquelle l'ensemble du corps médical, mais aussi des sociologues, des psychologues, des économistes devraient collaborer.*" (11). Les caries dentaires semblent décliner rapidement dans les pays industrialisés alors qu'elles prennent les dimensions d'une épidémie majeure dans les pays du tiers monde. Ces deux tendances divergentes sont des défis pour l'odontologie et la santé publique de demain. Quelle est la part des soins dentaires dans ce déclin ? La réponse est probablement : faible. Les causes les plus vraisemblables sont à mettre en relation avec l'hygiène (15), le régime alimentaire et l'immunité (16), l'éducation, l'élévation du niveau de vie, la stabilité sociale et politique, et une période de croissance

économique, régulière, soutenue, stable (17). De même il est évident que la diminution du rôle des maladies infectieuses, cause principale de mortalité, est largement attribuable non seulement à la découverte de la vaccination, aux antibiotiques, à l'hygiène, mais aussi aux changements sociaux durables et aux réformes de santé publique (18). Les soins médicaux ont joué un rôle moins important, comparés aux plus grands changements du style de vie et des conditions économiques et sociales. L'état de santé d'une population dépend peu de son système de soins mais de ses comportements liés à des facteurs éthologiques, mœurs et habitudes, et à des déterminants économiques, chômage, exclusion, pauvreté, emploi, logement (19). Bien des pathologies sont les conséquences de l'organisation sociale (20). La réduction des inégalités sociales est un facteur clé, il doit contribuer à l'amélioration de la santé (18).

Dans ce contexte quelle est l'utilité de l'assurance qualité en santé publique ? Elle soutiendra la promotion d'une nouvelle culture professionnelle en persuadant l'odontologiste qu'il est aussi un citoyen responsable, jouant son rôle dans une politique de santé aux côtés des médecins mais aussi "...*en collaboration avec des économistes, épidémiologistes, toxicologues et sociologues...*" (11). Son rôle est d'identifier les sources de comportements contraires à la santé bucco-dentaire et d'aider à élaborer une politique de santé efficace en se posant des questions sur la société dans laquelle il vit. Il est, par conséquent, obligatoirement impliqué dans la détermination des choix des politiques de santé.

Des enquêtes d'épidémiologie sociale et des études de psychologie sociale, aideront à la recherche des causes sociales des maladies de la bouche, des comportements culturels et des attitudes des individus à l'égard de la santé buccale, de la prévention et des soins dentaires. Ces études structurées et réfléchies, grâce à la définition d'exigences qualitatives et à la fixation d'objectifs qualitatifs précis, doivent occuper une place importante dans les actions qui visent à la maîtrise d'un risque sanitaire bien identifié, de données cliniques, de méthodes de prévention, de comportements dans une population à risque. L'ignorance de cette démarche entraîne la mise en œuvre d'actions de prévention peu utiles sur la base de données épidémiologiques insuffisantes. La recherche de streptocoques *mutans* dans la salive d'individus à haut risque de caries est d'un intérêt limité lorsqu'elle est appliquée à toute la population mais elle peut être utile lorsqu'elle s'adresse sélectivement à certains sous groupes à l'intérieur de la population (21). La récente campagne de vaccination, décidée en 1994 contre l'hépatite B, est un autre exemple d'action mal définie et coûteuse (19).

L'assurance qualité devient l'élément fondamental de la formation de l'odontologiste. Elle établit un élan créateur, fondé sur l'émulation et la responsabilité, indispensable aux progrès des relations entre sciences et techniques, patient et praticien, et société.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 HENERS M., WALTHER W. Zahnärztliche Qualitätssicherung. Schweiz Monatsschr Zahnmed, 2000, 110, 85-86.
- 2 DE POUVOURVILLE G. Régulation et coordination des politiques de santé. Projet 2000, 263, 71-80.
- 3 Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE, 1998). Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Rapport et recommandations n° 58, 12 juin 1998, 3-21.
- 4 MAJNONI D'INTIGNANO B. Soins dentaires. Dents des plus pauvres mal soignées. Prothèses ruineuses et mal remboursées. Un système peu cohérent. Le Figaro, 26 juin 2000.
- 5 CASSAIGNE B. Réflexions pour conclure. in *La santé, l'expert et le patient*. Projet 2000, 263, 99-103.
- 6 ISRAËL L. *La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine*. Éd. Calmann-Lévy, 1980, 23.
- 7 Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE, 1998). Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs. Rapport n° 57, 20 mars 1998.
- 8 MIGNON M. L'humanisme médical. Un défi pour le troisième millénaire. Faut-il l'enseigner et comment ? AMOPA, 2000 ; 150, 13-18.
- 9 PURDELL-LEWIS D.J. 1. The concept of prevention – An introduction. Nikiforuk G. ed ; in *Understanding dental caries – 2. Prevention, basic and clinical aspects*. Basel, New York, Karger, 1985, 1-11.
- 10 BOUCKAERT A., CRÉMY F. Éthiques ou éthique de la médecine, in *La santé publique, une affaire d'état*. Après-demain, 1996, 389. 18-23.
- 11 TUBIANA M. *Les chemins d'Esculape. Histoire de la pensée médicale*. Éd. Flammarion, 1995, 329-333 et 518-519.
- 12 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Le dossier du patient en odontologie. Mai 2000.
- 13 IMBAULT-HUART M.-J. Hôpital : la réforme inévitable, in *État-providence. Arguments pour une réforme*. Le Débat, éd. Gallimard, 1996, 291-349.
- 14 Comité OMS d'experts. Les impératifs de l'enseignement en santé bucco-dentaire : progresser ou régresser. Organisation mondiale de la santé, série de rapports techniques. 1990, 794, 1-46.
- 15 FEJERSKOV O., BAELUM V. Changes in the prevalence and incidence of the major oral disease. Guggenheim B. and Shapiro S. eds., in *Proceedings of the conference : Oral biology at the turn of the century, misconception, truths, challenges and prospects*. Basel, Karger AG, 1998, 1-11.
- 16 DIESENDORF M. The mystery of declining tooth decay. Nature, 1986, 322, 125-129.
- 17 PETERSEN P.E. Society and oral health, in *Community oral health*, 1994, 20-38.

- 18 STASSE F. Comment maîtriser les dépenses de santé, in *État-providence. Arguments pour une réforme*. Le Débat, éd. Gallimard, 1996, 251-289.
- 19 BÉRAUD C. Santé publique et soins : la démarche qualité, in *La santé publique, une affaire d'état*. Après-demain, 1996, 389, 39-42.
- 20 STASSE F. Assurance maladie : l'état d'urgence. in *État-providence. Arguments pour une réforme*. Le Débat, éd. Gallimard, 1996, 353-363.
- 21 VAN DER HOEVEN J.S., VAN PALENSTEIN HELDERMAN W.H. Microbial specificity and dental caries. Guggenheim B. and Shapiro S. eds, in *Proceedings of the conference : Oral biology at the turn of the century, misconception, truths, challenges and prospects*. Basel, Karger A.G., 1998, 43-55.