

Depuis 2011 selon l'instruction 449

Description de l'état des lieux dans la prise en charge des instruments chirurgicaux réutilisables dans deux centres hospitaliers et un centre dentaire

### **Retour et mise en application dans un centre dentaire**

**Historique** : la circulaire DGS /5C/DHAOS/E2 N°20016138 DU 14 mars 2001 classait les soins dentaires en soins à risques vis-à-vis du prion

Actualité : L'instruction 449 de 2011 ne parle plus des soins dentaires comme des actes à risque vis-à-vis des ATNC, elle ne les cite même plus, cette omission est une absence de signalisation administrative.

Au détour d'une consultation du site de la DGS nous trouvons une réponse à une question concernant un centre hospitalier ayant un cabinet dentaire qui énonce que les soins dentaires ne sont plus à risque vis-à-vis des ATNC sans plus de précision.

### **Réalité** :

La découverte du prion dans le monde de la santé fut assimilable à une déclaration de guerre du type guérilla où l'ennemi est rare et invisible et peut frapper à tout moment. Cet état de fait en odontologie comme toute mise en alerte a induit des progrès énormes dans la formation des hommes, la qualité du matériel et l'obligation de moyens dans le monde dentaire. Cette guerre nous

a obligés à des investissements nouveaux, onéreux et à une mise en place sophistiquée.

En effet si la santé bucco-dentaire occupe une place dans le rôle de la santé publique : les responsabilités qui en découlent doivent impliquer le praticien dans son cabinet.

Le point le plus important de cette instruction 449 concerne des faits conscients et reconnus comme quoi les patients ont pu être dépistés et classifiés dans un monde idéal et rationnel.

Dans la réalité nous avons affaire dans notre centre à des ethnies multiples, ne parlant pas toujours français et dans des états de santé précaires non précisés.

Même après un interrogatoire clinique aussi consciencieux que possible on a du mal à connaître les antécédents de ces populations

Cet état de fait est pluriquotidien et il est de notre responsabilité d'en tenir compte dans notre démarche.

L'élargissement de nos compétences aux techniques implantaires avec des actes de greffe osseuse, de soulèvement de sinus, de régénération pulpaire et autres nouveautés ne sont pas évoquées sans parler des actes endodontiques. Pourtant ces techniques sont invasives vis-à-vis des plexus vasculo-nerveux, osseux, sanguins et touchent des tissus à risque comme le sang. Et là on ne sait pas si ces actes sont encore des soins dentaires dans l'acceptation terminologique.

Par exemple vis-à-vis des assurances professionnelles la rubrique soins dentaires n'inclut pas les implants ni les injections d'acide hyaluronique ni le meopa en pratique courante.

Il resterait à définir précisément et de manière officielle la notion d'acte dentaire pour pouvoir en exclure les risques et mieux les définir.

On s'aperçoit alors que nous agissons sur une absence de déterminisme qui est un flou dangereux.

Ainsi dans une politique de principe de précaution et avec une connaissance incomplète de cette protéine les hypothèses et scénarios ont remplacé les données.

Par exemple pour Le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (NvMCJ) :

Les patients atteints présentent des symptômes proches de ceux atteints de MCJ c'est-à-dire troubles psychiatriques ou intellectuel associé à myoclonie ,troubles visuels, pyramidaux ,et extra-... ataxie ,chorée ,dystonie ,symptômes sensitifs douloureux persistants ,épilepsie ,mutisme akinétique .. Dans le cas du nvMCJ, un risque de transmission par voie sanguine est fortement suspecté et donc il semble logique que nous soyons concernés.

C'est pourquoi il apparait nécessaire de se référer dans ces circonstances au : **Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et stomatologie (ministère de la santé et solidarités DGS juillet 2006 qui reste la référence légale et absolue de notre profession**

La différence avec les établissements de santé est que le cabinet dentaire ne sera jamais consciemment le lieu de soin privilégié du patient suspect ou atteint car ce n'est pas sa vocation, l'hôpital aura des structures adaptées et sera le lieu privilégié mais le risque existera toujours dans nos cabinets dentaires.

Il sera donc nécessaire de se comporter de manière rigoureuse en privilégiant toutes les techniques mises à la disposition au cas où un cas non détecté se présenterait. DR LAMAISON

#### « 2.2.4 Conduite à tenir

L'hypothèse d'un risque d'ATNC dans la pulpe dentaire et la forte résistance de l'agent aux procédés de désinfection doivent conduire le praticien à envisager la possibilité d'ESST, lors de l'interrogatoire de son patient.

Pour les autres patients (catégories 1 et 2), étant donnée la longue période d'incubation de la maladie et donc la possibilité qu'un malade non encore diagnostiqué nécessite un soin dentaire :

- l'étape de nettoyage est primordiale quel que soit le risque du patient concerné.

En effet, il est impératif d'éliminer toute salissure au sein de laquelle l'ATNC serait protégé contre l'action des procédés d'inactivation ;

- l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique doit être largement privilégiée dès lors que la qualité et la sécurité des soins sont assurées ;
- le matériel thermosensible ne doit plus être utilisé afin que tout matériel réutilisable puisse être, après pré-désinfection et nettoyage soigneux, autoclavé à 134° pendant 18 minutes, procédé « d'efficacité importante » en matière d'inactivation des ATNC selon la circulaire du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer Direction Générale de la Santé - Ministère de la Santé et des Solidarités

Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et stomatologie

Ministère de la santé et des solidarités, DGS, juillet 2006 14 lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.

Pour les patients de catégorie 3 : tous les soins dentaires seront réalisés en milieu

#### 2.2.4 Conduite à tenir

L'hypothèse d'un risque d'ATNC dans la pulpe dentaire et la forte résistance de l'agent aux procédés de désinfection doivent conduire le praticien à envisager la possibilité d'ESST, lors de l'interrogatoire de son patient.

Pour les autres patients (catégories 1 et 2), étant donnée la longue période d'incubation de la maladie et donc la possibilité qu'un malade non encore diagnostiqué nécessite un soin dentaire :

- l'étape de nettoyage est primordiale quel que soit le risque du patient concerné.

En effet, il est impératif d'éliminer toute salissure au sein de laquelle l'ATNC serait protégé contre l'action des procédés d'inactivation ;

- l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique doit être largement privilégiée dès lors que la qualité et la sécurité des soins sont assurées ;
- le matériel thermosensible ne doit plus être utilisé afin que tout matériel réutilisable puisse être, après pré-désinfection et nettoyage soigneux, autoclavé à 134° pendant 18 minutes, procédé « d'efficacité importante » en matière d'inactivation des ATNC selon la circulaire du 14 mars 2001 relative aux précautions à

observer Direction Générale de la Santé - Ministère de la Santé et des Solidarités

Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et stomatologie

Ministère de la santé et des solidarités, DGS, juillet 2006 14 lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.

Pour les patients de catégorie 3 : tous les soins dentaires seront réalisés en milieu hospitalier de proximité et les mesures opératoires seront prises en concertation avec le praticien hygiéniste de l'établissement et le CLIN. Tout le matériel utilisé sera immédiatement séquestré puis détruit par incinération en cas de confirmation du diagnostic, conformément aux dispositions de la circulaire n°138 du 14 mars 2006 hospitalier de proximité et les mesures opératoires seront prises en concertation avec le praticien hygiéniste de l'établissement et le CLIN. Tout le matériel utilisé sera immédiatement séquestré puis détruit par incinération en cas de confirmation du diagnostic, conformément aux dispositions de la circulaire n°138 du 14 mars 2006 Donc les techniques mises à disposition sont :

- 1 Etape de nettoyage primordiale afin d'éliminer toute salissure
- 2 privilégier l'usage unique pour les dispositifs médicaux
- 3 ne plus utiliser de matériel thermosensible
- 4 Tout dispositif médical réutilisable doit faire l'objet d'une pré désinfection, un nettoyage soigneux et passer à l'autoclave 134 degrés 18 min. »

Merci au DR Patrick BONNE pour la validation de mes propos