

Recommandations d'experts pour la prise en charge
des patients nécessitant des soins bucco-dentaires
en période de déconfinement
dans le cadre de l'épidémie de COVID-19

GUIDE SOIGNANT

RECOMMANDATIONS TRANSITOIRES

Version 2 du 16 juin 2020

Les recommandations figurant dans ce document sont liées à la situation exceptionnelle que nous traversons. Elles sont complémentaires des précautions standard et des recommandations exposées dans les référentiels en vigueur sur la prévention du risque infectieux en cabinet dentaire (DGS 2006). Elles sont susceptibles d'évoluer en fonction des données disponibles et de la situation sanitaire.

METHODOLOGIE

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes a constitué un conseil scientifique réunissant des représentants de sociétés savantes, des collèges nationaux professionnels et des collèges d'enseignants hospitalo-universitaires.

Les recommandations ont été élaborées par un groupe de travail incluant ce conseil scientifique et des représentants des sociétés scientifiques compétentes en infectiologie, virologie, hygiène et épidémiologie.

Elles ont ensuite été soumises à un groupe de lecture pluridisciplinaire (53 personnes désignées par diverses institutions) réunissant des professionnels d'origine géographique et de modes d'exercice variés. Les commentaires et corrections proposés ont été pris en compte chaque fois que cela était possible dans la rédaction de la version finale après accord du groupe de travail. La consultation des parties prenantes s'est faite par voie électronique.

Ce guide a ensuite été soumis pour validation au Ministère des solidarités et de la santé.

La première version de ce document a été publiée le 6 mai 2020 (Version 1 du 5 mai 2020). La Haute Autorité de Santé a publié une réponse rapide sur la base de ces recommandations le 18 mai 2020 ¹.

CONTRIBUTEURS

Coordination

- Dr Florian LAURENT, chirurgien-dentiste, Igny

Collèges et sociétés participantes

- Association Dentaire Française
- Collège National des Enseignants en Chirurgie Orale
- Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique
- Collège National des Enseignants en Odontologie Pédiatrique
- Collège National des Enseignants en Parodontologie
- Collège National des Enseignants en Prothèse Odontologique
- Collège National des Enseignants en Biologie Orale
- Collège National des Enseignants Fonction-Dysfonction Imagerie et Biomatériaux
- Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice
- Collège National des Enseignants en Orthopédie Dento-faciale
- Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes
- Conseil National Professionnel des Chirurgiens-dentistes
- Conseil National Professionnel des Spécialistes en Chirurgie Orale
- Conseil National Professionnel des Spécialistes en Orthopédie Dento-Faciale
- Coordination Opérationnelle du Risque Epidémique et Biologique Mission Nationale
- Fédération Française d'Orthodontie
- Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins
- Société Française de Chirurgie Orale
- Société Française d'Endodontie
- Société Française d'Hygiène Hospitalière
- Société Française de Microbiologie
- Société Française d'Odontologie Pédiatrique
- Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale
- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

1. GÉNÉRALITÉS

- Le SARS-CoV-2, nouvelle espèce de coronavirus infectant l'être humain, est responsable d'une pandémie de COVID-19 qui touche sévèrement le Monde ^{2,3}. L'état de pandémie a été déclaré par l'OMS le 11 mars 2020 ;
- Le SARS-CoV-2 est détecté dans les voies respiratoires supérieures dès les phases précoces de l'infection et avant même l'apparition de symptômes. Le pic de transmission a lieu 0,7 jours avant l'apparition des symptômes. 44% des transmissions ont lieu dans la phase pré-symptomatique et l'infectiosité est faible au-delà de 7 jours ⁴⁻⁷. Le virus se réplique activement dans la gorge pendant les cinq premiers jours après l'apparition des symptômes ^{8,9}.
- Les coronavirus persistent probablement plusieurs heures sur les surfaces inertes sèches et jusqu'à 9 jours en milieu humide ^{10,11}. Cette durée dépend de plusieurs paramètres (température, humidité, inoculum de départ, présence de liquide biologique). Ainsi, la transmission manuportée par l'environnement est possible ;
- Le virus se transmet à partir de personnes déjà infectées, malades ou porteuses asymptomatiques du virus, essentiellement par transmission directe de particules émises lors de la toux, de l'éternuement ou simplement en parlant, et par transmission indirecte par contact *via* une surface inerte contaminée ^{2,11,12}. Il y a donc une nécessité de prévention de type « gouttelettes » et de type « contact » ;
- **La transmission par aérosol n'est pas la voie principale mais elle est à prendre en compte dans certaines situations de soins dont les soins bucco-dentaires ^{11,13}. En effet, beaucoup de matériels employés en chirurgie-dentaire génèrent des projections et/ou des aérosols potentiellement contaminés ¹⁴⁻¹⁶ ;**
- Depuis le 14 mars 2020 nous sommes au **stade 3 de l'épidémie**, ce qui signifie que le virus circule activement sur l'ensemble du territoire. Afin de protéger les patients et les professionnels de santé, les cabinets dentaires ont été fermés du 16 mars au 10 mai 2020 ^{17,18} ;
- Au total, au 14 juin 2020, on dénombrait en France 157 220 cas confirmés, 10 881 personnes encore hospitalisées dont 869 en réanimation, et 29 407 patients sont décédés ³ ;
- Depuis le 11 mai 2020, un déconfinement progressif a lieu avec la mise en place d'une stratégie d'identification et de suivi des cas groupés ;
- **Même si la situation épidémique s'est nettement améliorée, le virus circule toujours, ce qui justifie de maintenir des mesures spécifiques au COVID-19.** Pour preuve, depuis le 11 mai 2020, 210 clusters ont été identifiés en France (à la date du 11 juin), hors EPHAD et milieu familial restreint. Il y a encore actuellement plusieurs centaines de nouveaux cas confirmés par 24h ainsi que de nouvelles hospitalisations en réanimation ;
- **La fin des mesures spécifiques est sous-tendue au minimum au passage au stade 4 de l'épidémie** (retour à la normale), et repose sur des indicateurs mêlant incidence des cas confirmés, capacités de tests virologiques et capacités hospitalières en soins intensifs. **Néanmoins, certaines mesures devront sûrement persister après la fin de l'épidémie ;**
- Le taux d'immunité collective nécessaire à une protection de la population est actuellement estimé à 70% ¹⁹. Il est en moyenne de 6% en France métropolitaine et de 12% sur l'Île de France et le Grand-Est ⁹ ;
- Il existe encore des incertitudes sur l'effet protecteur des anticorps à moyen ou long terme, chez les patients ayant développé une infection à COVID-19, et à ce jour, aucun vaccin n'existe pour prévenir le COVID-19 ²⁰ ;
- **En France, entre le 1^{er} mars et le 26 mai 2020, 18 195 patients sont décédés de COVID-19. 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes. 78% des cas graves en réanimation présentaient au moins une comorbidité.** Les plus significatives étant : surpoids ou obésité à partir d'un IMC > 25 (35%), diabète (25%), pathologies cardiaque (19%) pulmonaire (17%) rénale (6%), immunodéficience (7%), et HTA spécifiquement (37% mais possiblement sous-estimée car recueil tardif) ²¹. Selon l'avis du conseil scientifique, 17 millions de personnes sont à risque de développer une forme grave de la maladie (âge, comorbidités...) ²² ;
- Tous les patients présentant un tableau de virose respiratoire ainsi qu'une perte de goût ou d'odorat soudaine doivent être considérés comme suspects de COVID-19 ^{23,24} ;
- Les recommandations du présent document s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de sortie de confinement. Elles ont pour objectif de permettre une reprise d'activité afin de répondre aux besoins des patients en santé bucco-dentaire tout en limitant les risques de propagation du virus SARS-CoV-2. Elles sont complémentaires des précautions standard ²⁵ et de celles exposées dans les référentiels en vigueur pour la prévention du risque infectieux en cabinet dentaire ²⁶.

Les soins bucco-dentaires nécessitent jusqu'à la normalisation de la situation sanitaire :

- Une information préalable des patients quant aux modalités spécifiques mises en place ;
- Le respect des mesures habituelles de prévention du risque infectieux ²⁶ ;
- Une organisation fonctionnelle et matérielle particulière des locaux professionnels ;
- Une évaluation préalable des patients ;
- Le report de certains actes en fonction des situations ;
- Une planification des rendez-vous et une procédure d'accueil des patients spécifiques ;
- Une tenue de protection adaptée à chaque situation ;
- La mise en œuvre de protocoles spécifiques pour les soins et le bionettoyage.

2. ORGANISATION DES LOCAUX

- Éviter la venue de personnes extérieures, non essentielles, au fonctionnement du cabinet.

2.1 Retour à l'activité

- Comme après chaque fermeture prolongée, avant la réouverture du cabinet, il est nécessaire de procéder aux opérations suivantes :
 - Eau froide : purger pendant 5 minutes tout le circuit d'eau froide. Faire de même avec les équipements du fauteuil (cordons micromoteurs, seringue multifonction...) ;
 - Eau chaude : vidange complète des équipements de stockage d'eau en ouvrant tous les points d'eau chaude. Les mousseurs doivent être retirés afin de ne pas retenir les dépôts. Si possible, aérer la pièce pour évacuer au plus vite les aérosols ;
 - Aspiration : nettoyer les filtres, tester les aspirations et réaliser une désinfection avec le produit habituel ;
 - Sols et surfaces : effectuer un bionettoyage des sols et un traitement des surfaces à l'aide de produits détergents désinfectants virucides (norme NF EN 14476).

2.2 Salle d'attente - Secrétariat

- La salle d'attente :
 - Doit être débarrassée de tout objet de type magazine, livre, revue et jouet ^{27,28} ;
 - Doit présenter **un nombre limité de places assises et espacées d'au minimum un mètre** ²⁷ (éviter les chaises avec du tissu) ;
 - Désinfecter les surfaces au minimum deux fois par jour ²⁸ (cf. 6.2). Une attention particulière doit être portée à la désinfection régulière des interrupteurs et des poignées et des chambranles de porte ;
 - Aérer au moins deux fois par jour ²⁸ : pendant au moins 10 minutes (adapter le temps d'aération au volume de la salle d'attente) ;
- Prévoir la mise à disposition de solution hydro-alcoolique et de masques de protection pour les patients qui n'en disposent pas (cf. 3.1) ^{27,28} ;
- Mettre à disposition des mouchoirs à usage unique et une poubelle avec couvercle ²⁸ ;
- Afficher les mesures barrières vis-à-vis du coronavirus (annexe 1) et les techniques de lavage / friction des mains (annexes 2 et 3) ;
- Suspendre l'utilisation des fontaines à eau ²⁹ ;
- Si les sanitaires sont accessibles, des mesures de désinfection systématique doivent être mises en place et le point d'eau doit être correctement équipé (savon liquide, essuie-mains jetables, poubelle) ;
- Mettre en place, si possible, un système de protection antiprojections à l'accueil (vitre, plexiglass...) ²⁷.

2.3 Salle de soins

- Pour les salles de soins avec plusieurs fauteuils :
 - Respecter les gestes et les distances barrières entre les patients (plus d'un mètre) ;
 - Ne pas prendre plusieurs patients en même temps si un geste aérosolisant est prévu sur l'un d'eux ;
- Si les locaux le permettent, il est pertinent d'envisager de travailler sur 2 salles de soins en alternance ;
- Un carton ou un sac à DASRI doit être immédiatement accessible ²⁶ ;
- Un bac de pré-désinfection avec un couvercle doit être immédiatement accessible ²⁶ ;
- Il faut dégager complètement les surfaces de travail susceptibles de recevoir des projections pour les rendre facilement nettoyables (lors de l'utilisation de rotatifs, des projections sont retrouvées à plus de 1,5 mètres de la source ³⁰) ;
- Si des équipements ne peuvent pas être retirés des plans de travail, les protéger par un champ ou une housse en plastique ;
- Protéger et désinfecter régulièrement le matériel informatique (clavier, souris...) et téléphonique.

2.4 Ventilation et climatisation des locaux

- Comme n'importe quel lieu de travail, une salle de soins doit bénéficier d'un apport d'air neuf, soit par une ventilation naturelle (fenêtre ou autre ouvrant) soit par une ventilation mécanique. Le débit d'air neuf entrant minimum est de 45 m³ par heure et par occupant ³¹ ;
- Il est recommandé d'identifier le type de ventilation existante, les dispositifs permettant l'apport de l'air neuf et l'extraction de l'air vicié et d'en vérifier le bon fonctionnement, en contactant si besoin son installateur ;
- **Vis-à-vis du SARS-CoV-2, il y a une nécessité de renouvellement de l'air supplémentaire**, due aux potentiels aérosols contaminés restant en suspension dans la salle de soins, même si le premier objectif pour le praticien est d'en réduire la quantité émise (cf. 5.1.2) ;
- **Après chaque geste générant des aérosols, il est donc nécessaire d'assurer un renouvellement maximum de l'air de la salle de soins avant d'y faire entrer un nouveau patient ;**
- Lors de la réalisation d'un soin générateur d'aérosols et pendant la phase d'aération, la porte de la salle de soins doit être fermée, et le personnel soignant présent doit être équipé d'une protection adaptée (cf. 4.3).

2.4.1 Salle de soins avec fenêtre

- Pour renouveler l'air, aérer **au minimum 15 minutes** après un soin générant des aérosols (en prenant en compte les caractéristiques décrites dans l'annexe 4) ;
- Il est possible de réaliser l'aération dès la fin de l'acte générant les aérosols avant que le patient ne sorte de la salle de soins ;
- **Le bionettoyage peut avoir lieu pendant la phase d'aération ;**
- La fenêtre ne doit pas donner directement sur un lieu occupé ou un lieu de passage.

2.4.2 Salle de soins sans fenêtre

- Il est possible de compenser une absence de fenêtre par une **centrale de traitement d'air (CTA) en tout air neuf**, permettant un taux de renouvellement **minimum** de 6 volumes par heure (sans recyclage) ^{32,33}. Cette CTA ne doit pas mettre la salle de soins en surpression (débit d'air extrait ≥ débit d'air introduit). Pour comparaison, les blocs opératoires AIA (Anesthésiques Inflammables Autorisés) doivent avoir un taux de renouvellement de 15 volumes par heure ³³.
- La HAS recommande de ne pas pratiquer des soins générant des aérosols dans une salle de soins sans fenêtre et sans ventilation adaptée ¹.

2.4.3 Climatisation

- En général, les climatiseurs individuels ne ventilent pas le local. Le groupe intérieur prend l'air dans la pièce et restitue cet air à la température désirée ^{34,35} ;
- Les systèmes à recirculation d'air comme les climatiseurs, qu'ils soient ou non équipés de filtre, doivent être arrêtés dans la mesure du possible afin d'éviter la dispersion de l'aérosol généré et la contamination de toutes les surfaces de la salle ;
- **L'utilisation de la climatisation dans la salle de soins reste possible en dehors des périodes où les aérosols sont produits ou encore en suspension** (c'est à dire après la fin de l'aération qui suit l'acte aérosolisant).
- Si la climatisation est utilisée, il est recommandé :
 - D'utiliser les filtres les plus performants possibles sur le plan sanitaire, en lien avec la compatibilité technique de l'installation ³⁵ ;
 - De changer les filtres régulièrement (si possible toutes les semaines) en suivant les guides de recommandations (Ministère, UNICLIMA) ^{35, 36} ;
- Dans le cas de l'utilisation d'une CTA en tout air neuf pour conditionner l'air, les consignes de température et d'humidité habituelles doivent être maintenues ;
- La HAS a interrogé l'ANSES sur cette question ¹. Ce point pourra évoluer en fonction de la réponse de l'ANSES.

2.4.4 Épurateurs d'air

- Les épurateurs d'air fonctionnent soit sur des techniques de piégeage (filtration HEPA par exemple) soit par des techniques d'oxydation ou de destruction. Parfois ces techniques sont combinées ;
- **Diverses questions, parfois non-résolues, se posent quant à l'utilisation de ces appareils** ³⁷ :
 - L'innocuité de l'appareil est-elle certaine ? Certains dispositifs d'oxydation ou de destruction peuvent eux-mêmes dégrader la qualité de l'air en générant des polluants secondaires ;
 - En fonction du volume de la salle de soins, le temps nécessaire pour obtenir l'efficacité avancée par le constructeur est-il compatible avec la pratique clinique ? Ce type de dispositif est généralement moins efficace pour des grands volumes ;
 - L'efficacité avancée par le constructeur est-elle soutenue par une étude expérimentale virologique sur un virus enveloppé ?
 - Parfois l'utilisation du dispositif impose que personne ne soit présent dans la salle de soins ;
 - La maintenance (changement de filtre...) est-elle possible et quel en est le coût ?
- **D'avis d'experts, ce type de dispositifs ne peut être que complémentaire à une ventilation des locaux ;**
- **La Direction de l'évaluation des risques de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) indique que : « A ce jour, considérant son champ de missions/compétences et au vu de l'ensemble de ces éléments, notamment de l'absence de réglementation et de modalités de certification, elle n'est pas en mesure d'assurer ni l'efficacité ni l'innocuité de dispositifs commercialisés et revendiquant une épuration de l'air intérieur »** ³⁵.

2.5 Local technique

- **L'air rejeté par l'aspiration doit être traité grâce à un filtre HEPA** (filtre haute efficacité) de classe H13 au minimum ³⁸. A défaut, il faut s'assurer que l'air ne soit pas rejeté dans un local occupé, que ce soit par du public, des patients ou des soignants, ou dans le local où se trouve le compresseur d'air ;
- En fonction de la configuration des locaux, le compresseur peut lui aussi nécessiter l'équipement d'un filtre HEPA ;
- La mise en place d'un tel filtre peut nécessiter l'intervention d'un technicien spécialisé.

2.6 Salle de repos et vestiaire

- Respecter les gestes barrières dans ces locaux ;
- Se conformer aux recommandations du Ministère du travail ³⁹.

3. LES PATIENTS

3.1 Evaluation

- Inciter les patients à ne pas se présenter spontanément au cabinet. En effet, il est impératif de faire **une première évaluation avant le rendez-vous des patients** (téléphonique, par mail ou par tout autre moyen de communication) ;
- Cette évaluation préalable permet de classer les patients dans l'un des deux groupes suivants :

Groupe 1	Patients ne faisant pas partie du groupe 2
Groupe 2	Patient COVID-19 avéré non guéri ^(a) (patient en isolement) Patient en contact étroit avec un patient COVID-19 avéré (patient en quatorzaine) Patient présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ^(b) (doit être évalué par son médecin traitant pour définir la conduite à tenir)

- a. Les critères de guérison dépendent de la disparition des symptômes (une toux irritative peut persister) et de l'état de santé du patient. L'évaluation de la guérison du patient relève du médecin traitant
- b. Principaux signes ⁴⁰ : Fièvre (>38°C) ou sensation de fièvre (frissons), toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d'odorat, diarrhée, céphalées inhabituelles, fatigue importante et inhabituelle, altération de l'état général
- Si un rendez-vous est donné au patient :
 - **Lui demander de se présenter muni d'un masque** grand public ou d'un masque chirurgical ^{28,41} (sinon prévoir de lui en fournir un) ;
 - L'informer des modalités spécifiques d'accueil (cf. 3.5) ;
 - **Lui expliquer expressément qu'en cas d'apparition de symptômes avant le rendez-vous, il ne doit pas se présenter au cabinet** et doit vous prévenir (il sera alors informé qu'il doit contacter son médecin traitant) ;
- Il est nécessaire d'intégrer **dans le questionnaire médical les critères permettant la détection des patients à risque de développer une forme grave** de la maladie (cf. annexe 5).

3.2 Tests ^{9,42,43}

Pour le diagnostic COVID, il faut distinguer deux types de tests :

- **Les tests de diagnostic indirect** (tests sérologiques) qui permettent de rechercher la présence d'anticorps spécifiques au SARS-CoV-2 avec :
 - Soit des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) réalisés en dehors du laboratoire de biologie médicale (LABM) sur liquides biologiques comme le sang total prélevé au niveau capillaire. Les TROD doivent être confirmés par des examens complémentaires afin d'établir un diagnostic ;
 - Soit des tests réalisés en LABM analysés sur matrice complexe (type sérum ou plasma). Parmi ces derniers on retrouve le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ainsi que les tests de dépistage sérologiques de type ELISA et dérivés qui sont plus sensibles et plus spécifiques que le TDR.
- La présence d'anticorps spécifiques au SARS-CoV-2 témoigne du fait que l'individu a été infecté par ce virus dans les semaines ou les mois précédents ;
- Les tests sérologiques ne sont pas recommandés dans le cadre du diagnostic précoce de l'infection COVID-19 lors de la première semaine suivant l'apparition des symptômes ⁴² ;
- **Les tests sérologiques ne permettent pas de statuer si la personne est contagieuse ou pas** ^{9,42} ;
- Les tests sérologiques permettent uniquement de déterminer si une personne a produit des anticorps en réponse à une infection par le SARS-CoV-2 ⁴² ;
- La cinétique de production des anticorps contre le virus est encore aujourd'hui mal caractérisée ⁴² principalement chez les patients qui auraient été infectés de façon asymptomatique. La durée de protection éventuelle est également mal connue.

- **Les tests de diagnostic direct** qui recherchent soit le génome viral soit un antigène viral.
 - La recherche du génome viral (RT-PCR réalisés en laboratoire) est la seule méthode retenue actuellement par l’OMS et la HAS pour établir un diagnostic biologique.
 - Le génome viral est détecté de façon optimale dans les échantillons nasopharyngés jusqu’à J7 après l’apparition des symptômes. Après ce délai, la détection n’est plus optimale au sein de ces prélèvements ⁹.
 - Concernant la recherche d’antigène viral, des tests de détection antigénique rapide sur prélèvements salivaires ont été décrits mais leurs performances n’ont pas été suffisamment évaluées à ce jour pour être recommandés.

Qu’il s’agisse des tests sérologiques ou de diagnostic direct, compte tenu de la faible quantité disponible actuellement, de performances non encore suffisamment évaluées ou de pertinence clinique non clairement démontrée, il n’est pas envisageable de réaliser un test de diagnostic systématique à tous les patients avant un rendez-vous au cabinet dentaire.

➔ **A ce jour, l’utilisation systématique de tests sérologiques ou de diagnostic direct pour adapter la prise en charge clinique des patients en cabinet dentaire n’est pas recommandée.**

3.3 Actes cliniques réalisables

Compte tenu de l’amélioration de la situation épidémique, les soins non-urgents peuvent-être réalisés chez les patients du groupe 1. Une évolution défavorable de la situation pourrait justifier de revenir à des mesures plus restrictives.

	Groupe 1 Patient ne faisant pas partie du groupe 2	Groupe 2 Patient COVID-19 avéré non guéri ^(a) (patient en isolement) Patient en contact étroit avec un patient COVID-19 avéré (patient en quatorzaine) Patient présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ^(b) (doit être évalué par son médecin traitant pour définir la conduite à tenir)
Soins urgents Tout soin qui nécessite une intervention rapide Ex. : Traitement des pulpites aiguës irréversibles, infections, traumatismes, hémorragies...	OUI	OUI Sur des plages horaires dédiées aux patients de ce groupe
Soins non-urgents	OUI	NON Le patient doit contacter son médecin traitant afin que celui-ci valide soit : <ul style="list-style-type: none"> - La guérison du patient (fin de l’isolement) - La fin de la quatorzaine - Le fait que le patient n’est pas COVID-19 malgré des symptômes

a. Les critères de guérison dépendent du délai depuis la disparition des symptômes (une toux irritative peut persister) et de l’état de santé du patient (cf. annexe 5). L’évaluation de la guérison du patient relève du médecin traitant

b. Principaux signes ⁴⁰ : Fièvre (>38°C) ou sensation de fièvre (frissons), toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d’odorat, diarrhée, céphalées inhabituelles, fatigue importante et inhabituelle, altération de l’état général (cf. annexe 5)

3.4 Planification des rendez-vous

- L'organisation et le respect des horaires de rendez-vous doivent permettre :
 - La réalisation des procédures de désinfection et d'aération entre chaque patient ;
 - D'éviter que des personnes patientent en salle d'attente. Dans le cas des cabinets de groupe, il peut être pertinent de prévoir des horaires décalés ;
- Favoriser le regroupement d'actes sur une même séance plus longue ;
- **Pour les patients du groupe 2, seuls les soins d'urgence sont réalisés.** Programmer ces patients sur des plages horaires dédiées, préférentiellement en fin de vacation (fin de matinée et fin d'après-midi) ou identifier des demi-journées réservées pour eux.

3.5 Accueil des patients

- **La prise de température frontale à l'arrivée du patient est inutile et non recommandée** ⁴⁴ ;
- **Les patients du groupe 2 ne doivent pas être en contact avec les autres patients** ²⁸ ;
- Éviter les contacts physiques (ne pas s'embrasser, ne pas serrer la main...) ;
- N'accueillir que le patient à traiter (pour les mineurs et les patients non autonomes, un seul accompagnant, qui devrait rester dans la salle d'attente) ^{27,28} ;
- Dès l'arrivée du patient, et le cas échéant, de son accompagnant :
 - Leur faire réaliser une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) ^{27,28} ;
 - Leur demander de porter leur masque ou leur fournir un masque chirurgical. **Un masque de type chirurgical est nécessaire pour les patients du groupe 2** ²⁸ **et les patients à risque de forme grave** ⁴¹.
 - S'assurer que le masque est bien positionné ;
- Limiter la quantité d'effets personnels introduits dans la salle de soins (manteau, sac...). Possibilité de prévoir un bac dédié aux effets personnels qui sera le cas échéant décontaminé entre chaque patient ;
- Aspects administratifs :
 - Se frictionner les mains avec une SHA après avoir manipulé tout document provenant du patient, la carte vitale ou un moyen de paiement ²⁷ ;
 - Privilégier le paiement par carte bancaire ²⁹ ;
 - Décontaminer régulièrement les touches du terminal de carte bancaire ²⁹ ;
- **Il n'est pas justifié de faire porter une charlotte, une surblouse ou des sur-chaussures au patient.**

4. LE PERSONNEL SOIGNANT ET NON SOIGNANT

4.1 Reprise d'activité

4.1.1 Professionnel salarié

- Tout professionnel salarié ayant un ou des facteur(s) de risque de forme grave de COVID-19 (cf. annexe 5) doit prendre contact avec son service de santé au travail avant une reprise d'activité. Ce dernier évaluera, en fonction de son état de santé, des conditions de travail, du risque d'exposition et du contexte épidémique du territoire, la possibilité ou non, pour le salarié, de reprendre l'activité professionnelle ⁴¹.

4.1.2 Professionnel libéral

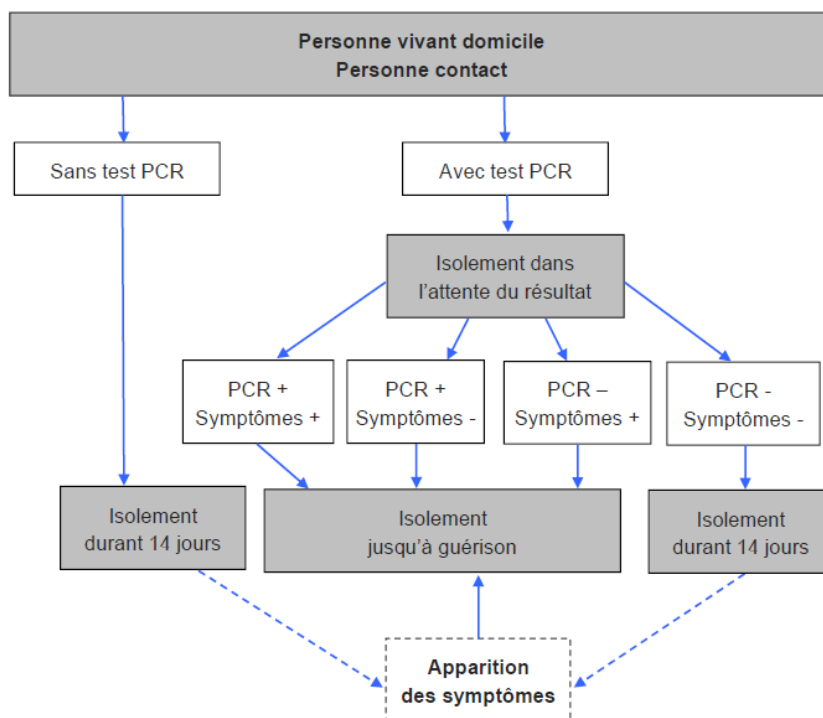
- Un professionnel libéral ayant un ou des facteur(s) de risque de forme grave de COVID-19 (cf. annexe 5) doit prendre contact avec son médecin traitant ou son service de santé au travail avant une reprise d'activité. Celui-ci évaluera en fonction de son état de santé, des conditions de travail, du risque d'exposition et du contexte épidémique du territoire, la possibilité ou non, pour le praticien, de reprendre l'activité professionnelle ⁴⁵.

4.1.3 Professionnel symptomatique

- Lorsqu'un professionnel présente des signes évocateurs de Covid-19, il doit interrompre son activité professionnelle et prendre contact avec son médecin du travail ou son médecin traitant pour que celui-ci évalue les symptômes et prescrive un prélèvement diagnostique ⁴⁶.

4.1.4 Professionnel en contact avec un cas avéré

- Contact dans le cadre privé : La conduite à tenir est la même que pour les non-professionnels de santé ⁷². Une stratégie de « contact-tracing » a été mise en place ^{47,48} ;



- Contact dans le cadre de l'activité professionnelle : L'équipe soignante étant protégée par des équipements de protection individuelle adaptés, les professionnels ayant soigné un patient COVID-19 avéré ne sont pas considérés comme des cas contacts ^{1,48}.

4.1.5 Reprise d'activité d'un professionnel après une contamination COVID

- Personnel de santé non à risque de développer une forme grave de COVID-19 : la levée du confinement peut avoir lieu à partir du 8ème jour du début des symptômes ET au moins 48h après la disparition de la fièvre ET au moins 48h après la disparition de la dyspnée, AVEC lors de la reprise des activités professionnelles, au contact des patients et/ou des autres professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical pendant 7 jours suivant la levée du confinement ^{1,48}.
- Personnel de santé à risque de développer une forme grave de COVID-19 : La levée du confinement peut avoir lieu à partir du 10ème jour du début des symptômes ET au moins 48h après la disparition de la fièvre ET au moins 48h après la disparition de la dyspnée, AVEC lors de la reprise des activités professionnelles, au contact des patients et/ou des autres professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical pendant 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement ^{1,48}.

4.2 Mesures d'hygiène personnelle

Pour l'ensemble des personnes travaillant au cabinet dentaire, il est recommandé les éléments suivants :

- Avoir les avant-bras dégagés ^{25,26} ;
- Avoir les ongles courts, sans vernis, faux-ongles ou résines ^{25,26} ;
- Ne pas porter de bijou aux mains et aux poignets (bracelet, bague, alliance, montre) ^{25,26}. Le port de boucles d'oreilles ou d'un collier est déconseillé ;
- Ne pas avoir de barbe (empêche l'étanchéité des masques FFP2) ;
- Attacher les cheveux mi-longs ou longs ;
- Porter une tenue professionnelle propre et dédiée à l'activité ^{25,26} ;
- La tenue professionnelle (cf. 4.2.1.1) ne doit pas quitter le cabinet. Autant que possible, les tenues professionnelles ne devraient pas être lavées au domicile des soignants ;
- Une friction avec une SHA ou un lavage des mains et des avant-bras au savon doit être réalisé à l'issue de chaque changement de tenue.

4.3 Tenue de protection

4.3.1 L'équipe administrative

Pour l'équipe administrative (qui n'entre jamais dans l'espace de soins), le port du masque chirurgical en continu est requis. En l'absence de protection anti-projections efficace en zone d'accueil (vitre, panneau plastique...), il sera nécessaire de porter des lunettes de protection ou un écran facial.

La durée de port d'un même masque chirurgical ne doit pas excéder 4 heures, tout en respectant les règles d'usage (cf. annexe 8) ²⁶.

4.3.2 L'équipe soignante

On entend par soignant, le chirurgien-dentiste et le cas échéant l'assistante dentaire. L'aide dentaire qui réalise le bionettoyage de la salle de soins doit être équipée des mêmes EPI que l'équipe soignante.

4.3.2.1 Tenue professionnelle

L'équipe soignante doit porter une tenue professionnelle dédiée à l'activité de soins ^{25,26} (pantalon, tunique manches courtes, chaussures fermées). Pour les soins, il est requis de porter des équipements de protection individuelle (EPI) complémentaires (voir le protocole d'habillage et de déshabillage en annexes 6 et 7).

4.3.2.2 Protection oculaire

- Lunettes de protection et/ou écran facial ^{25,26} ;
- L'écran facial permet de protéger le masque et limite le risque qu'il soit souillé ;
- Certains écrans faciaux « faits maison » pourraient ne pas être suffisamment résistants en cas de projection d'un débris dentaire ou d'une fraise fracturée par exemple. Dans ce cas, il semble raisonnable de porter des lunettes sous l'écran facial.
- La norme EN 166 atteste qu'une protection oculaire a été testée et validée ;
- Le port d'un écran facial ne confère pas une protection respiratoire ⁴⁹.

4.3.2.3 Protection respiratoire

- Le port du masque FFP2 (ou équivalent, par ex. N95, KN95...) est requis pendant les soins générateurs d'aérosols ⁵⁰ mais aussi lors du bionettoyage et de l'aération de la salle suite à ce type de soins ;
- Un masque FFP2 est normalement à usage unique ^{26,51}. Dans des conditions de pénurie, il est possible de prolonger son usage sans dépasser une durée maximale de 8 heures ⁵¹. Compte tenu de la gêne provoquée par le port prolongé d'un tel masque, il est souhaitable de le conserver au maximum 4 heures ;
- Le masque FFP2 peut être conservé pour plusieurs patients s'il n'est pas souillé, mouillé ou manipulé ⁵¹ ;
- Lorsque le soignant ne porte pas de masque FFP2, le port du masque chirurgical en continu est requis. Les règles d'usage des masques sont détaillées dans l'annexe 8.

4.3.2.4 Protection de la tenue professionnelle

- Si la tenue professionnelle n'est pas protégée, celle-ci doit être changée après chaque soin générant des projections ou des aérosols.

4.3.2.4.1 Soin aérosolisant non souillant

Lors d'un soin aérosolisant non souillant^a, il est recommandé que la tenue professionnelle soit **au minimum** protégée par un tablier plastique (à usage unique ou lavable), qui sera remonté pour couvrir au maximum le haut du torse. Dans cette configuration, il est nécessaire de :

- Changer le tablier entre chaque patient et réaliser une hygiène des mains et des avant-bras (coudes inclus) avec une solution hydro-alcoolique ou du savon ;
- **Changer sa tenue professionnelle à la fin de chaque demi-journée** et dès que celle-ci est souillée ou mouillée ;
- Ne pas mettre en contact les zones exposées de la tenue professionnelle avec les patients.



4.3.2.4.2 Soin aérosolisant souillant

Lors d'un soin aérosolisant souillant^a, il est recommandé que la tenue professionnelle soit totalement protégée ainsi que les avant-bras. Le soignant s'équipe alors **d'une surblouse**²⁵ :

- En non tissé ou en plastique, à usage unique ;
- En tissu ou casaque de bloc opératoire, lavable (réutilisable) : lavage au cabinet^b ;
- En plastique lavable par ex. en polyéthylène (réutilisable)



Ou, en l'absence de surblouse, de protections plastiques des membres supérieurs qui complètent le tablier (usage unique) ;

4.3.2.5 Autres protections

- Gants à usage unique :
 - **Il est contre-indiqué, dans un contexte de soins, de pratiquer une désinfection des gants** par une solution hydro-alcoolique ou tout autre désinfectant^{52,53} ;
 - Une procédure d'hygiène des mains est réalisée après chaque retrait de gants^{25,53} ;
- Port d'une charlotte ou d'un calot obligatoire. Il peut être conservé entre chaque patient, pendant une demi-journée, s'il n'est ni souillé ni mouillé. Il peut être à usage unique ou lavable^a ;
- **Le port de sur-chaussures n'est pas justifié**⁵⁴.

^a. On entend par soin souillant, un soin avec : risque de projection de sang, risque de projection/aérosolisation de salive (impossibilité de poser la digue, détartrage ultrasonore...)

^b. Lavage au minimum à 60° pendant 30 minutes pour être efficace sur les coronavirus⁵⁵

Type de soins	Tablier plastique jetable	Surblouse	Masque Chirurgical	Masque FFP2	Lunettes et /ou visières de protection	Gants à usage unique	Exemples
Acte sans aérosol	✗	✗	✓	✗	✓	✓	Acte sans utilisation de la seringue air-eau ou d'un instrument rotatif ou ultrasonore
Soin aérosolisant non-souillant	✓	✗	✗	✓	✓	✓	Soin conservateur ou endodontique sous digue
Soin aérosolisant souillant	✗	✓	✗	✓	✓	✓	Impossibilité de poser la digue, avulsion avec utilisation de rotatif, détartrage ultrasonore...

5. REALISATION DES SOINS

5.1 Gestion des aérosols

5.1.1 Actes générant des aérosols

De nombreux matériels employés en odontologie génèrent des aérosols potentiellement contaminés¹⁴⁻¹⁶. Les actes identifiés comme générant des aérosols sont : le détartrage ultrasonique, l'usage de la turbine ou du contre-angle, l'aéropolissage, l'utilisation de la seringue air/eau¹⁴⁻¹⁶. Ainsi, la quasi-totalité des actes réalisés en bouche est susceptible de générer des aérosols dans des quantités plus ou moins importantes.

La quantité d'aérosol produite peut être mise en relation avec la quantité d'air éjecté et la quantité d'eau dans le spray. Une turbine nécessite 35 à 50 litres d'air par minute pour fonctionner alors qu'un contre angle multiplicateur ne nécessite que 4 à 8 litres d'air par minute. Afin de limiter la quantité d'aérosols générés il est préférable d'utiliser un contre-angle à une turbine, quand cela est possible.

5.1.2 Démarche vis-à-vis des aérosols

L'objectif est de réduire au maximum les aérosols contaminés en suspension dans la salle de soins. Chronologiquement le praticien doit :

- **Diminuer la contamination de l'aérosol créé :**
 - Diminuer la charge microbienne de l'aérosol en faisant réaliser un bain de bouche antiseptique au patient (cf. 5.2) ;
 - Isoler l'aérosol créé vis-à-vis de la salive potentiellement contaminée (pose de la digue) ;
- **Réduire la quantité d'aérosols créés** (contre-angle bague rouge plutôt qu'une turbine, débit d'eau minimum nécessaire, limiter l'utilisation des ultra-sons, pas d'utilisation d'un aéropolisseur...);
- **Aspirer au plus près les aérosols créés** : aspiration puissante, double aspiration, travail à quatre mains...
- **Renouvellement de l'air** pour les aérosols résiduels en suspension (cf. 2.4).

5.2 Protocole de soins

- Le patient garde son masque jusqu'au début du soin et le remet dès la fin du soin ;
- Comme avant tout soin bucco-dentaire, un bain de bouche antiseptique est préconisé²⁶.
Dans certains protocoles actuels il est proposé, pour réduire une potentielle charge virale buccale, un bain de bouche à la povidone iodée ou au peroxyde d'hydrogène. L'activité virucide de ces molécules, dans des solutions pour bains de bouche, sur le SARS-CoV-2, n'est à l'heure actuelle pas cliniquement prouvée^{(a) 16,56,57}.
- Condamner l'utilisation des crachoirs (aspirer le bain de bouche ou le faire recracher dans un gobelet, un haricot ou un lavabo dédié) ;
- Les radiographies intra-orales doivent être réalisées avec précautions car elles stimulent la sécrétion de salive et peuvent provoquer un réflexe de toux⁵⁸.
- L'utilisation de la digue doit être privilégiée dans toutes les situations cliniques possibles^{58,59} ;
- Une fois la digue posée de façon étanche, le champ est désinfecté avec de l'hypochlorite de sodium ;
- Utiliser une aspiration puissante^{58,59}, si possible deux aspirations ;
- Favoriser le travail à quatre mains^{58,60} ;

(a) À ce jour, il n'y a pas d'étude chez l'être humain. Parmi les antiseptiques susceptibles d'être utilisés en solution de bain de bouche, testés in vitro contre plusieurs autres coronavirus infectant l'être humain, le peroxyde d'hydrogène et la povidone iodée semblent plus efficaces que la chlorhexidine. Cependant, leurs rémanences ne faisant pas l'unanimité, leur action pourrait ne pas suffire pour couvrir un acte dentaire dans la durée. Ainsi, sur la base des connaissances actuellement disponibles, qui se résument à des résultats in vitro, il est impossible de recommander de manière rationnelle l'usage d'une molécule antiseptique dans le but de réduire la charge virale du SARS-CoV-2 dans la cavité orale⁵⁶

- En fonction de la situation clinique, le praticien évaluera la méthode la plus adaptée pour générer un minimum d'aérosols ⁵⁸ ;
- L'utilisation d'un aéropolisseur n'est pas recommandée ;
- Si l'emploi d'un instrument rotatif créant un aérosol est nécessaire :
 - Privilégier un contre-angle multiplicateur à une turbine ;
 - Diminuer le débit d'eau au minimum nécessaire ;
 - Faire une procédure de stérilisation après chaque utilisation ou utiliser un rotatif jetable ²⁶ ;
- En cas d'administration de MEOPA, certaines précautions d'emploi sont nécessaires (cf. annexe 10) ;
- La prescription d'AINS doit être proscrite chez les patients atteints de Covid-19 ⁶¹. La prescription d'AINS, en l'absence d'alternative efficace, est possible chez le patient asymptomatique et sans contact avec un cas avéré de COVID-19. Dans ce cas, la prescription doit être la plus courte possible (2 jours maximum) et le patient doit être informé qu'en cas d'apparition de symptômes (fièvre, toux, perte soudaine de l'odorat ou du goût, diarrhée...) il doit arrêter le traitement et reprendre contact avec le praticien ⁶² ;
- La prescription d'une corticothérapie de courte durée (3 à 5 jours à 1 mg/kg/j) est possible chez les patients asymptomatiques et sans contact avec un cas avéré de COVID-19 ⁶³. Le patient doit être informé qu'en cas d'apparition de symptômes (fièvre, toux, perte soudaine de l'odorat ou du goût, diarrhée...) il doit arrêter le traitement et reprendre contact avec le praticien.

6. BIONETTOYAGE ET GESTION DES DECHETS

- La SF2S ⁶⁴ recommande de ne pas modifier les procédures standard de prise en charge des instruments chirurgicaux et autres dispositifs médicaux réutilisables potentiellement contaminés par le SARS-CoV-2. Elle rappelle que les détergents désinfectants utilisés en stérilisation répondent à plusieurs normes dont la norme de virucidie NF EN 14476 ;
- Le respect des procédures standard habituelles est un préalable nécessaire ²⁶.

6.1 Entre chaque patient

- En cas de pénurie, si le masque FFP2 n'est pas souillé ou mouillé, il peut être conservé pour la durée de la demi-journée (cf. annexe 8) ⁵¹.
- Les EPI sont changés (gants, tablier +/- manchons de protection des membres supérieurs ou surblouse) ou décontaminés (lunettes de protection / écran facial réutilisables) ²⁵ ;
- **Les déchets de soins et les EPI (gants, masques, surblouses à usage uniques) souillés** ^a sont éliminés par la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI). Cf. annexe 11 et le tableau page 16 pour le stockage et l'élimination des DASRI ;
- **Les EPI non souillés** ^a sont éliminés par la filière des déchets ménagers dans des sacs dédiés à cet effet avec une procédure spécifique ⁶⁵ (cf. 6.3) ;
- Procéder à l'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique ou du savon (+/- les avants bras) ;
- En cas d'acte générateur d'aérosols, aérer la salle de soins **au moins 15 minutes**, fenêtre grande ouverte avec la porte de la salle de soins fermée (cf. annexe 4) ;
- Désinfecter l'ensemble des surfaces (fauteuil, unit, tuyau d'aspiration, plan de travail, poignées, etc.) avec un détergent-désinfectant répondant notamment à la norme NF EN 14 476 - en respectant le temps d'action - ou à défaut avec un détergent ménager neutre complété par un rinçage et une désinfection avec de l'hypochlorite de sodium à 0,1% (cf. annexe 9) ;
- Avoir à l'esprit que des projections peuvent contaminer à plus de 1,5 m de la source ³⁰ et que les aérosols peuvent se redéposer à distance de la source ;
- Pré-désinfecter puis nettoyer les dispositifs médicaux avec un produit détergent-désinfectant répondant - entre autres - à la norme NF 14 476 ;

- Désinfection des empreintes : Rincer les empreintes à l'eau froide pendant au moins 15 secondes puis les désinfecter avec un produit désinfectant répondant - entre autres - à la norme NF 14 476. A défaut, les désinfecter avec de l'hypochlorite de sodium à 0,5% en suivant la procédure suivante :
 - Produits hydrophobes (silicones, polysulfures) : immersion dans un bac fermé pendant 30 minutes dans la solution d'hypochlorite, puis rinçage de l'empreinte sous l'eau courante froide ^{66,67}.
 - Produits hydrophiles (alginate, polyéthers, pâte eugéno/oxyde de zinc) : Immersion 15 minutes dans la solution d'hypochlorite (risque de déformation) puis rincer sous l'eau froide. Privilégier les produits à la norme NF 14 476.
- Informer le prothésiste de la procédure de désinfection appliquée ;
- Rincer les tuyaux d'aspiration avec de l'eau ;
- Décontaminer les embouts réducteurs des aspirations ;
- Après un soin générateur d'aérosols, le bionettoyage doit être effectué avec des gants et des protections respiratoires et oculaires adaptées.

^a par du sang ou un autre liquide biologique (ex. la salive)

6.2 A la fin de chaque demi-journée

En complément des actions décrites au 6.1 :

- Désinfection des aspirations ^a ;
- Décontamination des filtres d'aspiration ^a ;
- Nettoyage des surfaces de la salle d'attente si celle-ci a été utilisée ^a ;
- Procéder à la fermeture des sacs de déchets avec des gants et réaliser une hygiène des mains ensuite.

^a En utilisant un produit virucide répondant à la norme NF 14 476.

6.3 En fin de journée

- Nettoyage des sols ^{75,76} : quatre options possibles (ne pas utiliser d'aspirateur) :
 - 1 temps : Balayage- humide avec un détergent-désinfectant virucide EN 14476 ;
 - 4 temps : Détergent usuel / rinçage / séchage spontané / Désinfectant virucide EN 14476 ;
 - 4 temps : Détergent usuel / rinçage / séchage spontané / Eau de javel à 0,1% ;
 - 1 temps : Entretien par appareil vapeur (norme NF T72110).
- Pour les EPI non souillés, éliminés par la filière des ordures ménagères ⁶⁵ :
 - Utiliser un sac dédié à ces déchets ;
 - Ne pas procéder à des transvasements de sac ;
 - Doubler le sac par un deuxième sac ;
 - Fermer le sac puis le stocker pendant 24h avant de le mettre à l'enlèvement.

Dispositions permanentes résultant de l'arrêté du 20 avril 2020 modifiant l'arrêté du 7 septembre 1999	
Production de DASRI (en moyenne)	Délai entre production et élimination
< 15 kg/mois	1 mois pour les déchets non OPCT 6 mois pour les perforants coupants tranchants (OPCT)
<5 kg/mois	3 mois pour les déchets non OPCT 6 mois pour les OPCT
Dispositions temporaires dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire résultant de l'arrêté du 18 avril 2020	
Production de DASRI (en moyenne)	Délai entre production et enlèvement par le collecteur
> 15 kg/mois et < 100 kg /semaine	10 jours

7. AUTRES INFORMATIONS

- Le document unique doit être mis à jour en intégrant le risque de COVID-19 ;
- Concernant la réception des livraisons : enlever le premier emballage puis réaliser une hygiène des mains avant d'effectuer le stockage.
- Concernant le personnel d'entretien : Si une aération et un délai suffisants depuis le dernier soin ont été respectés : tenue de protection habituelle, gant de ménage et masque chirurgical ¹ ;
- En cas d'intervention d'une société de nettoyage, vérifier que ses procédures et produits utilisés sont conformes aux présentes recommandations ¹.

LES RECOMMANDATIONS CONTENUES DANS CE GUIDE SONT TRANSITOIRES EN PHASE DE DECONFINEMENT. ELLES FERONT L'OBJET D'UNE RE-EVALUATION EN FONCTION DE L'EVOLUTION DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET DE L'ACTUALISATION DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES. ELLES SONT BASEES SUR UN CONSENSUS D'EXPERTS ET PARFOIS PEU ETAYEES PAR LA LITTERATURE OU AVEC UN NIVEAU DE PREUVE FAIBLE.

REFERENCES

- 1- Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19. Mesures et précautions essentielles lors de soins bucco-dentaires après le déconfinement. 18 mai 2020
- 2- Organisation Mondiale de la Santé - <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> consulté le 24 avril 2020.
- 3- Santé publique France. Infection au nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, France et monde. www.santepubliquefrance.fr consulté le 24 avril 2020.
- 4- He X et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 2020, 26: 672–675
- 5- Liu Y et al. The Reproductive Number of COVID-19 Is Higher Compared to SARS Coronavirus. *J Travel Med* 2020; 27(2):taaa021. doi: 10.1093/jtm/taaa021.
- 6- Sanche S et al. High Contagiousness and Rapid Spread of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. *Emerg Infect Dis* 2020; 26(7). doi: 10.3201/eid2607.200282.
- 7- Li Q et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *NEJM* 2020; 382:1199-1207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316
- 8- To KK et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet infect Dis*. 2020 Mar 23.
- 9- Haute autorité de santé. Place des tests sérologiques rapides (TDR, TROD, autotests) dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19. 14 mai 2020
- 10- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection*. 2020; 104: 246–51.
- 11- Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif au risque résiduel de transmission du SARS-CoV-2 sous forme d'aérosol, en milieu de soin, dans les environnements intérieurs, ainsi que dans l'environnement extérieur. 8 avril 2020.
- 12- World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Scientific brief 29 March 2020.
- 13- Aerosol generating procedures in health care, and COVID-19. Memo. Norwegian institute of public health. March 2020.
- 14- Harrel. Aerosols and splatter in dentistry A brief review of the literature and infection control implications. *JADA*. 2004
- 15- Zemouri C, de Soet H, Crielaard W, Laheij A. A scoping review on bio-aerosols in healthcare and the dental environment. *PLoS One* 2017;12:0178007
- 16- Fédération Française d'Orthodontie. Précautions additionnelles en période d'épidémie (COVID-19). 15 avril 2020.
- 17- Gamio L. The workers who face the greatest coronavirus risk. *The New York Times*, 15 mars 2020. Accessible sur: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>
- 18- Collège National des Chirugiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique (CNCDUSP). Offner, D., Merigo, E., Tardivo, D., Lupi, L., Musset, AMM. Risques et recommandations pour les soins bucco-dentaires dans le contexte d'épidémie au Coronavirus. 16 mars 2020. Consultable sur : <http://www.dentairesantepublique.fr/recommandations-face-a-lepidemie-covid19/>
- 19- Henrik Salje, Cécile Tran Kiem, Noémie Lefrancq, Noémie Courtejoie, Paolo Bosetti, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. 2020. *Pasteur-02548181*.
- 20- Thanh Le T, Andreadakis Z, Kumar A, Gómez Román R, Tollefsen S, Saville M, Mayhew S. The COVID-19 vaccine development landscape. *Nat Rev Drug Discov*. 2020 Apr 9. doi: 10.1038/d41573-020-00073-5.
- 21- Santé publique France. Covid-19. Point épidémiologique hebdomadaire du 29 mai 2020.
- 22- Etat des lieux du confinement et critères de sortie. Avis du conseil scientifique COVID-19. 2 avril 2020.
- 23- Bénézit F, Le Turnier P, Declerck C, Paillé C, Revest M, Dubée V, Tattevin P. Utility of hyposmia and hypogeusia for the diagnosis of COVID-19. *Lancet Infect Dis*. April 15. 2020
- 24- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19. 20 avril 2020
- 25- Société française d'hygiène hospitalière. Actualisation des précautions standard. Etablissement de santé, établissement médicosociaux, soins de ville. Juin 2017

- 26- Ministère de la santé et des solidarités. Direction générale de la santé. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. 2ème édition. Juillet 2006.
- 27- Ministère des solidarités et de la santé. Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19. 16/03/2020.
- 28- Ministère des solidarités et de la santé. Organisation des cabinets de ville dans un contexte de poursuite de l'épidémie covid-19 et en phase de déconfinement. 15/05/2020.
- 29- Ministère du travail. Cabinet vétérinaire : quelles précautions prendre contre le COVID-19. 24 avril 2020.
- 30- Rautemaa R, Nordberg A, Wuolijoki-Saaristo K, Meurman JH. Bacterial aerosols in dental practice - a potential hospital infection problem?. J Hosp Infect. 2006;64(1):76–81. doi:10.1016/j.jhin.2006.04.011.
- 31- Institut national de recherche et de sécurité. Aération et assainissement. TJ5. Aide-mémoire juridique. 5^{ème} édition. Mars 2019.
- 32- Institut national de recherche et de sécurité. Précautions complémentaire air.
- 33- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Qualité de l'air en bloc opératoire et autre secteurs interventionnels. Recommandations. Mai 2015.
- 34- Préconisation du Haut Conseil de la Santé Publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre en population Générale, hors du champs sanitaire et medico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2. 24 avril 2020.
- 35- Ministère des solidarités et de la santé. Recommandations en matière d'aération, de ventilation et de climatisation en période d'épidémie de Covid-19. 21/05/2020.
- 36- UNICLIMA. AFPAC. SNEFCCA. Foire aux questions sur l'usage de la ventilation et de la climatisation dans le contexte de pandémie COVID-19. Mises à jour le 19/05/2020. https://www.uniclima.fr/actu_310_pandemie-covid-19-faq-sur-l-usage-de-la-ventilation-et-de-la-climatisation.html. Consulté le 25/05/2020.
- 37- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Épurateur d'air intérieur : une efficacité encore à démontrer. Octobre 2017.
- 38- Association française de normalisation. NF EN 1822-1. Filtres à air à haute efficacité (EPA, HEPA et ULPA) — Partie 1 : Classification, essais de performance et marquage. 10 avril 2019.
- 39- Ministère du travail. Protocole national de déconfinement pour les entreprises pour assurer la santé et la sécurité des salariés. 7 mai 2020.
- 40- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19. 20 avril 2020.
- 41- Haut conseil de la santé publique. Actualisation de l'avis relative aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. 20 avril 2020.
- 42- Haute Autorité de santé. Cahier des charges définissant les modalités d'évaluation des performances des tests sérologiques détectant les anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2. Synthèse. 16 avril 2020
- 43- Haute Autorité de santé. Covid-19 : Prérequis sur les tests. Guide pédagogique. 18 mai 2020
- 44- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à un contrôle d'accès par prise de température dans la préparation de la phase de déconfinement en lien avec l'épidémie à Covid-19. 28 avril 2020.
- 45- Ministère des solidarités et de la santé. Délivrance et indemnisation des avis d'arrêt de travail dans le cadre du COVID-19. Version du 20 avril 2020.
- 46- HCSP Avis relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis à vis du SARS-CoV-2. 23 mai 2020.
- 47- Santé publique France. Guide méthodologique d'investigation des cas et des personnes-contacts, pour la réalisation du contact-tracing, durant la période suivant le confinement. 13 mai 2020
- 48- Haute autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du Covid-19. Prise en charge des patients covid-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile. 7 mai 2020.
- 49- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à l'emploi des visières ou écrans faciaux de protection dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. 13 mai 2020.
- 50- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé. 4 mars 2020.
- 51- Société française d'hygiène hospitalière. Avis relatif aux conditions de prolongation du port ou de réutilisation des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé. 14 mars 2020.
- 52- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à l'analyse des risques de contamination de la population par le virus SARS-CoV-2 via les matières textiles dans le cadre de la préparation de la phase de déconfinement. 6 mai 2020.

- 53- Société française d'hygiène hospitalière. Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion. Hygiènes. Volume XXVI. Mars 2018.
- 54- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations. Septembre 2010.
- 55- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif au traitement du linge, au nettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnels. 18 février 2020.
- 56- Duffau F, Myara M, Burrel S, Bloch-Zupan A, Bouchet J, Derruau S, Devoize L, Jung S, Kemoun P, Lesclous P, Lorimier P, Nassif A, Laurent F. Utilisation de bains de bouche antiseptiques pour réduire le risque d'aérobiocontamination par des coronavirus infectant l'être humain - Résultats préliminaires d'une revue systématique de la littérature. L'Information Dentaire. 6 mai 2020;18/19:20-25.
- 57- Société française de pharmacologie et de thérapeutique. Les bains de bouche à la povidone iodée sont-ils recommandés pour diminuer le portage oropharyngé du coronavirus. 15 avril 2020
- 58- Meng, L., Hua, F., & Bian, Z. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. Journal of Dental Research. <https://doi.org/10.1177/0022034520914246>
- 59- Peng, X., Xu, X., Li, Y. et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci 12, 9 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>
- 60- American dental association. Interim guidance for minimizing risk of COVID-19 transmission. Consulté le 10 avril 2020 sur www.ADA.org/interimguidance
- 61- DGS-Urgent. Actualisation des recommandations Covid-19. 14 mars 2020.
- 62- Société française d'anesthésie et de réanimation. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Recommandations SFAR / SFETD sur les AINS. 30/03/2020.
- 63- Société française de chirurgie orale. Commission scientifique et de la recherche. Corticoïdes et COVID-19. 7 mai 2020.
- 64- Avis de la Société Française des Sciences de la Stérilisation concernant les procédures de retraitement des instruments chirurgicaux utilisés chez un patient COVID-19. 27 mars 2020.
- 65- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la gestion des déchets d'activité de soins (DAS) produits au cours de l'épidémie de covid-19, en particulier en milieu diffus. 19 mars 2020.
- 66- Caïone M, Vaillant AS et Clément C. Désinfection des empreintes : le point en 2020. Stratégie prothétique. Mai-juin 2020;20(3) [in press].
- 67- Demajo JK, Cassar V, Farrugia C, et al. Effectiveness of disinfectants on antimicrobial and physical properties of dental impression materials. Int J Prosthodont. 2016;29(1):63–67.
- 68- Association française de normalisation. NF EN 149+A1. Appareils de protection respiratoire. Demi-masques filtrants contre les particules - Exigences, essais, marquage. Septembre 2009.
- 69- National Institute for Occupational Safety and Health - Code of Federal Regulations. 42 CFR 84.181. Non-powered air-purifying particulate filter efficiency level determination. Octobre 2009.
- 70- National standard of the people's republic of china. GB 2626-2006. Respiratory protective equipment - Non-powered air-purifying particle respirator. Décembre 2006.
- 71- Union européenne. Procédures d'évaluation de la conformité des équipements de protection. 27 mars 2020.
- 72- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif à l'utilisation de l'eau de javel dans les établissements de soins. Juin 2006.
- 73- Association Dentaire Française. Grille technique d'évaluation pour la prévention des infections associées aux soins. 2015
- 74- Arrêté du 20 avril 2020 modifiant l'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. JORF du 22 avril 2020.
- 75- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Guide pour le choix des désinfectants. Produits de désinfection chimique pour les dispositifs médicaux, les sols et les surfaces. HygièneS 2015 ; 22(6). 110 pages.
- 76- OMS. Nettoyage et désinfection des surfaces environnementales dans le cadre de la COVID-19. Orientations provisoires. 15 mai 2020. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332167>

CONTRIBUTEURS

Coordination

- Dr Florian LAURENT, chirurgien-dentiste, Igny

Groupe de travail

- Dr Serge ALFANDARI, médecin infectiologue, Tourcoing
- Pr Reza ARBAB-CHIRANI, chirurgien-dentiste, Brest
- Dr Pascal AUGUSTIN, médecin anesthésiste-réanimateur, Paris
- Dr Alexandre BAUDET, chirurgien-dentiste, Nancy
- Dr Patrice BINDER, médecin général
- Dr Karine BLANCKAERT, médecin hygiéniste, Nantes
- Pr Agnès BLOCH-ZUPAN, chirurgien-dentiste, Strasbourg
- Dr Sonia BURREL, médecin virologue, Paris
- Dr Dominique CHAVE, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Rennes
- Dr Hélène COIGNARD, médecin urgentiste, infectiologue, Lyon
- Dr Christine CONSTANS, chirurgien-dentiste, Strasbourg
- Dr Laurent DEVOIZE, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Clermont Ferrand
- Dr Jean-Patrick DRUO, chirurgien-dentiste, Le Chesnay
- Dr Jean-Michel FOUCART, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Eaubonne
- Dr Nicolas GARDON, chirurgien-dentiste, Les Pennes-Mirabeau
- Dr Romain GUICHARD, ingénieur aéronautique, Nancy
- Dr Alexis GAUDIN, chirurgien-dentiste, Nantes
- Dr Nicolas GOOSSENS, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Meaux
- Pr Marjolaine GOSSET, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Paris
- Dr Anne-Sophie HODEBERT, chirurgien-dentiste, Le Rheu
- Pr Sylvie JEANNE, chirurgien-dentiste, Rennes
- Dr Julien LAUPIE, chirurgien-dentiste, Nice
- Dr Florian LAURENT, chirurgien-dentiste, Igny
- Pr Benoit LEFEVRE, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Reims
- Pr Géraldine LESCAILLE, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Paris
- Pr Didier LEPELLETIER, médecin hygiéniste, Nantes
- Pr Michelle MULLER-BOLLA, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Nice
- Pr Anne-Marie MUSSET, chirurgien-dentiste, Strasbourg
- Dr Virginie MONNET-CORTI, chirurgien-dentiste, Marseille
- Dr Damien OFFNER, chirurgien-dentiste, Strasbourg
- Dr Benoit PERRIER, chirurgien-dentiste, Saint Jean de Boiseau
- Dr Patrick ROUAS, chirurgien-dentiste, Bordeaux
- Dr Alexandre SAGE, chirurgien-dentiste, Meylan
- Dr Anne SAVEY, médecin hygiéniste, Lyon
- Pr Bruno TAVERNIER, chirurgien-dentiste, Paris
- Pr Jacques-Henri TORRES, médecin, chirurgie orale, Montpellier
- Dr Steve TOUPENAY, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Villabe
- Dr Nathalie UZAN, chirurgien-dentiste, Grenoble

Groupe de lecture

- Dr Alexandre ALPY, médecin, chirurgien oral, Chambéry
- Dr Sophie AUGROS, DGOS, Ministère de la santé
- Dr Marc BARANES, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Saint-Mandé
- Dr Gabriel BIRGAND, pharmacien, Nantes
- Dr Emmanuelle BOCQUET, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Lille
- Pr Marie-José BOILEAU, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Bordeaux
- Pr Yves BOUCHER, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Adrienne BROCARD, médecin généraliste, Lyon

- Dr François BRONNEC, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, médecin infectiologue, Rennes
- Dr Dima CLOT, chirurgien-dentiste, Bordeaux
- Dr Alexandra CORSIA, médecin urgentiste, Libourne
- Dr Jean-Baptiste CULOT, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Bordeaux
- Pr Caroline DELFOSSE, chirurgien-dentiste, Lille
- Dr Stéphane DERRUAU, chirurgien-dentiste, Reims
- Dr Serge DESCHAUX, chirurgien-dentiste, Rennes
- Pr Vianney DESCROIX, pharmacien, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Paris
- Dr Franck DIEMER, chirurgien-dentiste, Toulouse
- Dr Philippe DOUCET, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Frédéric DUFFAU, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Carle FAVRE DE THIERRINS, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Montpellier
- Dr Arnaud FLORENTIN, médecin hygiéniste, Nancy
- Dr Philippe GOES, chirurgien-dentiste, Saint-Germain-en-Laye
- Dr Arabelle GOUVERNAIRE, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Bruno GRANDBASTIEN, médecin hygiéniste, Lausanne, Suisse
- Pr Olivier HAMEL, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Toulouse
- Dr Sophie JUNG, chirurgien-dentiste, Strasbourg
- Dr Yves LAPOSTOLLE, chirurgien-dentiste, Sartrouville
- Dr Michel LE GALL, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Marseille
- Dr Elvire LE NORCY, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Paris
- Dr Raphaël LEPEULE, médecin infectiologue, Créteil
- Dr Aurélie LESAGE, médecin gériatre, Bezons
- Pr Xavier LESCURE, médecin infectiologue, Paris
- Pr Philippe LESCLOUS, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Nantes
- Pr Gérard LINA, médecin microbiologiste, Lyon
- Dr Julie LIZON, pharmacien hygiéniste, Nancy
- Pr Laurence LUPI, chirurgien-dentiste, Nice
- Dr Alain MANSEAU, chirurgien-dentiste, Bordeaux
- Dr Didier MAURICE, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Paris
- Dr Guillaume MELLON, médecin infectiologue, Fresnes
- Dr Elisabetta MERIGO, chirurgien-dentiste, Nice
- Pr Catherine MILLET, chirurgien-dentiste, Lyon
- Dr Ali NASSIF, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr David NISAND, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Jean-Marc PHILIPPE, DGS, Ministère de la santé
- Mme Déborah REISS, assistante dentaire, Igny
- Dr Adrien RIHAOUI, biologiste médical, Chaville
- Dr Philippe ROCHER, chirurgien-dentiste, Lille
- Dr Sylvie RENARD-DUBOIS, DGOS, Ministère de la santé
- Dr Sylvia RIEMENSCHNEIDER-CHILLES, chirurgien-dentiste, chirurgien oral, Belfort
- Dr Martial RUIZ, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Cenon
- Dr Benjamin SOMMAIRE, chirurgien-dentiste, Louviers
- Pr Delphine TARDIVO, chirurgien-dentiste, Marseille
- Pr Pierre TATTEVIN, médecin infectiologue Rennes
- Dr Annabelle van ROSSUM, médecin, gynécologue-obstétricien, Gland, Suisse
- Dr Sibylle VITAL, chirurgien-dentiste, Paris
- Dr Jacques WEMAERE, chirurgien-dentiste, Cenon
- Dr Kazutoyo YASUKAWA, chirurgien-dentiste, Nancy

Annexe 1 : Conseils d'hygiène grand public



COVID-19

CORONAVIRUS, POUR SE PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES



**Se laver très régulièrement
les mains**



**Tousser ou éternuer
dans son coude**



**Utiliser un mouchoir
à usage unique et le jeter**



**SI VOUS ÊTES MALADE
Porter un masque
chirurgical jetable**



**Vous avez des questions
sur le coronavirus ?**

[GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus)

0 800 130 000

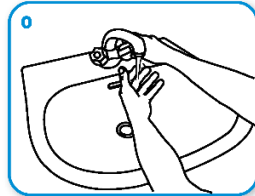
(appel gratuit)

Le lavage des mains - Comment ?

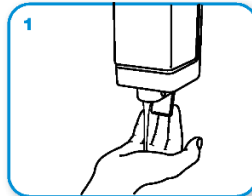
LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES
SINON, UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !



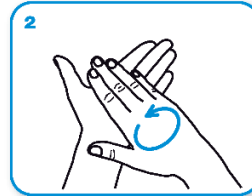
Durée de la procédure : 40-60 secondes



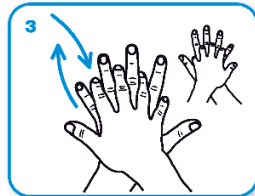
0
Mouiller les mains abondamment



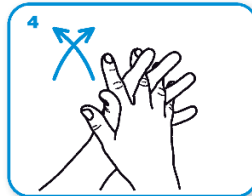
1
Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



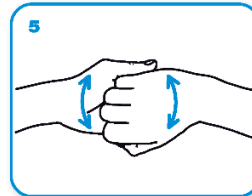
2
Paume contre paume par mouvement de rotation,



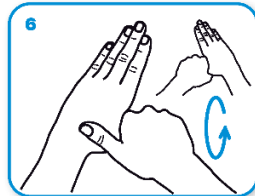
3
le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice et versa,



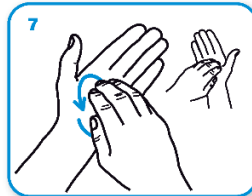
4
les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



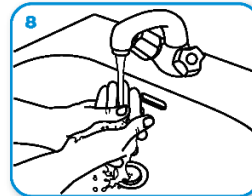
5
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



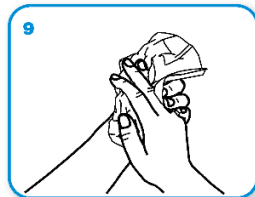
6
le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice et versa,



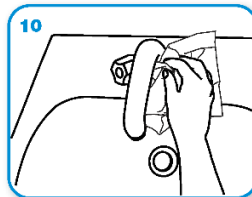
7
la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice et versa.



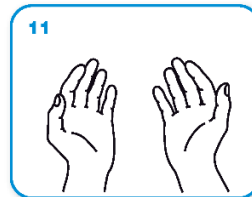
8
Rincer les mains à l'eau,



9
sécher soigneusement les mains avec une serviette à usage unique,



10
fermer le robinet à l'aide de la serviette.



11
Les mains sont prêtes pour le soin.

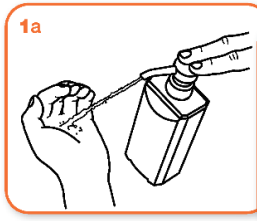
Annexe 3 : Protocole "Friction hydro-alcoolique"

La friction hydro-alcoolique Comment ?

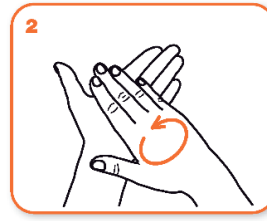
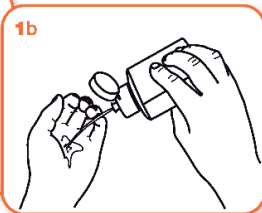
UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !
LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES



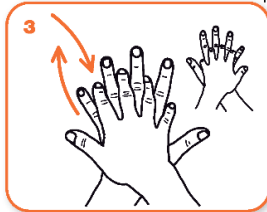
Durée de la procédure : **20-30 secondes.**



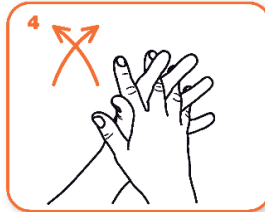
Remplir la paume d'une main avec le produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



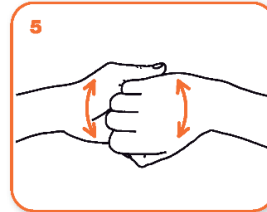
Paume contre paume par mouvement de rotation,



le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice et versa,



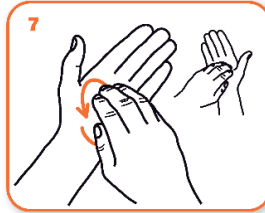
les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



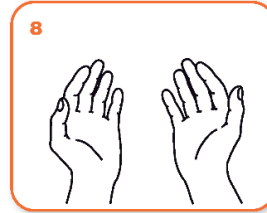
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice et versa,



la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice et versa.



Une fois sèches, les mains sont prêtes pour le soin.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs du service de Prévention et Contrôle de l'Infection, pour leur participation active au développement de ce matériel.
Octobre 2006, version 1.

Organisation
mondiale de la Santé

Toutes les précautions ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document est diffusé sans garantie, explicite ou implicite, d'aucune sorte. L'interprétation et l'utilisation des données sont de la responsabilité du lecteur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des dommages qui pourraient en résulter.

Programme national de la santé

Annexe 4 : Ventilation de la salle de soins

Le taux de renouvellement d'air dans un local dépend de nombreux paramètres :

- Le volume de la pièce ;
- La présence ou non d'une ventilation mécanique contrôlée (VMC) : le débit moyen d'une VMC est d'environ 40m³/h pour une pièce ;
- La surface de l'ouvrant (hauteur et largeur) ;
- La différence de température entre l'extérieur et l'intérieur : plus la différence de température est importante plus le tirage thermique est important et donc plus le renouvellement d'air est rapide ;
- La présence de vent ou non ;
- Le temps d'ouverture de l'ouvrant.

Exemple de calcul dans des conditions défavorables ^(a) :

- Surface de 16 m², hauteur sous plafond standard de 2,5m, une fenêtre à double vantaux (format standard le plus petit de 1,15m x 1m) ^(b) ;
- Absence de VMC ;
- Température intérieure de 20°C – Température extérieure de 18°C ;
- Temps d'ouverture de la fenêtre (grande ouverte) de 15 min ;
- **Résultats** : le taux de renouvellement d'air est de 7,2 vol/h et au bout de 15 minutes, la concentration d'aérosol obtenue dans la salle est d'environ 16% de la concentration initiale (Figure 1).

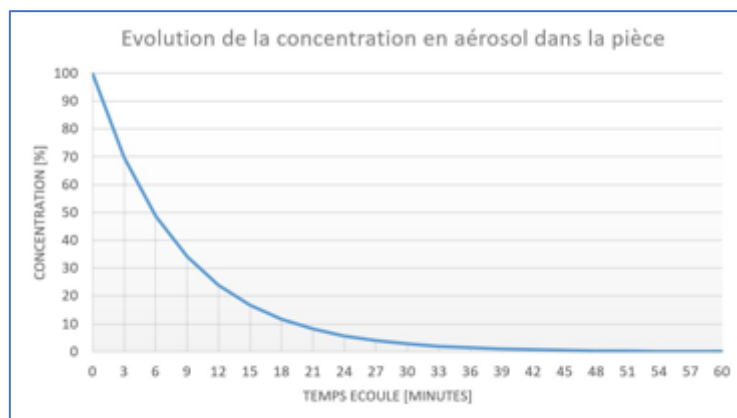


Figure 1 : Résultats en conditions défavorables

Exemple de calcul dans des conditions favorables ^(a) :

- Surface de 16 m², hauteur sous plafond standard de 2,5m, une fenêtre à double vantaux (format standard le plus petit de 1,15m x 1m) ^(b) ;
- Présence d'une VMC ;
- Température intérieure de 20°C – Température extérieure de 10°C ;
- Temps d'ouverture de la fenêtre (grande ouverte) identique au précédent calcul : 15 minutes ;
- **Résultats** : le taux de renouvellement d'air est de 16,1 vol/h et au bout de 15 minutes, la concentration d'aérosol obtenue dans la salle est d'environ 1% de la concentration initiale (Figure 2).

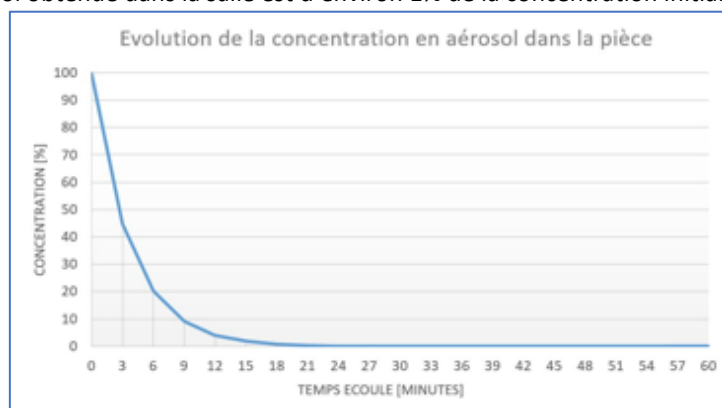


Figure 2 : Résultats en conditions favorables

Données à prendre en compte :

- Certaines publications mentionnent que, comme tout micro-organisme, le SARS-CoV-2 pourrait être diffusé par des aérosols formés lors de procédures médicales ou d'aérosols expérimentaux. Toutefois, la présence d'un virus dans l'air ne signifie pas qu'il est infectieux ni qu'il y a une transmission respiratoire de type « air » ;
- La quantité absolue de SARS-CoV-2 émise par un patient, qu'il soit symptomatique ou non, mise en suspension dans un aérosol n'est pas mesurable ;
- Concernant le SARS-CoV-2, la quantité cible de particules par m³ à obtenir n'est pas connue.

Dans le contexte actuel et au vu de ces données, il semble raisonnable de recommander :

- Qu'une salle de soins soit pourvue d'au moins une fenêtre pouvant être ouverte (Figures 3 et 4) ^(c) ;
- De maintenir une ventilation minimum durant les soins (fenêtre entrouverte associée à une VMC) (Figures 3 et 4) mais sans générer de courants d'air ;
- D'aérer entre chaque patient : **fenêtre grande ouverte** avec la porte de la salle de soins fermée, au minimum **15 minutes**, en prenant en compte la température extérieure, la présence ou non d'une VMC, le volume de la salle et la surface de l'ouvrant. Cette fenêtre ne doit pas donner sur un lieu de passage de personnes non protégées.

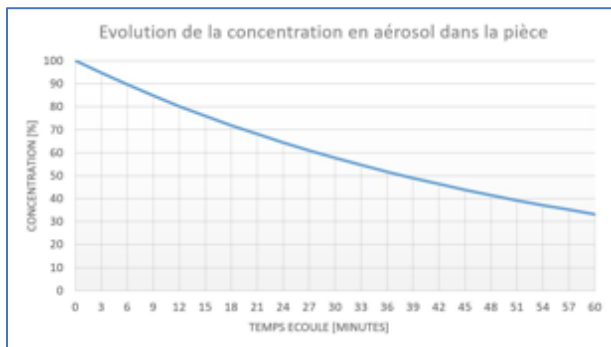


Figure 3 : Evolution de la concentration dans la même pièce, avec une VMC, fenêtre fermée : **La seule présence d'une VMC n'est pas suffisante**

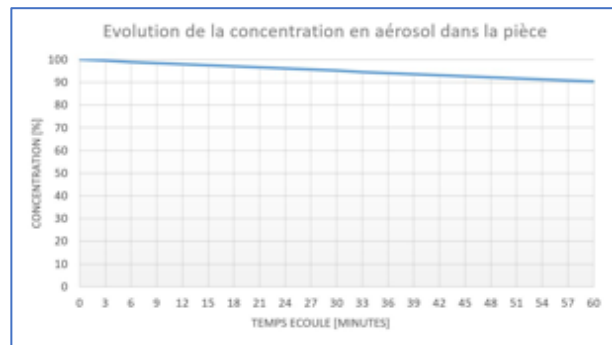


Figure 4 : Evolution de la concentration dans la même pièce, sans VMC, fenêtre fermée

- Calcul réalisé à l'aide d'un outil de modélisation créé par l'INRS de Nancy
- Le débit calculé utilisé correspond normalement à une fenêtre d'au minimum 1,5 m de hauteur et 0,3 m de largeur
- Sauf si la salle de soins est dotée d'un système de ventilation adéquat (cf. 2.4)

Annexe 5 : Evaluation des patients vis-à-vis du COVID-19

1. Facteurs de risque de développer une forme grave de la maladie (A faire apparaître dans le questionnaire médical) ⁴¹

Age supérieur à 65 ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hypertension artérielle avec complications (cardiaques, rénales, ou vasculo-cérébrales)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diabète non équilibré ou présentant des complications ;	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Immunodépression congénitale ou acquise :	
- médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- par infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm ³	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cirrhose au stade B ou C du score de Child Pugh	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Syndrome drépanocytaire majeur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Antécédent de splénectomie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Grossesse au troisième trimestre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

→ Si oui, le patient doit porter un masque chirurgical (et non pas un masque grand public).

2. Dans les 14 derniers jours, le patient a-t-il côtoyé étroitement une personne diagnostiquée COVID-19 ?

OUI NON

→ Si oui, le patient a dû avoir une évaluation de la part de l'assurance maladie. Si à l'issue de cette évaluation, le patient est en isolement, il est dans le Groupe 2 sinon il est dans le Groupe 1

3. A ce jour et dans les 2 dernières semaines a-t-il présenté des signes évocateurs de la maladie ⁶³ ?

Fièvre (> 38°C) Si oui, date de fin :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficulté respiratoire Si oui, date de fin :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Perte ou baisse de goût soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Toux sèche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Perte ou baisse d'odorat soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Courbatures inexplicables	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fatigue soudaine inexplicable	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Céphalées (hors migraines connues)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diarrhées (chez patient > 80 ans et enfant < 3 ans)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Altération de l'état général	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

→ Si oui, ou en cas de doute, à une a-t-il bénéficié d'un test pour le COVID-19 ? Si non, le renvoyer vers son médecin traitant pour évaluation

4. Le patient a-t-il été diagnostiqué positif au COVID-19 ? OUI NON

→ Si oui, son médecin traitant a-t-il levé son confinement ? Si oui, le patient est dans le groupe 1 si non il est dans le groupe 2

Critères compatibles avec la levée du confinement	
Population générale	Population immunodéprimée
Au moins 8 ^{ème} jour après le début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h	Au moins 10 ^{ème} jour après le début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h

Annexe 6 : Procédure d'habillage

HABILLAGE

1- HYGIÈNE DES MAINS

- Se laver les mains à l'eau et au savon ou se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique



2- PROTECTION DE LA TENUE PROFESSIONNELLE

2A : SURBLOUSE

- Enfiler la surblouse
- La surblouse doit recouvrir :
 - Le torse du cou aux genoux
 - Les bras et avant-bras jusqu'aux poignets
- Attacher au niveau du cou et de la taille



2B : TABLIER PLASTIQUE A U.U.

- Mettre en place le tablier plastique
- Le remonter au maximum pour couvrir le torse
- Attacher au niveau de la taille



3. MASQUE FFP2

- Placer le masque
- Bien le positionner sous le menton
- Serrer la barrette nasale
- Contrôler l'étanchéité (Fit check) du masque (cf. annexe 8)



4. CHARLOTTE OU CALOT

- Mettre en place une charlotte ou un calot



5. PROTECTION OCULAIRE

5A : LUNETTES DE PROTECTION

- Mettre les lunettes de protection professionnelle
- Les ajuster

5B : ECRAN FACIAL

- Mettre l'écran facial, s'assurer qu'il couvre bien les côtés



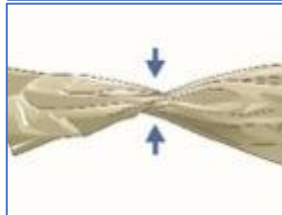
6. HYGIÈNE DES MAINS

- Se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique



9. METTRE LES PROTECTIONS DES MEMBRES SUPERIEURS

- Pour avoir plus de sensation tactile, découper les extrémités des doigts
- Tirer sur la partie haute du gant pour créer une zone de rétention
- Enfiler les protections
- **Non nécessaire si la quantité de surblouses permet d'en changer entre chaque patient**



10. GANTS

- Mettre les gants par-dessus la surblouse ou les protections des membres supérieurs (si utilisés)



- **Gardez les mains loin du visage**
- **Limitez les surfaces touchées**
- **Tout équipement de protection individuelle à usage unique doit être changé entre chaque patient (hormis le masque s'il est non souillé, non mouillé)**

DÉSHABILLAGE

**Il existe plusieurs façons de retirer les équipements de protection individuelle sans contaminer votre peau ou vos muqueuses.
Cette étape est à risque de contamination, elle nécessite une grande vigilance.**

1- PROTECTION DE LA TENUE

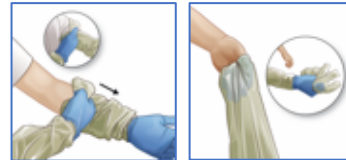
1A. TABLIER PLASTIQUE

- Retirer le tablier en le tirant vers l'avant
- Puis retirer les gants



1B- PROTECTION MEMBRES SUPERIEURS

- Retirer les protections des membres supérieurs et les gants à usage unique



1C- SURBLOUSE

- Retirer la surblouse (sans toucher la tenue en dessous)
- La rouler sur elle-même afin que la partie contaminée soit non exposée
- Emmener les gants en retirant la surblouse, sinon retirer les gants après



2- 1^{ère} HYGIÈNE DES MAINS

- Se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique
- Se frictionner également les avant-bras si les soins ont été réalisés sans protection des avant bras



3. PROTECTIONS OCULAIRES

- Retirer l'écran facial de l'arrière vers l'avant et/ou les lunettes de protections
- **Entre deux patients, s'arrêter à ce stade et faire une deuxième hygiène des mains**



4. CHARLOTTE

- Retirer la charlotte par l'arrière



5. MASQUE FFP2

- Retirer le masque par l'arrière, par les élastiques



6. 2^{ème} HYGIÈNE DES MAINS

- Se frictionner les mains pendant 30 secondes avec une solution hydroalcoolique








- **Les EPI souillés sont évacués par la filière DASRI**
- **Désinfecter les lunettes et l'écran facial (friction avec SHA après cette procédure)**

Annexe 8 : Règles de port des masques

- Il est possible, à titre dérogatoire, de porter le même masque pour plusieurs patients ⁵¹. Il est impératif de suivre les règles ci-dessous afin de travailler en toute sécurité ;
- Toute manipulation d'un masque doit être encadrée par une hygiène des mains ;
- Un masque retiré ne doit pas être remis ;
- Quel que soit le type de masque, je dois en changer si :
 - Le masque est souillé ou mouillé ;
 - J'ai touché mon masque avec mes gants ;
 - Mon masque n'est plus étanche ;
 - J'ai des difficultés à respirer avec mon masque.
- Mon masque me gêne, est-ce que je peux le repositionner ?
 - Non, une fois mis en place et ajusté pour être étanche, le masque ne doit pas être ni touché ni repositionné.



Le masque chirurgical

- Un masque chirurgical est normalement à usage unique. Dans les conditions actuelles de pénurie, il est possible de prolonger son usage sans dépasser une durée maximale de 4 heures.

<ul style="list-style-type: none">• Appliquer le masque partie blanche contre la peau• Ajuster la barrette nasale sur le nez• Ajuster le masque pour qu'il couvre le nez, la bouche et le menton			
			

Le masque FFP2

- Un masque FFP2 est normalement à usage unique. Dans les conditions actuelles de pénurie, il est possible de prolonger son usage sans dépasser une durée maximale de 8 heures. Compte tenu de la gêne provoquée par le port prolongé d'un tel masque, il est souhaitable de le conserver au maximum 4 heures.

<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place correctement le masque : Placer les élastiques. Bien le positionner sous le menton. - Serrer la barrette nasale -• Vérifier que le masque est bien ajusté - Obturer la surface filtrante avec les mains, prendre une inspiration profonde, le masque doit se rétracter, il ne doit pas y avoir d'air qui sort autour des rebords du masque, autrement le réajuster.• Attention, le port de la barbe diminue fortement l'étanchéité d'un masque FFP2	
	

En situation de tension d'approvisionnement en masque FFP2, et à titre exceptionnel, l'utilisation de masques FFP2 périmés peut être autorisée en respectant les conditions suivantes :

- > Vérifier l'intégrité des conditionnements
- > Vérifier l'apparence (couleur d'origine) du masque
- > Vérifier la solidité des élastiques et de la barrette nasale de maintien du masque
- > Vérifier l'ajustement du masque sur le visage

Des solutions sont à l'étude pour envisager la réutilisation des masques FFP2, notamment en les stérilisant. A ce jour, ces solutions ne sont pas validées et ne doivent pas être mises en œuvre.

Selon les pays, les appareils de protection (APR) répondent à différentes normes. Les masques FFP2 répondent à la norme française et européenne NF EN 149 assurant une efficacité de filtration particulaire $\geq 94\%$ des particules de $0,6\mu$ ⁶⁸. Ses équivalents, aux USA et en Chine, sont respectivement les masques N95 et KN95 qui assurent une efficacité de filtration particulaire $\geq 95\%$ selon la norme américaine NIOSH-42CFR84.181⁶⁹ et la norme chinoise GB 2626-2006⁷⁰. Conformément au règlement EPI, les masques doivent être évalués - avant leur mise sur le marché - par un organisme notifié. Durant l'épidémie de COVID-19, les masques FFP2 et N95 peuvent – sous dérogation - être commercialisés pour les professionnels de santé sans le marquage CE⁷¹.

Annexe 9 : Préparation d'une solution d'hypochlorite de sodium à 0,1% à partir d'eau de javel

Si vous utilisez un détergent/désinfectant de surface virucide selon la norme NF EN 14 476, il n'est pas nécessaire de réaliser une désinfection complémentaire avec de l'hypochlorite de sodium à 0,1% ; Dans le cas contraire, suivez les instructions suivantes :

- L'action virucide recherchée de l'hypochlorite de sodium est obtenue pour une concentration de 0,1% en condition de propreté ; dans ces conditions l'eau de javel est bactéricide, fongicide et virucide ;
- L'utilisation de l'hypochlorite de sodium nécessite que les surfaces à désinfecter soient propres. Il faut donc préalablement utiliser un détergent ménager neutre, le rincer, puis désinfecter avec la solution d'hypochlorite de sodium à 0,1% ;
- Pour obtenir une solution d'hypochlorite de sodium à 0,1%, il faut diluer 100 mL d'eau de javel à 2,6% dans 2,4 L d'eau pour obtenir 2,5 Litres.
- Précautions :
 - Cette préparation n'est pas stable dans le temps (stabilité de 24h maximum) ⁷² ;
 - Conserver dans un endroit frais (stabilité réduite quand la température ambiante augmente) et si possible à l'abri de la lumière dans un récipient non métallique ;
 - Cette solution peut être corrosive sur certaines matières (inox...) ;
 - A l'instar des solutions d'hypochlorite de sodium dans les traitements endodontiques (qui sont plus concentrées), il pourrait y avoir un risque de tâcher les vêtements (non testé).

Annexe 10 : Précautions d'emploi du MEOPA



INFORMATIONS
SÉCURITÉ PATIENTS

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

Lettre aux professionnels de santé

03 avril 2020

Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA): ANTASOL[®], ENTONOX[®], KALINOX[®], OXYNOX[®] et ACTYNOX[®]

Covid-19 - Précautions d'emploi lors de l'administration du MEOPA aux patients

Information destinée aux pharmaciens hospitaliers, aux SMUR et ambulances de pompiers médicalisées, aux dentistes, aux personnels soignants et médecins utilisateurs

Madame, Monsieur, Chère Consoeur, Cher Confrère,

Ce courrier d'information vous est envoyé en accord avec l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Résumé

- Dans le cas de traitement par MEOPA d'un patient porteur du virus COVID-19 ou susceptible de l'être, il pourrait y avoir un risque de contamination du personnel soignant par le virus exhalé dans l'environnement immédiat du patient, en l'absence du respect des recommandations de bon usage.
- Dans ce contexte, au delà des précautions déjà en place au sein des établissements (masque chirurgical ou FFP2, gants, lunettes, etc.) et en cas d'administration du MEOPA à un patient contaminé par le virus ou susceptible de l'être, les précautions suivantes, spécifiques de ce produit, sont à respecter :

1. Kit ballon à usage unique, fourni et habituellement utilisé SANS filtre

- a. Ce kit ne doit être utilisé qu'après la pose obligatoire d'un filtre 0,22 μ disposé entre le masque patient et le raccord d'arrivée du MEOPA à ce masque ;
- b. Après usage, le kit masque et le filtre doivent être systématiquement jetés et mis dans le conteneur à déchets de soins à risques infectieux prévu à cet effet.

Fournisseurs de ce type de kit Usage Unique (UU) : Intersurgical, VBM et Teleflex.

2. Kits Prêt à l'emploi pour 15 utilisations (fournisseur Intersurgical) livrés avec 15 filtres 0,22 μ

- a. Kit ballon **simple** (*):
 - Utiliser un masque, ainsi qu'un filtre 0,22 μ à usage unique ;
 - Après usage, jeter le masque et le filtre systématiquement dans le conteneur à déchets de soins à risques infectieux prévu à cet effet ;
 - Désinfecter après chaque utilisation, la partie réutilisable du kit (zone en plastique vert de la valve unidirectionnelle inspiration/expiration), ainsi que le ballon (avec des lingettes désinfectantes par exemple) ;
 - Jeter le Kit après 15 utilisations : le kit sera jeté dans le conteneur à déchets de soins à risques infectieux prévu à cet effet.
- b. Kit à **usage odontologique** (*):
 - Utiliser un masque, ainsi qu'un filtre 0,22 μ à usage unique ;
 - Après usage, jeter le masque et le filtre systématiquement dans le conteneur à déchets de soins à risques infectieux prévu à cet effet

Contact expéditeur : informations@securite-patients.info

- Désinfecter après chaque utilisation la partie réutilisable du kit (zone en plastique vert de la valve unidirectionnelle inspiration-expiration), le tuyau annelé entre le masque et le ballon lui-même (avec des lingettes désinfectantes par exemple) ;
- Jeter le Kit après 15 utilisations : le kit sera jeté dans le conteneur à déchets de soins à risques infectieux prévu à cet effet.

(*) : ne pas oublier de comptabiliser les 15 utilisations

3. Système Valve à la demande

Valve à la demande de **CGE (fabrication Sabre)** et **BPR (distributeur Linde)**

Compte-tenu de la difficulté de nettoyage et de décontamination de cette valve, l'utilisation de ce dispositif n'est pas recommandée dans le contexte actuel de la pandémie Covid-19.

Si toutefois, les établissements souhaitent la mettre en œuvre, elle devra être utilisée avec la pose obligatoire d'un filtre 0,22µ à usage unique, posé entre le masque et la valve d'expiration.

Après usage, jeter le masque et le filtre systématiquement dans le conteneur à déchets de soins à risques infectieux prévu à cet effet.

4. Système Accutron (utilisé pour les actes dentaires)

- Sans filtre, les gaz expirés par le patient sont non filtrés et récupérés par l'aspiration dont est équipé le fauteuil ;
- Le rejet final des gaz expirés se fait en sortie de pompe d'aspiration.

⇒ Compte tenu de ces données, l'utilisation de ce dispositif n'est pas non plus recommandée dans le contexte actuel de la pandémie Covid-19

Déclaration des effets indésirables

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement-sante.gouv.fr.

Pour plus d'information sur les médicaments, consultez ansm.sante.fr ou base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr.



Information médicale

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter notre service d'Information Médicale ci-dessous :

<p>ANTASOL® SOL France Rue du Compas, ZI des Bethunes 95 310 SAINT-OUEN-L'AUMÔNE Tél : 04.37.03.31.62 Courriel : emilie.sollier@solfrance.com</p>	<p>ENTONOX® LINDE FRANCE 523, cours du Troisième Millénaire 69 800 SAINT-PRIEST Tél : 06.09.10.54.50 Courriel : anne.chevalier-coja@linde.com</p>
<p>KALINOX® AIR LIQUIDE SANTE France 28, Rue d'Arcueil 94 250 GENTILLY</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Ville</u> : Tél : 0 969 395 524 Courriel : clientville.alsf@airliquide.com • <u>Hôpital</u> : Tél : 0 969 328 133 Courriel : hospitalier.alsf@airliquide.com 	<p>OXYNOX® et ACTYNOX® AIR PRODUCTS 95 avenue des Arrivaux Lieu dit des Arrivaux 38 070 SAINT-QUENTIN-FALLAVIER Tél : 08.10.00.38.80 Courriel : PHARMAFR@airproducts.com</p>

Les informations complémentaires sont accessibles sur le site de l'ANSM à l'aide du lien suivant : <http://ansm.sante.fr>

Annexe 11 : Stockage et élimination des DASRI ^{73,74}

L'élimination des DASRI se fait obligatoirement par une filière spécifique et en utilisant des collecteurs normalisés.

Explications et moyens pratiques

Les déchets d'activité de soin à risque infectieux doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Un contrat de collecte doit être signé avec un collecteur-transporteur agréé pour les déchets à risques. Ce contrat de collecte doit rappeler :

- la réglementation en vigueur ;
- l'identification du collecteur-transporteur ;
- les modalités de conditionnement, d'enlèvement, de collecte, de transport et de traitement ;
- les conditions financières ;
- les clauses de résiliation ;
- la durée ;
- la mise à disposition des conteneurs nécessaires, spécifiques à chaque type de déchets, identifiés et conformes aux normes en vigueur. En fonction du poids des déchets produits, le praticien est soumis à une périodicité de collecte.

A proximité de la salle de soins :

Doit être prévue une poubelle pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (protège salive, bavettes).

Périodicité de la collecte :

La périodicité de collecte ne doit pas excéder :

- 3 mois lorsque la quantité produite est inférieure ou égale à 5 kg par mois ;
- 1 mois lorsque la quantité produite est inférieure ou égale à 15 kg par mois, sauf pour les DASRI perforants exclusivement pour lesquelles la périodicité est de 3 mois (6 mois depuis le 20 avril 2020) ;
- 7 jours lorsque la quantité produite est inférieure ou égale à 100 kg par semaine ;
- 72 heures lorsque la quantité produite est supérieure à 100 kg par semaine.

Stockage avant collecte :

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 carton) adaptés à la collecte interne qui une fois remplis sont fermés définitivement et stockés dans un local distinct des autres zones techniques.

Lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés produite dans le cabinet dentaire est inférieure ou égale à 15 kilogrammes par mois et supérieure à 5 kilogrammes par mois ou lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés regroupée en un même lieu est inférieure ou égale à 15 kilogrammes par mois, les déchets sont entreposés dans une zone intérieure qui doit :

- Être exclusivement destinée au regroupement des DASRI.
- Avoir une surface adaptée à la quantité de DASRI à entreposer.
- Être identifiée par le logo « Danger biologique » et être à accès limité.
- Ne recevoir que des emballages fermés définitivement. Les sacs jaunes pour déchets mous et les boîtes OPCT ne peuvent pas être entreposés à même le sol.
- Être située à l'écart des sources de chaleur.
- Faire l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.

Bon à savoir / Astuces

Le producteur de déchets en est responsable jusqu'à leur élimination ou leur revalorisation.

Même si un collecteur vient chercher vos déchets au cabinet, seule la remise d'un certificat de destruction de vos déchets (feuillet 1 du Cerfa n°11351*02) vous décharge de cette responsabilité.

Depuis le 6 janvier 2015, ce formulaire est renommé Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux et porte le numéro Cerfa n° 11351*04. Il est disponible sur le site <http://service-public.fr>.