
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL
de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (ENFANTS ET ADULTES) EN CHIRURGIE MAXILLOFACIALE, CHIRURGIE ORALE et STOMATOLOGIE LORS D'UNE CRISE SANITAIRE INFECTIEUSE

I. INTRODUCTION :

Le COVID-19 s'est imposé dans notre pratique quotidienne depuis le 16 mars 2020 et ceci a provoqué d'importantes modifications dans notre exercice professionnel. Il nous faut dorénavant intégrer les risques sanitaires éventuels dans nos prises en charge.

Répondant aux sollicitations de ses parties constituantes, le CNP de Chirurgie Maxillo-faciale et de Stomatologie a souhaité émettre des recommandations concernant la prise en charge des pathologies relevant de nos spécialités en période de crise sanitaire d'origine infectieuse.

Ces recommandations sont données à titre indicatif. Chaque situation étant particulière, les praticiens restent libres de décider, après analyse de la balance bénéfique/risque et après avoir expliqué à leurs patients les éventuelles alternatives thérapeutiques et, s'il y a lieu d'opérer, le niveau d'urgence de l'intervention. Le seul critère qui doit prévaloir est l'évaluation individuelle du rapport bénéfique/risque de chaque attitude. Un consentement éclairé doit être obtenu de la part du patient chaque fois que c'est possible.

Ces recommandations s'appliquent pour tout type de structures : cabinets libéraux ou structures de soins de ville, cabinets libéraux ou structures de soins hébergés dans un établissement de santé, cliniques (avec ou sans participation au service public hospitalier), structures hospitalières publiques.

Les buts d'une prise en charge chirurgicale raisonnée des patients en cas de crise sanitaire d'origine infectieuse sont :

- d'éviter de contaminer des patients, des personnels de la structure de soins ou de se contaminer soi-même lors des prises en charge,

- d'éviter d'aggraver la situation des patients par des prises en charge chirurgicales inadaptées au vue de la situation sanitaire,
- d'éviter de solliciter à mauvais escient les moyens anesthésiques et de réanimation des structures de soins, ces moyens pouvant être nécessaires pour la lutte contre l'épidémie.

A. Niveaux d'urgence des pathologies :

Les pathologies concernant nos spécialités peuvent être classées en 4 niveaux d'urgence décroissante :

- niveau 1 : urgences vraies (vitales, absolues)
- niveau 2 : urgences « différées » ; pathologies mettant en jeux le pronostic vital et/ou fonctionnel à court terme (1mois) et/ou dont le report de plus d'un mois représenterait une perte de chance inacceptable pour le patient
- niveau 3 : pathologies dont le report de plus de 3 mois représenterait une perte de chance inacceptable pour le patient et /ou dont le report de plus de 3 mois lui ferait endurer des souffrances (physiques et/ou psychologiques) avérées
- niveau 4 : pathologies non-urgentes pouvant être reportées en fin d'épidémie.

Chaque situation est bien évidemment unique et, en fonction du patient, une même pathologie peut être classée dans un niveau différent. Pour chaque patient, il faut donc, en cas de crise sanitaire, évaluer le rapport bénéfice/risque, en fonction :

- de la phase de l'épidémie :
 - phases 1 et 2 (freinage de l'introduction et de la propagation de l'agent infectieux sur le territoire) : le but est de détecter les cas isolés et les clusters de patients et de les isoler
Nos prises en charge sont peu impactées lors de ces phases.
 - phase 3 (atténuation des effets de la vague épidémique) : l'agent infectieux circule activement.
C'est à cette phase que nos prises en charge chirurgicales sont le plus impactées (mise en place des plans blancs dans les établissements de santé, restriction des consultations et des accès au bloc opératoire, éventuel confinement de la population et fermeture des commerces).
Seules les pathologies des niveaux 1 et 2 peuvent alors être prises en charge.
 - phase 4 (retour progressif à la normale) : l'épidémie passe en dessous d'un seuil critique et une réouverture progressive et raisonnée des consultations et des accès au bloc est mise en œuvre.
Les pathologies de niveau 3 peuvent alors être réintroduites au programme opératoire.
Les pathologies de niveau 4 restent en attente de la fin de l'épidémie.
- du profil infectieux du patient :
 - symptomatique ou non
 - porteur (+) ou non (-) de l'agent infectieux

Ce profil permet d'orienter le patient vers le circuit adapté lorsqu'une intervention chirurgicale est décidée en phase épidémique.

- des comorbidités du patient :
 - bas âge ou âge avancé
 - surpoids, HTA, diabète, pathologies respiratoires, antécédents cardiaques, immunodépression, autres pathologies chroniques...Le recueil de ces antécédents permet d'évaluer les risques de complications.
- de l'isolement social et/ou géographique du patient : ceci permet de déterminer s'il y a une nécessité d'encadrement social et/ou sanitaire.

B. Connaissance du statut infectieux :

Concernant le COVID-19, nous avons à l'heure actuelle (sujet à évolution) et par ordre actuel de sensibilité des examens et des tests :

- la notion de contagion et de sujets-contact
- les signes cliniques évocateurs : fièvre, toux, dyspnée, anosmie, troubles digestifs, asthénie, acrosyndromes...
- les examens biologiques : rtPCR sur prélèvement nasal, oro-pharyngé ou bronchique, recherche d'anticorps sériques sur prélèvement sanguin
- l'imagerie par scanner thoracique (présence de foyers pulmonaires en verre dépoli)

Nous aurons en pratique trois cas de figure applicables aux patients et aux soignants :

- Groupe Agent infectieux positif (AI+) : le patient (ou le soignant) est porteur de l'agent infectieux (rtPCR positive) et/ou est symptomatique :

Concernant le patient, il faut évaluer le stade de gravité de l'infection et le risque d'aggravation, spontanée ou postopératoire, et en tenir compte dans la décision chirurgicale. En cas de risque important d'aggravation de la situation infectieuse, il faut, en fonction du degré d'urgence de la prise en charge chirurgicale de la pathologie (tumeur, traumatisme, douleur, infection) et en intégrant dans la réflexion la notion de perte de chance pour le patient, être en mesure de proposer une solution d'attente non-chirurgicale ou une prise en charge chirurgicale moins lourde permettant de limiter au maximum la perte de chance, à la fois vitale mais également fonctionnelle, pour le patient.

En cas d'impossibilité de report de l'intervention, le patient doit idéalement être pris en charge dans un secteur dédié (unités COVID+ pour le COVID-19) et donc isolé des autres patients.

Le traitement adapté à l'agent infectieux, s'il existe, doit évidemment être mis en route le plus rapidement possible.

S'agissant d'un soignant, il doit être mis en quarantaine et le traitement adapté à l'agent infectieux, s'il existe, doit être mis en route. Un dosage

des immunoglobulines sériques spécifiques devra être réalisé afin de déterminer le niveau de protection immunitaire obtenue.

- Groupe Agent infectieux positif (AI+) guéri : le patient (ou le soignant) présente des anticorps spécifiques et est asymptomatique :

Le risque de contagiosité est très réduit mais la transmission de l'agent infectieux pouvant se faire par manuportage ou par objets contaminés, les mesures de protection contact et de distanciation restent nécessaires pour ne pas participer à la chaîne de contamination. Les patients (et les soignants) de ce groupe devront respecter les mêmes règles que pour le groupe Agent Infectieux négatif (AI-) (cf. ci-dessous).

- Groupe Agent Infectieux négatif (AI-) : le patient (ou le soignants) n'est pas porteur prouvé de l'agent infectieux (rtPCR négative), n'est pas symptomatique et son statut sérologique est soit négatif soit inconnu :

Lorsque l'épidémie est en phase 3 ou 4 et que les tests de recherche virale sont peu sensibles (nombreux faux négatifs), les patients mêmes PCR-négatifs et asymptomatiques devront, indépendamment de leur statut sérologique, être considérés comme potentiellement contaminants. Les mêmes précautions devront être prises pour TOUS les patients et pour TOUT le personnel soignant :

- en consultation, il est conseillé de :

- établir des procédures adaptées pour permettre aux patients d'accéder à la structure de soins :
 - porter et faire porter des masques de protection dès l'entrée dans la structure,
 - organiser les files d'attente avec distance de plus d'un mètre entre deux personnes,
 - si possible, laisser ouvertes les portes non-automatiques pour éviter d'en toucher les poignées,
 - afficher les consignes générales d'hygiène et d'organisation appliquée au sein de la structure de soins,
 - privilégier le lavage ou la désinfection des mains (eau, savon, gel ou solution hydro-alcooliques) dès l'entrée,
 - mettre en place une distance de sécurité, ainsi que des dispositifs spécifiques (interphone / écrans plexiglas...) pour les postes exposés au public (accueil, secrétariat). Ces dispositifs seront nettoyés fréquemment en respectant les mêmes procédures de nettoyage que les autres surfaces,
 - limiter le nombre de patients en salle d'attente et respecter une distance de sécurité de plus d'un mètre entre deux chaises,
 - supprimer les objets des aires d'attente ou des salles communes : revues, documents, jouets, crayons de couleur...,
 - respecter une distance de sécurité de plus d'un mètre entre personnels et patients. Faire respecter cette distance entre

les patients (affiche, marquage au sol...) dans la structure de soins,

- nettoyer régulièrement les surfaces : comptoir, ordinateurs, terminal de paiement électronique, interphone, terminaux de cartes, claviers, vitres de plexiglas, portes, poignées de porte, rambardes, fauteuils et sièges de salle d'attente, poignées et supports des appareils de radiologie...,
- ne pas se serrer la main,
- fournir des moyens d'hygiène pour se laver très régulièrement les mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique,
- éviter de se toucher le visage, en particulier pour retirer ou replacer son masque...,
- veiller à la préparation à l'avance du matériel d'examen nécessaire (évacuer ou protéger en réserve le matériel non-utilisé),
- utiliser de préférence du matériel jetable à usage unique,
- privilégier les moyens de paiement automatiques (CB sans contact, monnayeur de caisse...),
- faire utiliser par le patient son propre stylo (ou désinfecter le stylo prêté).

- établir des procédures de fonctionnement internes :

- organiser le maintien de l'activité en limitant le nombre de personnes présentes simultanément sur le lieu de travail ou dans un même local (horaires décalés ou aménagés...),
- éviter les réunions et les rassemblements de personnes dans des espaces réduits, maintenir des distances d'éloignement,
- éviter les embrassades et les contacts physiques,
- privilégier les espaces de travail individuels en répartissant les salariés présents,
- veiller à l'approvisionnement des postes de lavage des mains en savon et en papier de préférence ou mettre à la disposition du personnel des solutions hydroalcooliques, notamment si l'accès aux installations sanitaires n'est pas possible (livreurs, coursiers, personnel en déplacement ponctuel...).
- entre deux patients, mettre en place des mesures de décontamination et de désinfection de la salle de consultation et/ou de soin (respect d'un temps de dépose des gouttelettes en suspension et potentiellement contaminantes sur les surfaces, nettoyage des surfaces, passage d'un virucide, respect d'un temps de séchage), désinfection des poignées et des supports mentonniers des appareils radiologiques,
- évacuation de tous les déchets par la filière « déchets à risque infectieux » (y compris les poubelles des salles d'attente, des secrétariats et sanitaires...),

- adapter les cycles de stérilisation des instruments chirurgicaux à la nature de l'agent infectieux causal.
- établir des procédures de protection lors de d'examen des patients :
- examen endobuccal non-invasif : les ports d'un masque chirurgical, de lunettes de protection (et/ou d'une visière) et de gants d'examen est au minimum recommandé pour le praticien. Pour le patient, un bain de bouche à l'aide d'un antiseptique oral préalable à l'examen est de bonne pratique.
 - gestes invasifs dans la bouche et/ou les voies aréo-digestives supérieures (naso-fibroscopie, instruments rotatifs) : du fait des risques de toux et de réflexe nauséeux, il est recommandé de porter un masque FFP2, des gants d'examens (ou chirurgicaux en fonction du geste), une surblouse à usage unique (ou une casaque chirurgicale en fonction du geste), une protection oculaire (lunettes, visière de protection bien adaptée et ajustée), une charlotte ou d'une cagoule et de surchaussures. Pour le patient, un bain de bouche antiseptique préalable au geste est recommandé. Les instruments et plateaux seront préparés à l'avance, pour éviter les manutentions inutiles et les fautes d'asepsie dans ce contexte particulier.
- en hospitalisation il est conseillé de :
- privilégier les chambres seules,
 - appliquer les gestes barrière (notamment l'isolement contact et aérosol),
 - interdire les visites (autoriser seulement un accompagnant par mineur et par personne dépendante).
- au bloc opératoire il est recommandé de :
- en cas de gestes endocavitaires au niveau de l'extrémité céphalique et/ou d'utilisation d'instruments rotatifs ou vibrants (piézotome, détartreur) ou de fluides sous pression (spray, irrigation, soufflerie de séchage etc...), d'utiliser des masques FFP2 et des lunettes de protection (ou des visières), au minimum pour l'ensemble du personnel médical et paramédical situé autour du patient (risque de nébulisation dans un rayon de plusieurs mètres).
 - à l'opérateur et à ses assistants, de porter une casaque chirurgicale, des gants chirurgicaux, un masque (chirurgical ou FFP2 en fonction du geste et/ou du statut infectieux du patient), une charlotte ou une cagoule, des lunettes ou une visière de protection, des sabots dédiés ou sur chaussures.

Les procédures de mise en place d'un masque chirurgical et de retrait doivent être respectées pour éviter de se toucher le visage, de même que pour la mise en place et le retrait d'un masque FFP2, de lunettes de protection, d'une sur blouse, d'une charlotte et de surchaussures.

II. PRIORISATION DES PRISES EN CHARGE

A. Les pathologies de niveau 1 et de niveau 2 devront être prises en charge en urgence quel que soit la phase de l'épidémie, que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte

Niveau 1 (urgences vraies) :

- **Infections de l'extrémité céphalique** dès lors qu'elles ne sont pas ou plus du ressort d'un traitement médicamenteux :
 - d'origine **dentaire** : abcès, cellulites quelle qu'en soit l'extension.

Le traitement comporte **le drainage** de la collection **et l'avulsion des dents** causales non-conservables (y compris dents de sagesse pathologiques) **ou la chirurgie des lésions apicales** survenant sur des dents conservables.
 - d'origine **osseuse ou articulaire** : ostéite, ostéomyélite, ostéoradionécrose, ostéochimionécrose, arthrite...
 - d'origine **glandulaire salivaire** : bactérienne, virale ou lithiasique
- **Urgences hémorragiques de l'extrémité céphalique** : saignements de toute origine (angiome, tumeur, traumatisme, iatrogène, malformation...) nécessitant une prise en charge chirurgicale et/ou radio-interventionnelle.
- **Trachéotomies** :
 - **en urgence** pour détresse respiratoires aiguës
 - **programmées** dans le cadre d'une ventilation peropératoire ou dans le cadre de la prévention de troubles ventilatoires postopératoires (notamment dans le cadre de la chirurgie carcinologique)
- **Douleurs** dès lors qu'elles sont qualifiées d'intenses (EVA \geq 6-7) et qu'elles ne sont pas ou plus gérables par un traitement médicamenteux :
 - d'origine **dentaire** : carie, pulpite, accident d'évolution de dent de sagesse...
 - **d'origine sinusienne** : sinusite, mucocèle...
 - d'origine **articulaire** : dysfonctionnement temporo-mandibulaire hyperalgique, arthrite...
- **Traumatismes cranio-faciaux et faciaux** (entrant ou non dans le cadre d'un polytraumatisme) :
 - plaie faciale et morsure

- fracture simple, bifocale, complexe (fracas facial ou cranio-facial)
- traumatisme balistique

- **Tumeurs malignes**

Les décisions de prise en charge des tumeurs en phase épidémique doivent rester pluridisciplinaires et les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) doivent continuer à fonctionner à cet effet. Les biopsies et les bilans d'extension tumorale (scanner, IRM, Pet-Scan, scintigraphies, endoscopies des VADS...) doivent pouvoir être assurés et l'examen anatomopathologique des pièces d'exérèse doit pouvoir être réalisé dans des délais acceptables.

La prise en charge carcinologique associe la **résection tumorale**, la **lymphadénectomie** (curage ganglionnaire) le cas échéant **et** la **reconstruction**, en privilégiant, si possible et après discussion avec le patient, la technique de reconstruction la moins lourde et la plus fiable de manière à minimiser les risques de reprise chirurgicale et la durée de séjour en réanimation/soins intensifs.

Si la situation l'exige, les reconstructions par lambeaux libres peuvent être envisagées après discussion pluri-disciplinaire.

La trachéotomie, si elle est nécessaire, ne contre-indique ni la prise en charge au bloc opératoire ni les soins postopératoires. Sa réalisation et les soins de trachéotomie postopératoires doivent se faire avec une application stricte des règles d'hygiène et avec le port de protections individuelles adaptées.

- **cutanées (et des parties molles) :**

- **quelles qu'en soient la localisation, la taille, la croissance :** épithéliomas spino-cellulaires, mélanomes, dermatofibrosarcomes, tumeurs annexielles malignes, sarcomes...
- **si croissance rapide et/ou risque fonctionnel à court terme :** épithéliomas baso-cellulaires

- **muqueuses :** quelles qu'en soient la taille (in-situ, T1, T2, T3, T4), la localisation ou le statut ganglionnaire.

Il n'existe pas, en l'état actuel des connaissances, de traitement néoadjuvant efficace permettant de retarder ou d'éviter l'exérèse chirurgicale pour les carcinomes épidermoïdes de la cavité orale.

- **osseuses du massif facial et des mâchoires.** Sont compris dans cet intitulé les **tumeurs osseuses à malignité intermédiaire et à développement rapide.**

Les tumeurs métastasées seront priorisées en fonction :

- de la tolérance de la chimiothérapie et des possibilités d'allonger la durée de la chimiothérapie néoadjuvante
- du bénéfice attendu du traitement chirurgical
- de l'expertise spécifique de l'équipe soignante
- et des possibilités d'hospitalisation postopératoire en réanimation ou en soins intensifs si nécessaire

• **Malformations cranio-maxillo-faciales symptomatiques du nouveau-né :**

- **facio-cranio-sténoses symptomatiques** : hyper-tension intra-crânienne, souffrance cérébrale, risque vital à court terme.

Niveau 2 (urgences différables d'un mois au maximum) :

• **Autres malformations cranio-maxillo-faciales du nouveau-né :**

- **temps primaires des fentes labio-alvéolo-palatines** : leur prise en charge précoce répond à un calendrier précis, dès la période néonatale. Le report à plus d'un mois de ces interventions est responsable d'une perte de chances :

- **chéiloplasties, rhinoplasties, véloplasties intravélaires** (à faire avant l'âge de 8 mois)
- **fermetures de fente osseuse** (à faire avant l'âge de 18 mois maximum)

• **Tumeurs bénignes si :**

- risque de **surinfection**
- risque de **fracture pathologique** (mandibulaire)
- risque **fonctionnel** : risque de rhizolyse, compression du nerf alvéolaire inférieur, du nerf optique, d'un muscle oculomoteur, du globe oculaire...
- **croissance rapide** et si le report de plus de 1 mois entraîne une perte de chance fonctionnelle.

• **Pathologies de la muqueuse buccale et/ou cutanées** pouvant entraîner à court terme :

- des douleurs non-gérables par un traitement antalgique médicamenteux
- un risque fonctionnel imminent en fonction de leur localisation
- un saignement important (malformations vasculaires congénitales à haut risque hémorragique)
- une contagiosité
- une altération rapide de l'état général par difficulté alimentaire (déshydratation, perte de poids).

B. Les pathologies de niveau 3 seront prises en charge, chez l'enfant et chez l'adulte, à partir de la phase de retour progressif à la normale (phase 4 de l'épidémie)

La phase 4 d'une épidémie ne signifie pas la fin de cette épidémie mais s'accompagne d'une baisse de pression sur les équipes soignantes des structures de soin et d'un déconfinement au moins progressif et/ou partiel de la population.

Il faut anticiper cette phase de retour à une activité progressivement normale.

La hiérarchisation des interventions à reprogrammer en priorité doit faire l'objet de discussion au sein de l'équipe en fonction du niveau d'urgence et de la notion de perte de chance.

Les gestes barrière et les précautions d'hygiène doivent être maintenues au même niveau que lors de la phase 3 pour éviter un rebond épidémique. Une réouverture progressive et maîtrisée des consultations et des plages opératoire est possible ce qui permet d'élargir les indications chirurgicales.

Niveau 3 :

- **Pathologies de niveau 1 ou 2, notamment algiques et/ou infectieuses, ayant pu être partiellement gérées par un traitement médicamenteux**
- **Lésions cutanées malignes ne relevant pas du niveau 2 : épithéliomas baso-cellulaires dont le report de 1 à 3 mois ne représente pas une perte de chance ou des souffrances inacceptables**
- **Tumeurs bénignes n'entrant pas dans le cadre du niveau 2 (cf. ci-dessus)**
- **Pathologies de la muqueuse buccale et/ou cutanées n'entrant pas dans le cadre du niveau 2 (cf. ci-dessus)**
- **Facio-cranio-sténoses peu ou non-symptomatiques**
- **Temps secondaire des fentes labio-alvéolo-palatines :**
 - **greffe maxillaire (avant l'âge de 6 ans, sous peine de mauvais résultat prévisible)**
 - **chirurgie fonctionnelle vélaire en cas de troubles phonatoires majeurs**
 - **chirurgie orthognathique des séquelles de fentes : instabilité de la préparation, observance difficile du traitement orthodontique et/ou de l'orthopédie dento-maxillo-faciale, problème de calendrier scolaire...)**
- **Chirurgie orthognatique chez des patients présentant :**
 - des **risques importants de dégradations** occlusales, articulaires ou parodontales

- des **dysharmonies sévères** avec **répercussions psychologiques** importantes
- des **troubles fonctionnels respiratoires** mal équilibrés par CPAP
- **Gestes de réparation maxillo-faciale** (tissus durs et tissus mous) pour des pathologies ayant un **fort retentissement fonctionnel et/ou psychologique**, notamment dans les cas de séquelles de malformations
- **Lésions dentaires asymptomatiques mais avec risque de complication(s) à moyen terme :**
 - dents incluses avec présence d'un kyste péri-coronaire
 - kyste/granulome péri-apical
- **Achèvement des réhabilitations dentaires débutées avant la phase 3 de l'épidémie**, et notamment :
 - pose des suprastructures implantaires
 - essai et livraison des prothèses dentaires adjointes et conjointes en attente
- **Lésions osseuse bénigne mais avec risque de complication(s) à moyen terme :**
 - kystes et lacunes osseux
 - tumeurs osseuses de nature indéterminée nécessitant un diagnostic histologique

C. Les pathologies de niveau 4 seront prises en charge, chez l'enfant et chez l'adulte, après la fin de l'épidémie c'est-à-dire après la levée de toutes les restrictions sanitaires et sociales

Niveau 4 :

- **Lésions bénignes cutanées, muqueuses, osseuses** du massif facial et des mâchoires, **stables ou d'évolution lente** (patient asymptomatique)
- **Chirurgie pré-implantaire et pose d'implants dentaires**
- **Gestes de réparation maxillo-faciale et/ou des tissus mous pour des pathologies n'ayant pas de fort retentissement fonctionnel et psychologique :** reprises cicatricielles, dégraissage de lambeau, lipostructure...
- **Chirurgie orthognatique n'entrant pas dans le cadre du niveau 3 (cf. ci-dessus)**
- **Dents incluses asymptomatiques**
- **Chirurgie esthétique**

III. PRECISIONS IMPORTANTES

- Nos spécialités présentent l'avantage de pouvoir continuer à exploiter les anesthésies locales et locorégionales. Ceci permet parfois, dans la mesure de la tolérance du patient et en procédant éventuellement par étapes, de pouvoir prendre en charge certaines pathologies sans surcharger les soignants, les lits d'hospitalisation, le bloc opératoire, les anesthésistes, le matériel et les consommables de réanimation réorientés dans la lutte contre l'agent infectieux causal de la crise sanitaire. Dans ce contexte de crise sanitaire, les structures et cabinets de ville et les cabinets libéraux situés au sein d'établissements de santé peuvent et doivent activement participer à la prise en charge des patients dans le respect des règles d'hygiène (gestes barrière, circuit des patients et désinfection du cabinet) pour garantir au patient une sécurité infectieuse et une protection optimale. Il faut donc donner à ces structures libérales les moyens de poursuivre leur activité pendant les différentes phases épidémiques, et notamment les phases 3 et 4, c'est-à-dire leur fournir des équipements de protection individuelle (masques chirurgicaux et FFP2, charlottes et cagoules, lunettes de protection et/ou visières, gants d'examen et chirurgicaux, surblouses et casques chirurgicales, surchaussures...) en quantité nécessaire et suffisante.
- En cas de nécessité d'une anesthésie générale, on continuera, comme avant la crise sanitaire, à privilégier une prise en charge ambulatoire, permettant un circuit court, une sollicitation moindre des personnels soignants et une économie de lits d'hospitalisation conventionnelle.
- Les prises en charge sous anesthésie générale, et plus particulièrement celles nécessitant une trachéotomie, imposent dans l'idéal un dépistage fiable des patients atteints et/ou porteur de l'agent infectieux afin de permettre une meilleure adaptation de la gestion des risques per- et postopératoires des patients et des équipes les prenant en charge.
- Tout patient nécessitant la réalisation d'une trachéotomie en urgence pendant les phases épidémiques 3 et 4 doit être considéré comme porteur de l'agent infectieux jusqu'à infirmation formelle afin de protéger les équipes le prenant en charge et les autres patients présents dans le service l'hébergeant.

IV. CONCLUSION

La Chirurgie Maxillo-Faciale, la Stomatologie et la Chirurgie Orale ont des rôles fondamentaux à jouer en cas de crises sanitaires. De par leur structuration libérale, hospitalière et hospitalo-universitaire, elles constituent les spécialités médico-chirurgicales aptes à prendre en charge les urgences faciales et buccodentaires, y compris celles nécessitant l'accès à un plateau technique lourd.

Nos spécialités ont, d'ores et déjà, joué un rôle important lors de la crise sanitaire Covid-19 en participant activement à la coordination des urgences chirurgicales relevant de leur compétences en participant activement à la réserve sanitaire mise en place dans les hôpitaux et en offrant leurs compétences en terme d'impression 3-D médicale.

A l'issue de chaque crise sanitaire, une réflexion sera menée au sein de nos structures représentatives (Société savante, syndicats, CNU, collège des enseignants), regroupées sous l'égide du CNP, de manière à analyser et améliorer nos pratiques, à anticiper d'autres épidémies, à renforcer les liens entre les structures libérales et hospitalières, à améliorer le maillage de l'offre de soins et à définir la notion d'équipes de soins territoriales.

Ces recommandations, publiées en date du 28 avril 2020, n'ont qu'une valeur indicative pour aider les praticiens dans leur programmation opératoire pendant les différentes phases d'une épidémie. Chaque praticien décidera de son activité au sein de sa structure de soin en fonction des possibilités locales et en se fondant sur le meilleur rapport bénéfice/risque pour chaque patient. Les décisions thérapeutiques doivent être prises en informant le patient et/ou sa famille et/ou son tuteur légal et en recueillant son (leur) consentement chaque fois que possible.