



PRISE EN CHARGE DES D.M.

INSTRUCTION N° 2011/449

ASPECTS REGLEMENTAIRES

- **Instruction DGS/R13 n° 2011-449 du 1er décembre 2011**

relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs

Date d'application = 1er janvier 2012

- **Abroge la circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n° 2001-138 du 14 mars 2001**

relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels

- **Concerne les établissements de santé publics et privés ainsi que les médecins libéraux.**

PRINCIPES DE BASE



- 6 fiches techniques relatives :
 - ✓ A l'évaluation des risques liés aux ATNC : patients, tissus et actes
 - ✓ Aux produits ou procédés efficaces vis-à-vis des ATNC
 - ✓ A la sélection des DM et des procédures efficaces vis-à-vis des ATNC
 - ✓ Aux techniques et modalités de traitement des DM
 - ✓ Au traitement des effluents liquides et des déchets issus du traitement des DM
 - ✓ Prévention des risques professionnels : chimiques et infectieux

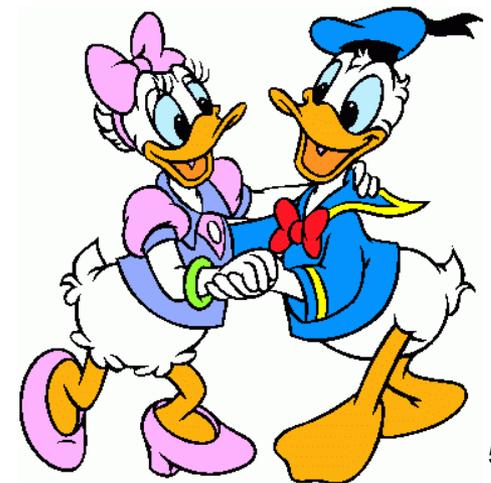
PRINCIPES DE BASE

- Elever le niveau de sécurité de traitement des DM
- Il n'y a plus de notion de temps de contact minimal
- Mise à disposition de produits prionocides
- L'existence du risque ne justifie pas le refus d'effectuer des soins ou des explorations



QU'EST-CE QUI CHANGE ?

- 1. Le classement des patients en deux niveaux de risque au lieu de trois
 - patient ni suspect, ni atteint d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST)
 - patient suspect ou atteint d'EST



QU'EST-CE QUI CHANGE ?

- 2. La classification des tissus et la prise en compte dans les actes invasifs à risques
 - Cf classification publiée par l'OMS en 2010
 - Tissus à haute infectiosité
 - Tissus à infectiosité démontrée uniquement pour la forme variant



QU'EST-CE QUI CHANGE ?

- 3. L'élévation du niveau de sécurité du traitement des DM
 - Produits prionocides (alternative à la soude et l'hypochlorite de Na)
- 4. L'actualisation des procédures
 - Traitement des DM vis à vis des ATNC
 - Séquestration, destruction ou remise en service des DM
 - Gestion des effluents liquides et des déchets issus du traitement des DM

QU'EST-CE QUI CHANGE ?

- 5. Protection du personnel
 - Centralisation des activités
 - Port des protections individuelles
 - Ventilation = VMC permettant une introduction d'air neuf de 60 m³/h/personne
 - Douche et rince-oeil

PRODUITS OU PROCÉDES EFFICACES VIS-A-VIS DES ATNC

- Procédés assurant une **inactivation totale** des ATNC :
 - Immersion dans **hypochlorite de sodium** à 2% de chlore actif pendant 60 minutes à T° ambiante (! Corrosif++)
 - Immersion dans la **soude molaire** 1N pendant 60 minutes à T° ambiante (! Alu)
 - Produits **prionocides** validés par le protocole standard prion (liste du 29/12/2011 publiée par AFSSAPS)



PRODUITS OU PROCÉDES EFFICACES VIS-A-VIS DES ATNC

- Procédé assurant une **inactivation importante**
 - Stérilisation par autoclave à 134° C 18'
- Procédé assurant une **destruction complète**
 - Incinération T° sup. à 800° C



L'APA n'entre pas actuellement dans les produits assurant une inactivation totale vis-à-vis des ATNC

QUELLES CONSEQUENCES ?

- **L'évaluation et l'enregistrement** du niveau de risque des **patients** et des **tissus**, en contact avec des DM invasifs réutilisables, doivent être recueillis sous **responsabilité médicale**
 - Evaluation obligatoire
 - Réalisée par le médecin qui a programmé l'acte
 - Confirmation d'un neurologue si besoin



QUELLES CONSEQUENCES ?

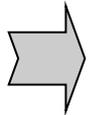
- Le **classement des patients** doit apparaître clairement dans le **dossier médical** pour chaque acte invasif programmé
 - Le classement est connu avant la réalisation de l'acte
 - L'information est transmise au service de stérilisation, afin que les DM utilisés puissent faire l'objet d'un traitement adapté



QUELLES CONSEQUENCES ?

- Deux **catégories de patients**:

- Ni suspects, ni atteints
- Suspects ou atteint d'EST



Si on ne peut pas déterminer le niveau de risque du patient (urgences/ex) = procédure d'inactivation totale pour les tissus à haute infectiosité - Séquestration inutile

QUELLES CONSEQUENCES ?

■ Classement des actes :

■ Acte à haut risque ATNC



- **POUR TOUS LES PATIENTS**, tous les actes où il y a **contact direct** du matériel avec un tissu à haute infectiosité :
 - Neurochirurgie à l'exclusion du rachis
 - Ophtalmologie : rétine ou nerf optique
 - Chirurgie ou endoscopie ORL touchant la muqueuse olfactive (pas la muqueuse nasale)
- **POUR LES PATIENTS SUSPECTS OU ATTEINT**, les actes en contact direct avec des **formations lymphoïdes organisées**

ENDOSCOPIE

- Patient ni suspect, ni atteint :
 - procédure de traitement des endoscopes inchangée
 - faire processus d'inactivation totale si examen concerne un tissu à haute infectiosité
- Patient suspect ou atteint :
 - étape d'inactivation manuelle de l'endoscope, puis séquestration

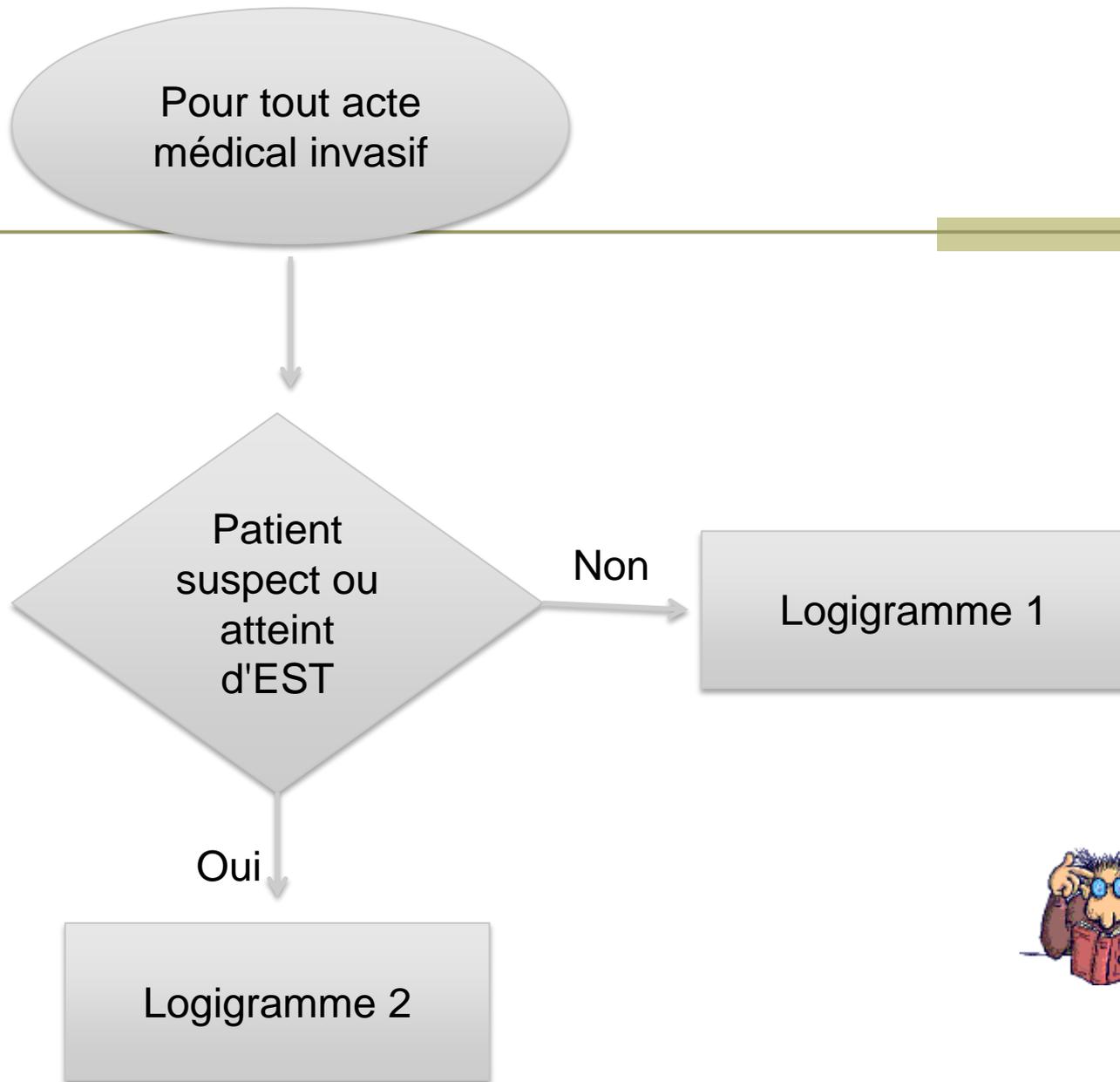
ENDOSCOPIE

- ***Nasofibroskopie et fibroskopie bronchique sans biopsie, ne sont pas considérées à risque***
- ***Les actes d'exploration bronchique sans ponction transbronchique ne doivent pas être considérés à risque, car dans la muqueuse bronchique, le tissu lymphoïde associé aux bronches ne comporte pas de formations lymphoïdes structurées***

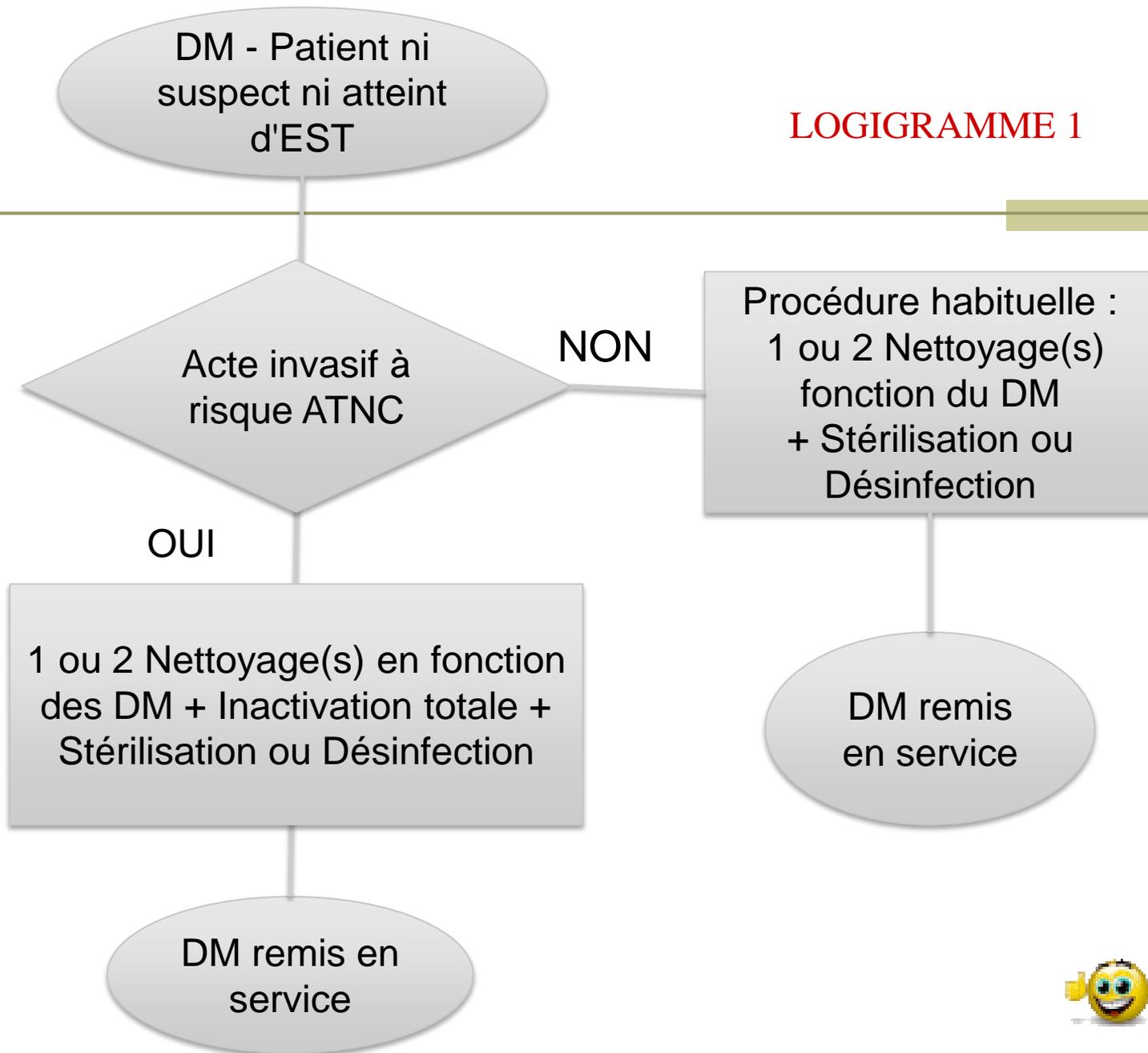


ENDOSCOPIE

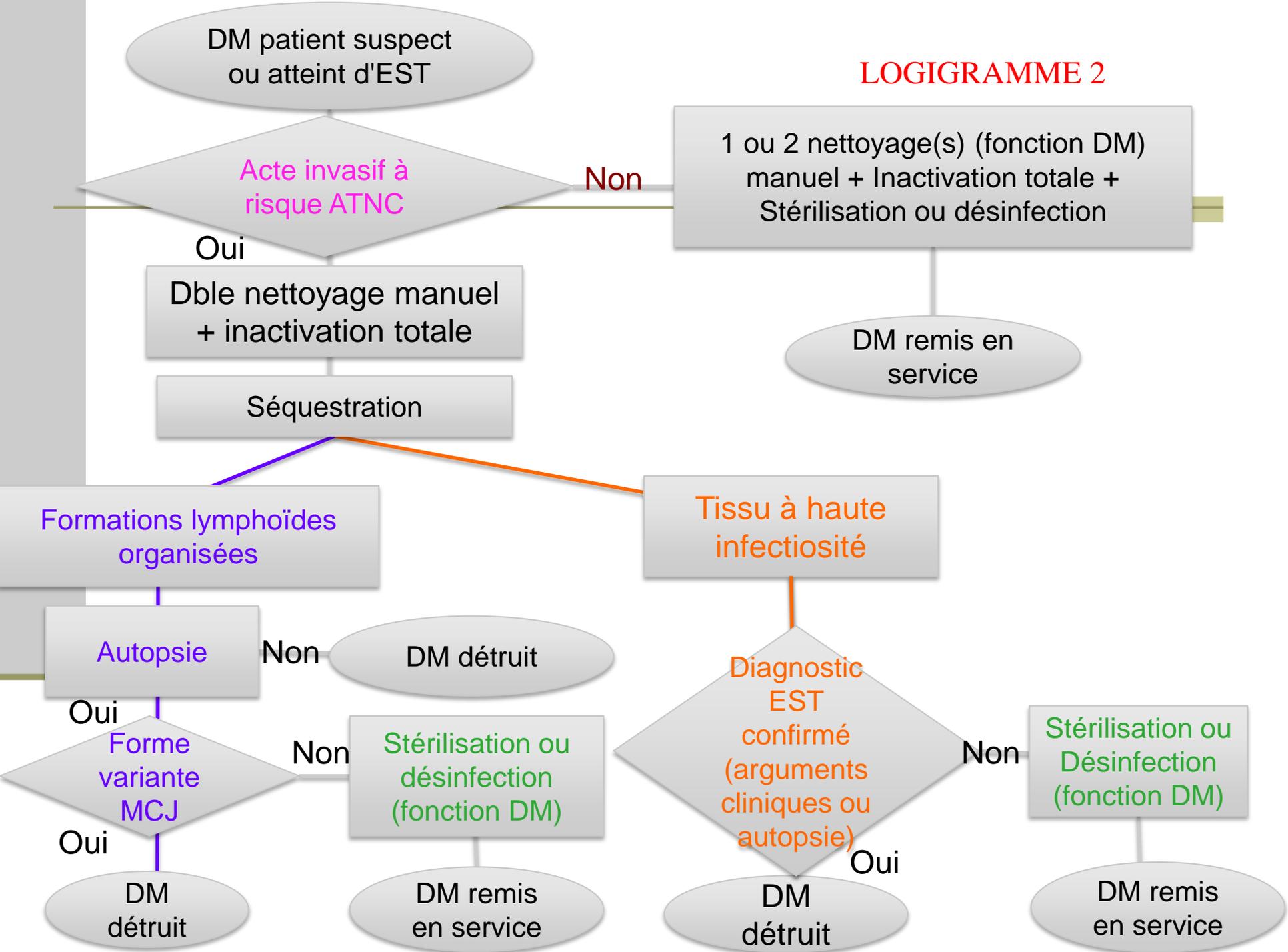
- L'utilisation de gaine de protection à UU évite tout **contact direct** avec un tissu à risque quelque soit le niveau d'infectiosité (vérifier l'intégrité de la gaine)
- Si rupture de la gaine chez un patient suspect ou atteint :
 - Endoscope en contact avec les formations lymphoïdes organisées = double nettoyage manuel + inactivation + séquestration
 - Endoscope sans contact avec les formations lymphoïdes organisées = double nettoyage manuel + inactivation + stérilisation ou désinfection



LOGIGRAMME 1



LOGIGRAMME 2



TRAITEMENT DES EFFLUENTS

- **Uniquement si le patient est suspect ou atteint**
 - Inactivation totale ou gélification suivie d'une incinération
 - Si traitement par la soude, neutraliser pH entre 6,5 et 8,5

Sinon pas de précaution particulière

CRITERE DE CHOIX DU DM

- Pour les actes invasifs à risque vis-à-vis des ATNC, utiliser préférentiellement:
 - Un DM usage unique ou muni d'une protection à UU
 - À défaut, un DM réutilisable pouvant supporter inactivation totale et stérilisation à la vapeur d'eau
 - A défaut, un DM réutilisable thermosensible pouvant supporter une inactivation totale



STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES DM (INACTIVATION ?)

- NEUROCHIRURGIE(sauf rachis)
 - Inactivation systématique pour chaque intervention
 - au bloc ou en stérilisation ?
- CHIR.OPH
 - Seul le segment postérieur est concerné
 - tri des instruments ou inactivation systématique ?
- CHIR.ORL
 - Uniquement pour le muqueuse olfactive
 - tri des instruments ou inactivation systématique ?

PATIENT IDENTIFIE SUSPECT OU ATTEINT D'E.S.T. APRES ACTE INVASIF

- Acte invasif effectué dans les 6 mois précédant le début des symptômes
- Enquête à faire par l'E.O.H sur la conformité aux recommandations des procédures de traitement des DM
 - Si procédures conformes = pas de séquestration
 - Si procédures non conformes = destruction



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/1 du 15/02/2012 – Page378 à 397- instruction n° 449
- C.CLIN Sud Est : *FAQ instruction MCJ du 1^{er} décembre 2011*
- CCLIN Sud Ouest :
 - *Quelles évolutions concernant la prise en compte du risque prion (06/2012)*
 - *INSTRUCTION N° DGS/RI3/2011/449*
- Ministère des affaires sociales et de la santé: *réponse à des questions fréquemment posées – juillet 2012*
- *Traitement de l'instrument chirurgical....F.Rochefort*
- *Instruction 449 - Quelles conséquences pour nos pratiques ?
A.Coquard Ch.Lambert*

MERCI DE VOTRE ATTENTION

