GUIDE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles lors des soins bucco-dentaires après le déconfinement

Validée par le Collège le 14 mai 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : Il est nécessaire de délivrer une information préalable aux patients quant aux modalités spécifiques mises en place au sein du cabinet dentaire en période de COVID-19.
- **Réponse rapide n°2** : La reprise des soins en période de déconfinement impose une progressivité dans le retour à l'activité.
- **Réponse rapide n°3** : Une organisation fonctionnelle et matérielle particulière des locaux professionnels doit être mise en place. Le personnel doit être formé et informé de cette nouvelle organisation.
- **Réponse rapide n°4** : Une évaluation préalable des patients doit être effectuée afin, notamment, de détecter ceux à risque de développer une forme grave de la maladie, ceux en contact avec un patient avéré COVID-19 et ceux qui sont eux-mêmes COVID-19 avéré.
- **Réponse rapide n°5** : Le report de certains actes est nécessaire en fonction des situations cliniques. Par exemple, en attente des critères de guérison, les soins bucco-dentaires non-urgents doivent être reportés chez les patients avérés COVID-19.
- **Réponse rapide n°6** : Une planification particulière des rendez-vous et une procédure spécifique d'accueil des patients sont nécessaires afin, notamment, de limiter les contacts entre les patients et de limiter la contamination du cabinet dentaire.
- **Réponse rapide n°7** : L'équipe du cabinet dentaire doit disposer d'une tenue professionnelle et des équipements de protection individuelle adaptés à chaque situation.
- **Réponse rapide n°8** : Des protocoles spécifiques doivent être appliqués pour les soins bucco-dentaires. En période COVID-19, ces protocoles sont les mêmes pour tous les patients.

Sommaire

Contexte **3**

Organisation des locaux **4**

Reprise d'activité 4

Salle d'attente - Secrétariat 4

Salle de soins 4

Traitement de l'air 5

Local technique 7

Salle de repos et vestiaire 7

Patients **7**

Évaluation 7

Tests 8

Actes cliniques réalisables 8

Planification des rendez-vous 8

Accueil des patients 9

Personnel soignant et non soignant **9**

Reprise d'activité 9

Mesures d'hygiène personnelle 10

Tenue de protection 11

Réalisation des soins **12**

Actes générant des aérosols 12

Protocole de soins 13

Bionettoyage et gestion des déchets **14**

Entre chaque patient 14

À la fin de chaque demi-journée 15

En fin de journée 15

Autres informations **15**

Références bibliographiques **16**

Ressources **19**

Méthode d'élaboration et avertissement **19**

Contexte

Le SARS-CoV-2 se transmet à partir de personnes déjà infectées, malades ou porteuses asymptomatiques du virus, par transmission directe de particules émises lors de la toux, de l'éternuement ou simplement en parlant ou d'une transmission indirecte par contact via une surface inerte contaminée (OMS, 2020 ; HCSP, 5 mars 2020 ; WHO, 2020). Il y a donc nécessité de prévention de type « gouttelettes » et de type « contact ». La transmission par aérosol n'est pas la voie principale, mais est à prendre en compte dans les cabinets dentaires (HCSP, 4 avril 2020 ; NIPH, 2020).

Concernant les surfaces, les quelques données de la littérature suggèrent que le virus peut rester sur des surfaces à température ambiante pendant 9 jours (Kampf, 2020 ; HCSP, 8 avril 2020).

Des mesures de confinement de la population ont été mises en place depuis le 17 mars 2020 pour réduire significativement la circulation du virus. Dans cette même logique, et afin de protéger les patients et les professionnels de santé, les cabinets dentaires ont été fermés depuis le 16 mars 2020 (Gamio, 2020 ; CNCDUSP, 2020).

Ces réponses rapides s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de sortie de confinement progressif depuis le 11 mai 2020.

Dans ce contexte, un guide de recommandations a été coordonné par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD, 5 mai 2020).

Généralités

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. Il existe un consensus sur la présence du virus dès 2 jours précédant l'apparition des premiers symptômes (avec des extrêmes à 4 ou 5 jours), puis un pic un jour avant. Le SARS-CoV-2 se réplique activement dans la gorge pendant les cinq premiers jours après apparition des symptômes (JAS), des résultats positifs RT-PCR sont obtenus entre JAS1 et JAS5. Après JAS5, la charge virale diminuerait dans les écouvillonnages nasopharyngés. Alors que, dans la plupart des cas, les symptômes s'atténuent au bout de la fin de la première semaine, l'ARN viral peut être détectable dans les prélèvements pendant la deuxième semaine (To, 2020). Des patients infectés sans symptômes peuvent donc être contagieux.

Beaucoup de matériels employés en médecine bucco-dentaire génèrent des projections et/ou des aérosols potentiellement contaminés (Harrel, 2004 ; Zemouri, 2017 ; FFO, 23 avril 2020).

Organisation des locaux

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

Reprise d'activité

Vérifier le bon fonctionnement du système de ventilation (orifices d'entrées d'air et bouches d'extraction non obstrués) (HCSP, 17 mars 2020).

Comme après chaque fermeture prolongée, avant la réouverture du cabinet :

- Eau froide : purger pendant 5 minutes le circuit d'eau froide. Faire de même pour les équipements du fauteuil (cordons micromoteurs, seringue multifonction, etc.) ;
- 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 désinfecter 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 ou eau de javel à 0,5 %).

Salle d'attente - Secrétariat

Limiter l'utilisation de la salle d'attente autant que possible. Il est préférable que le patient entre directement dans la salle de soins (à prendre en compte dans la planification des rendez-vous).

La salle d'attente :

- Doit être débarrassée de tout objet de type magazine, livre, revue et jouet (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020).
- Doit présenter un nombre de places assises limité et espacées d'au minimum un mètre (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020) (éviter les chaises avec du tissu).
- Désinfecter les surfaces au minimum deux fois par jour. Désinfecter régulièrement les interrupteurs, des poignées et des chambranles de porte avec un produit virucide.
- Aérer au moins trois fois par jour (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020) pendant au moins 15 minutes (adapter le temps d'aération au volume de la salle d'attente).
- Mettre à disposition une solution hydro-alcoolique (SHA) dans la salle d'attente et à l'accueil.
- Mettre à disposition des masques de protection pour les patients qui n'en disposent pas (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020).
- Afficher les mesures barrières vis-à-vis du coronavirus et les techniques de lavage / friction des mains (ONCD, 5 mai 2020).
- Suspendre l'utilisation des fontaines à eau (Ministère du travail, 8 mai 2020).
- Fermer l'accès aux sanitaires hors cas d'urgence. Le cas échéant, prévoir une désinfection des sanitaires.
- Mettre en place, si possible, un système de protection anti-projections à l'accueil (vitre, plexiglass, etc.) (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020) à désinfecter régulièrement.

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, envisager de travailler sur 2 salles de soins en alternance.
- Un carton ou un sac à DASRI doit être immédiatement accessible (Ministère des solidarités et de la santé, 2006).
- Un bac de pré-désinfection avec un couvercle doit être immédiatement accessible (Ministère des solidarités et de la santé, 2006).
- Dégager complètement les surfaces de travail susceptibles de recevoir des projections pour les rendre facilement nettoyables/désinfectables (lors de l'utilisation de rotatifs, des projections sont retrouvées à plus de 1,5 mètre de la source) (Rautemaa, 2006).
- Si des équipements ne peuvent pas être retirés des plans de travail, les protéger par un champ ou une housse en plastique. Ces dispositifs devront également être désinfectés.
- Protéger et désinfecter régulièrement le matériel informatique (clavier, souris, etc.) et téléphonique.

Traitement de l'air

- Se rapprocher de son installateur de climatisation ou de système de ventilation afin de connaître le type de ventilation existant dans le cabinet et d'identifier les circulations d'air neuf et d'extraction d'air vicié. Il est pertinent de se renseigner sur le type de filtre présent dans la climatisation et sur la périodicité du changement obligatoire.
- Le premier objectif pour le praticien est de limiter la quantité d'aérosols générée.
- Après chaque geste générant des aérosols, il est nécessaire de renouveler 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 (voir infra).

Salle de soins avec fenêtre

- Il est souhaitable de conserver une ventilation permanente minimum des locaux durant les soins, mais sans générer de courant d'air pouvant disperser les aérosols (ex. : fenêtre oscillo-battante associée à une VMC).
- Aérer au minimum 15 minutes après un soin générant des aérosols (ONCD, 5 mai 2020).
- La fenêtre ne doit pas donner directement sur un lieu occupé ou un lieu de passage.

Salle de soins sans fenêtre

- Ne pas pratiquer des soins générant des aérosols dans une salle de soins borgne et sans ventilation adaptée.
- 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) (INRS, 2019 ; SF2H, 2015). Cette CTA ne doit pas mettre la salle de soins en surpression (débit d'air extrait≥ débit d'air introduit). Les blocs opératoires AIA (Anesthésiques inflammables autorisés) doivent avoir un taux de renouvellement de 15 volumes par heure (SF2H, 2015).

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 (HCSP, 8 avril 2020).
- À ce jour, l'innocuité d'un système de climatisation dans une salle de soins où des actes générateurs d'aérosols sont prodigués, en période de COVID-19, ne fait pas l'objet d'un consensus ;

    - Pour certains, les systèmes à recirculation d'air comme les climatiseurs, qu'ils soient ou non équipés de filtre, doivent être arrêtés afin d'éviter la dispersion de l'aérosol généré et la contamination de toutes les surfaces de la salle ;
    - Pour d'autres, la filtration des systèmes de climatisation équipée d'un filtre HEPA peut réduire la concentration de SARS-CoV-2 en suspension dans l'air ;
  - L'avis du HCSP du 06/05/20 relatif à la gestion de l'épidémie de COVID-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur (HCSP, 6 mai 2020), rappelle que le flux d'air des unités terminales (ventilo-convecteurs) et climatiseurs individuels, même normalement filtré, peut augmenter la distance de projection d'une gouttelette émise par l'oropharynx. Le HCSP recommande de vérifier l'absence de mélange et l'étanchéité entre l'air repris des locaux et de l'air neuf dans les centrales de traitement d'air (vérification du type d'échanges thermique : chambre de mélange, échangeurs thermiques) afin de prévenir l'éventuelle recirculation de particules virales dans l'ensemble des locaux par l'air soufflé. On peut aussi déconnecter ces échanges thermiques pour n'avoir qu'un système dit « tout air neuf » séparant le réseau d'air soufflé et le réseau d'air repris qui est extrait directement à l'extérieur. Les installations disposant d'unités terminales (de type ventilo-convecteurs) situées en allège sous les fenêtres ou dans un plénum (de type faux-plafond) qui brassent l'air d'une pièce ou d'une plate-forme (open-spaces) pour le rafraîchir, peuvent poser problème. Si les centrales de traitement d'air et les unités terminales sont dotées de filtres performants et s'ils sont bien entretenus, ils ne sont pas à l'origine de problèmes liés au COVID-19.
  - Si le système de climatisation est utilisé, changer les filtres régulièrement (toutes les semaines) (HCSP, 8 avril 2020).
  - A minima, l'utilisation de la climatisation dans la salle de soins est possible en dehors des périodes où les aérosols sont produits ou encore en suspension (pendant les soins aérosolisant et le bionettoyage /aération qui suivent).
  - Dans le cas de l'utilisation d'une CTA en tout air neuf pour conditionner l'air, les consignes de température et humidité habituelles doivent être maintenues.
  - En l'absence de consensus par les experts et les parties prenantes, la HAS a interrogé l'ANSES sur cette question. Ce point pourra évoluer en fonction de la réponse de l'ANSES.

Épurateur d'air

  - Les épurateurs d'air fonctionnent soit sur des techniques de piégeage (filtration par des filtres 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 (ANSES, 2017) :
    - 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 ;
    - 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, etc.) est-elle possible et quel en est le coût ?

- À ce jour, il n'existe pas de recommandations claires et précises au sujet de ces dispositifs, principalement vis-à-vis de l'épidémie de COVID-19 (INSPQ, 2020) ;
- En l'absence de consensus par les experts et les parties prenantes, la HAS a interrogé l'ANSES sur cette question. Ce point pourra évoluer en fonction de la réponse de l'ANSES.

Local technique

- L'air rejeté par l'aspiration doit être traité grâce à un filtre HEPA (filtre haute efficacité) de classe H13 au minimum (AFNOR, 2019). À 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.

Salle de repos et vestiaire

Se conformer aux recommandations du Ministère du travail (Ministère du travail, 9 mai 2020 ; Ministère du travail, 5 mai 2020).

Patients

Évaluation

- Inciter les patients à ne pas se présenter spontanément au cabinet. En effet, il est impératif de faire une première évaluation (téléphonique, par mail ou par tout autre moyen de communication) des demandes de rendez-vous des patients.
- Cette évaluation vise à classer les patients dans l'un des 4 groupes suivants (Tableau 1). L'utilisation d'un questionnaire standardisé est préconisée (ONCD, 5 mai 2020).

Groupe A	Patient sans symptôme évocateur de COVID-19 [(a)] et qui ne répond pas aux caractéristiques des groupes B, C et D
Groupe B	Patient sans symptôme évocateur de COVID-19, sans contact à risque mais à risque de développer une forme grave de la maladie [(b)]
Groupe C	Patient sans symptôme évocateur de COVID-19 [(a)] mais en contact avec une personne avérée COVID-19 (patient en quatorzaine)
Groupe D	Patient COVID-19 avéré ou présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 [(a)] non encore testé (patient en isolement)

[(a)] Principaux signes (COREB, 2020 ; SPF, 2020 ; HCSP, 20 avril 2020) : Fièvre (>38°C) ou sensation de fièvre (frissons), toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d'odorat, diarrhée, céphalées inhabituelles, altération de l'état général ;
[(b)] Principaux facteurs de risque (HCSP, 20 avril 2020) : âge > 65 ans, HTA compliquée, maladie respiratoire chronique, diabète non équilibré, femme enceinte (3ème trimestre), insuffisance cardiaque, obésité (IMC > 30), immunodépression congénitale ou acquise ;

- Si un rendez-vous est donné au patient :
  - lui demander de se présenter muni d'un masque grand public (HCSP, 8 avril 2020) ou d'un masque chirurgical (sinon prévoir de lui en fournir un) ;
  - l'informer des modalités spécifiques d'accueil (cf. infra) ;
  - prévenir les patients qu'en cas d'apparition de symptômes avant le rendez-vous, ils ne doivent pas se présenter au cabinet, et doivent vous recontacter.

Tests

Le seul test permettant de repérer la contagiosité est PCR. Il n'est pas pertinent de réaliser un test de diagnostic PCR systématique à tous les patients avant un rendez-vous au cabinet dentaire.

Les tests sérologiques ne permettent pas de statuer sur la contagiosité de la personne (HAS, 2020).

Actes cliniques réalisables

Durant la période épidémique, certains soins doivent être reportés, soit dans le but de protéger les patients à risque, soit afin de ne pas augmenter les risques de contamination des patients et des professionnels (ANT, 2020 ; SMD, 2020 ; BAZ, 2020 ; SSO, 2020 ; Consejo Dentistas, 2020).

	Groupe A Patient sans symptômes évocateurs de COVID-19 et qui ne répond pas aux caractéristiques des groupes B, C et D	**Groupe B** Patient sans symptômes évocateurs de COVID-19, sans contact à risque mais à risque de développer une forme grave de la maladie	**Groupe C** Patient sans symptômes évocateur de COVID-19 mais en contact étroit avec une personne avérée COVID-19 (patient en quatorzaine)	**Groupe D** Patient COVID-19 avéré ou présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 mais non encore testé (patient en isolement)
Soins urgents Tout soin qui nécessite une intervention rapide Ex. : Traitement des pulpites aiguës irréversibles, infections, traumatismes, hémorragies, etc.	OUI	OUI	OUI Sur plages horaires dédiées aux patients de ce groupe	OUI Sur plages horaires dédiées aux patients de ce groupe
Soins non-urgents	OUI	POSSIBLE [(a)]	NON Le patient doit être réévalué 14 jours (délai d'incubation) après le dernier contact avec la personne : – COVID avérée – Symptomatique	NON Reporter les soins après avoir atteint les critères de levée du confinement : – patient population générale, voir [(b)] – patient immunodéprimé voir [(c)]

(a) Évaluer le rapport bénéfice/risque du soin à réaliser au regard du risque d'exposition encouru par le patient (**décision conjointe et éclairée** entre le praticien et le patient), prendre en compte notamment : l'état de santé du patient, **le niveau épidémique dans le département**, la possibilité ou non de différer le soin concerné.

(b) Au moins le 8ème jour à partir du début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h, si possible attendre 7 jours supplémentaires (HCSP, 16 mars 2020).

(c) Au moins le 10ème jour à partir du début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h, si possible attendre 14 jours supplémentaires (HCSP, 16 mars 2020).

Planification des rendez-vous

- À la reprise d'activité, chaque praticien doit privilégier les patients ayant bénéficié de soins urgents pendant la période de confinement et les patients dont les soins avaient été mis en attente à la mise en place du confinement.
- L'organisation des rendez-vous doit 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 des groupes C et D,** seuls les soins d'urgence sont réalisés. Planifier ces patients préférentiellement en fin de programme de la salle de façon à permettre un nettoyage approfondi (ou leur réserver des demi-journées exclusives).

Accueil des patients

- La prise de température frontale systématique à l'arrivée du patient n'est pas recommandée (HCSP, 28 avril 2020).
- Autant que possible, faire attendre les patients à l'extérieur du cabinet.
- Les patients des groupes C et D ne doivent pas être en contact avec les autres patients.
- Éviter les contacts physiques (ne pas s'embrasser, ne pas serrer la main, etc.) et respecter les distances barrières entres les patients.
- 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) (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020).
- Dès l'arrivée du patient, et le cas échéant, de son accompagnant :
  - Leur faire réaliser une friction des mains avec une SHA (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020 ; ONCD, 5 mai 2020) ;
  - Leur demander de porter leur masque ou leur fournir un masque chirurgical. Un masque de type chirurgical est nécessaire au mieux pour tous les patients en lieu de soin, sinon pour les patients des groupes B, C, et D.
  - S'assurer que le masque est bien positionné. Prévoir un affichage sur le port du masque ;
- Limiter la quantité d'effets personnels introduits dans la salle de soins (manteau, sac, etc.). Possibilité de prévoir un bac dédié aux effets personnels à décontaminer 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 (Ministère des solidarités et de la santé, 25 avril 2020).
  - Privilégier le paiement par carte bancaire (Ministère du travail, 8 mai 2020).
  - Décontaminer régulièrement les touches du terminal de carte bancaire (Ministère du travail, 8 mai 2020).

Personnel soignant et non soignant

Reprise d'activité

Professionnel salarié

Tout professionnel salarié ayant un ou des facteur(s) de risque de forme grave de COVID-19 doit contacter son service de médecine du 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 (HCSP, 20 avril 2020).

Professionnel libéral

Un professionnel libéral ayant un ou des facteur(s) de risque de forme grave de COVID-19 doit prendre contact avec son médecin traitant ou son médecin du 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 (Ministère des solidarités et de la santé, 20 avril 2020).

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 (HCSP, 31 mars 2020).

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 (HAS, 2020),
- **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.

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 professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical pendant 7 jours suivant la levée du confinement.
- **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 professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical pendant 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement.

Mesures d'hygiène personnelle

Toutes les personnes travaillant au cabinet dentaire doivent adopter les précautions suivantes :

- Avant-bras dégagés (SF2H, 2017 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2006) ;
- Ongles courts, sans vernis, faux-ongles ou résines (SF2H, 2017 ; Ministère de la santé et des solidarités, 2006) ;
- Ne pas porter de bijou aux mains et aux poignets (bracelet, bague, alliance, montre) (SF2H, 2017 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2006). 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 (SF2H, 2017 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2006) ;
- La tenue professionnelle ne doit pas quitter le cabinet. Autant que possible, les tenues professionnelles ne doivent pas être lavées au domicile des soignants : prévoir une procédure de lavage au sein du cabinet ou par un prestataire (minimum : 30 minutes à 60 degrés) ;

- 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.

Tenue de protection

Équipe administrative (qui n'entre jamais dans l'espace de soins)

Port du masque chirurgical en continu requis. En l'absence de protection anti-projections efficace en zone d'accueil (vitre, panneau plastique, etc.), il est nécessaire de porter des lunettes de protection ou un écran facial (Ministère du travail, 7 mai 2020).

La durée de port d'un même masque chirurgical ne doit pas excéder 4 heures, tout en respectant les règles d'usage (Ministère des solidarités et de la santé, 2006).

Équipe soignante (chirurgien-dentiste et assistante dentaire)

L'aide dentaire qui réalise le bionettoyage de la salle de soins doit être équipée des mêmes équipements de protection individuelle (EPI) que l'équipe soignante.

Tenue professionnelle

L'équipe soignante doit porter une tenue professionnelle dédiée à l'activité de soins (SF2H, 2017 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2006) (pantalon, tunique **manches courtes**, chaussures fermées). Pour les soins, il est requis de porter des EPI complémentaires (ONCD, 5 mai 2020).

Protection oculaire

- Lunettes de protection et/ou écran facial (SF2H, 2017 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2006) ;
- L'écran facial permet de protéger le masque et limite le risque qu'il soit souillé. Certains écrans faciaux « faits maison » peuvent 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.

Protection respiratoire

- Le port du masque FFP2 (ou équivalent, par ex. N95, KN95, etc.) est requis pendant les soins générateurs d'aérosols (SF2H, 4 mars 2020), mais également lorsque les soignants réalisent le bionettoyage et l'aération de la salle suite à ce type de soins.
- Un masque FFP2 est normalement à usage unique (Ministère de la santé et des solidarités, 2006). En cas de pénurie, il est possible de prolonger son usage sans dépasser la durée maximale de 8 heures (SF2H, 14 mars 2020). Du fait de la gêne liée au 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 (SF2H, 14 mars 2020).
- Lorsque le soignant ne porte pas de masque FFP2, le port du masque chirurgical en continu est requis. Se conformer aux règles d'usage des masques (ONCD, 5 mai 2020).

Protection de la tenue professionnelle

- Si la tenue professionnelle n'est pas protégée, celle-ci doit être changée après chaque soin générant des aérosols.
- **Lors d'un soin aérosolisant non souillant** [(a)], le praticien et son assistante, doivent **au minimum** être protégés par un tablier plastique, à usage unique ou lavable, remonté le plus possible pour couvrir le haut du torse au maximum. 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.

– **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** (SF2H, 2017) :
  - 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 exemple en polyéthylène (réutilisable) ;
  - **ou, en l'absence de surblouse, de protections plastiques des membres supérieurs qui complètent le tablier** (usage unique).

[(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, etc.).

[(b)] Lavage au minimum à 60° pendant 30 minutes pour être efficace sur les coronavirus (HCSP, 10 avril 2020).

Type de soins	Tablier plastique jetable	Surblouse	Masque chirurgical	Masque FFP2	Lunettes et visières de protection	Gants à usage unique	Exemples
Soins sans aérosol	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	Consultation sans utilisation de la seringue air-eau
Soins aérosolisant non-souillant	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	Soin conservateur ou endodontique sous digue
Soins aérosolisant souillant	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	Impossibilité de poser la digue, extraction, détartrage ultrasonore, etc.

L'utilisation des équipements de protection individuelle doit être impérativement associée à une tenue de travail changée et entretenue au minimum quotidiennement et à une observance stricte de l'hygiène des mains

Autres protections

- Gants à usage unique ;
- Port d'une charlotte ou d'un calot obligatoire : 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 ;
- Le port de sur-chaussures n'est pas justifié (SF2H, 2010).

Réalisation des soins

Actes générant des aérosols

– 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/eau (Harrel, 2004 ; Zemouri, 2017 ; FFO, 23 avril 2020). Ainsi, la quasi-totalité des actes réalisés en bouche est susceptible de générer des aérosols.

– De nombreux matériels employés en médecine bucco-dentaire génèrent des aérosols potentiellement contaminés (Harrel, 2004 ; Zemouri, 2017 ; FFO, 23 avril 2020).

- 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 générée il est préférable d'utiliser un contre-angle à une turbine, quand cela est possible.

Protocole de soins

- Le patient garde son masque jusqu'au début du soin et le remet dès la fin du soin. Le masque du patient peut être placé sur un plateau identifié (qui sera désinfecté) ou dans un sac (type sac congélation) apporté par le patient. Le patient doit manipuler le masque par les élastiques et réaliser une hygiène des mains après avoir manipulé son masque.
- Comme avant tout soin bucco-dentaire, un bain de bouche antiseptique est préconisé (Ministère des solidarités et de la santé, 2006). Certains proposent, 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 pas cliniquement prouvée (FFO, 23 avril 2020 ; Duffau, 2020 ; SFPT, 2020) [(a)].
- 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 de très grandes précautions car elles stimulent la sécrétion de salive et peuvent provoquer un réflexe de toux (Meng, 2020). Les radiographies dentaires extra-orales, telles que la radiographie panoramique ou le CBCT, peuvent constituer une alternative lorsque celles-ci sont indiquées.
- L'utilisation de la digue doit être privilégiée dans toutes les situations cliniques possibles. Une fois la digue posée de façon étanche, le champ est désinfecté avec de l'hypochlorite de sodium (Meng, 2020 ; Peng, 2020).
- Utiliser une aspiration puissante (Meng, 2020 ; Peng, 2020), si possible deux aspirations.
- Favoriser le travail à quatre mains (Meng, 2020 ; ADA, 2020).
- En fonction de la situation clinique, le praticien évaluera la méthode la plus adaptée pour générer un minimum d'aérosols (Meng, 2020).
- 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 bague rouge ou bleue à une turbine ;
  - Diminuer le débit d'eau au minimum nécessaire ;
  - Faire une procédure de stérilisation après chaque utilisation ou utiliser un rotatif jetable (Ministère des solidarités et de la santé, 2006) ;
- En cas de suture, utiliser de préférence un fil de suture résorbable (ADA, 2020).
- En cas d'administration de MEOPA, certaines précautions d'emploi sont nécessaires (ANSM, 2020).
- La prescription d'AINS doit être proscrite chez les patients atteints de COVID-19 (DGS, 14 mars 2020).
- La prescription d'une corticothérapie de courte durée (3 à 5 jours à 1 mg/kg/j) est possible chez les patients asymptomatiques. Le patient doit être informé qu'en cas d'apparition de symptômes (fièvre, toux, perte soudaine de l'odorat ou du goût, diarrhée, etc.), il doit arrêter le traitement et contacter le praticien.

[(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 orale (Duffau, 2020).

Bionettoyage et gestion des déchets

- La SF2S (SF2S, 2020) 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 (Ministère des solidarités et de la santé, 2006).

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 (SF2H, 14 mars 2020).
- Les EPI sont changés (gants, tablier +/- manchons de protection des membres supérieurs ou surblouse) ou décontaminés (lunettes de protection / écran facial réutilisables) (SF2H, 2017).
- Les déchets de soins et les EPI souillés [a] ou mouillés sont éliminés par la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) (ADF, 2015 ; arrêté, 20 avril 2020).
- Les EPI non souillés [a] et non mouillés sont éliminés par la filière des déchets ménagers dans des sacs dédiés à cet effet avec une procédure spécifique (HCSP, 19 mars 2020).
- 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 (ONCD, 5 mai 2020).
- 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 % (SF2H, juin 2006 ; ONCD, 5 mai 2020).
- Avoir à l'esprit que des projections peuvent contaminer à plus de 1,5 mètre de la source (Rautemaa, 2006) 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.
- Rincer les empreintes à l'eau froide puis les désinfecter avec un produit désinfectant répondant, entre autres, à la norme NF 14 476 ou à défaut avec de l'hypochlorite de sodium à 0,5 %.
- Informer le prothésiste de la procédure de désinfection appliquée avant l'envoi des travaux de prothèse. Demander au prothésiste de détailler sa procédure de désinfection lorsque les travaux de prothèse sont retournés au cabinet.
- 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)

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**

À la fin de chaque demi-journée

En complément des actions décrites précédemment :

- 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 répondant à la norme NF 14 476.

En fin de journée

Nettoyage des sols (HCSP, 10 avril 2020) :

- Lavage-désinfection humide (ne pas utiliser d'aspirateur) ;
- Utilisation d'un produit à la norme NF EN 14476 ou à défaut de l'eau de javel à une concentration de 0,5 % ;
- Respecter le temps de contact nécessaire à l'efficacité du produit.

- Pour les EPI non souillés et non mouillés, éliminés par la filière des ordures ménagères (HCSP, 19 mars 2020) :
  - 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 24 heures avant de le mettre à l'enlèvement.

Autres informations

- 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.
- En cas d'intervention d'une société de nettoyage, vérifier que ses procédures et produits utilisés sont conformes aux présentes recommandations.

Références bibliographiques

1. 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. Journal Officiel ; 22 avril 2020.
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. 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, 3 avril 2020. Saint-Denis : ANSM; 2020.

   https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/COVID-19-Melange-equimolaire-d-oxygene-et-de-protoxyde-d-azote-MEOPA-ANTASOL-ENTONOX-KALINOX-OXYNOX-et-ACTYNOX-Precautions-d-emploi-lors-de-l-administration-du-MEOPA-aux-patients-Lettre-aux-professionnels-de-sante
3. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Identification et analyse des différentes techniques d'épuration d'air intérieur émergentes. Avis et rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: ANSES; 2017. https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2012SA0236Ra.pdf
4. American Dental Association. ADA interim guidance for minimizing risk of COVID-19 transmission. Last updated 4/1/20. Chicago: ADA; 2020.

   https://www.ada.org/~/media/CPS/Files/COVID/ADA_COVID_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf
5. Associatie Nederlandse Tandartsen, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, Organisatie van Nederlandse Tandprothetici. Procesverantwoording leidraad mondzorg corona. Versie 3.0, laatste update, 21 april 2020. Amsterdam: ANT; 2020.

   https://www.ant-tandartsen.nl/uploads/downloads/2020.04.21_Leidraad_Mondzorg_Corona_DEF.pdf
6. Association dentaire française. Grille technique d'évaluation pour la prévention des infections associées aux soins. Paris: ADF; 2015. https://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/publications/dossiers-de-ladf
7. 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. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2019.
8. Bundeszahnärztekammer. Risikomanagement. Berlin : BAZ; 2020.

   https://www.bzaek.de/berufsausuebung/sars-cov-2covid-19/risikomanagement.html
9. Collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique. Risques et recommandations pour les soins bucco-dentaires dans le contexte d'épidémie au Coronavirus, 16 mars 2020. Toulouse : CNCDUSP; 2020.

   https://lescdf.fr/sites/default/files/inline-files/Risques%20et%20reco%20Covid-19%20CNCDUSP%2016%20mars%202020%20V2.pdf
10. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Plan estratégico de acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID-19, 18 abril 2020. Madrid: Consejo Dentistas; 2020.

    https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1763-plan-estrategico-de-accion-para-el-periodo-posterior-a-la-crisis-creada-por-el-covid-19.html
11. Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique. COVID-19 - Dépister et prendre en charge un patient en contexte épidémique. Consultation du médecin de 1ère ligne, 12 mai 2020. Paris : COREB; 2020.

    https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/procedures/20200512-fichecovid-medecin1ereligne-12-mai.pdf
12. Direction générale de la santé. DGS-Urgent. Actualisation des recommandations Covid-19, 14 mars 2020 [En ligne]. Paris: DGS; 2020.

    https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30500&cmd=visualiserMessage
13. Duffau F, Myara M, Burrel S, Bloch-Zupan A, Bouchet J, Derruau S, et al. 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 2020;(18-19):20-5.
14. Fédération française d'orthodontie. Précautions additionnelles en période d'épidémie (COVID-19), 23 avril 2020. Paris : FFO; 2020.

    http://www.orthodontie-ffo.org/sites/default/files/inline-files/Precautions%20additionnelles-FFO-v230420-v2.pdf
15. Gamio L. The workers who face the greatest coronavirus risk. The New York Times, 15 mars 2020 [En ligne].

    https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html
16. Harrel SK, Molinari J. Aerosols and splatter in dentistry. A brief review of the literature and infection control implications. J Am Dent Assoc 2004;135(4):429-37. http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0207

17. Haut conseil de la santé publique. Avis du 5 mars 2020 relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2. Paris : HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=771
18. Haut conseil de la santé publique. Avis du 4 avril 2020 relatif à l'opportunité d'un nettoyage spécifique ou d'une désinfection de l'espace public. Paris : HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=791
19. Haut conseil de la santé publique. Avis du 8 avril 2020 relatif au risque résiduel de transmission du SARS-CoV-2 sous forme d'aérosol, en milieu de soin, dans les autres environnements intérieurs, ainsi que dans l'environnement extérieur. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=809
20. Haut conseil de la santé publique. Avis du 17 mars 2020 relatif à la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 par la ventilation et à la gestion des effluents des patients COVID-19. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=783
21. Haut conseil de la santé publique. Avis du 6 mai 2020 relatif à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=817
22. Haut conseil de la santé publique. Avis du 20 avril 2020 relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=812
23. Haut conseil de la santé publique. Actualisation de l'avis du 20 avril 2020 relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807
24. Haut conseil de la santé publique. Avis du 28 avril 2020 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. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=810
25. Haut conseil de la santé publique. Avis du 31 mars 2020 relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de COVID-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790
26. Haut conseil de la santé publique. Avis du 10 avril relatif au traitement du linge, au bionettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient possible ou confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnels (révision de l'avis du 18 février 2020). Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=813
27. Haut conseil de la santé publique. Avis du 19 mars 2020 relatif à la gestion des déchets d'activités de soins (DAS) produits au cours de l'épidémie de Covid-19, en particulier en milieu diffus. Paris: HCSP; 2020. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=782
28. Haute Autorité de santé. Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179992/en/cahier-des-charges-definissant-les-modalites-d-evaluation-des-performances-des-tests-serologiques-detectant-les-anticorps-diriges-contre-le-sars-cov-2
29. 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. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile
30. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Prévention de la transmission des infections en milieu de soins. Précautions complémentaire "air". Paris: INRS; 2019. http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206362
31. Institut national de santé publique du Québec. COVID-19 : Environnement intérieur. Questions-réponses. Version 1.1 du 6 mai 2020. Québec: INSPQ; 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2992-environnement-interieur-qr-covid19.pdf
32. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect 2020;104(3):246-51. http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022
33. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): emerging and future challenges for dental and oral medicine. J Dent Res 2020;99(5):481-7. http://dx.doi.org/10.1177/0022034520914246
34. Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la santé, Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins. Guide de prévention

des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. 2ème édition. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_prevention_des_infections_liees_aux_soins_en_chirurgie_dentaire_et_en_stomatologie.pdf

35. 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. Version du 25 avril 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf

36. 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. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arret-travail-covid-19_2.pdf

37. Ministère du travail. Vétérinaire : kit de lutte contre le COVID-19. Cabinet vétérinaire : quelles précautions prendre contre le COVID-19 ? Version du 8 mai 2020. Paris: Ministère du travail; 2020.
https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/covid19_cabinetveterinaire_v080520.pdf

38. Ministère du travail. COVID-19. Protocole national de déconfinement pour les entreprises pour assurer la santé et la sécurité des salariés, 9 mai 2020. Paris: Ministère du travail; 2020.
https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-national-de-deconfinement.pdf

39. Ministère du travail. Locaux sociaux : kit de lutte contre le COVID-19. Vestiaires, locaux sociaux et locaux fumeurs : quelles précautions prendre contre le COVID-19 ? 5 mai 2020. Paris: Ministère du travail; 2020.
https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/covid19_vestiaires_v050520.pdf

40. Ministère du travail. Commerce de détail : kit de lutte contre le COVID-19. Travail en caisse : quelles précautions prendre contre le COVID-19 ? 7 mai 2020. Paris: Ministère du travail; 2020.
https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/covid19_fiche_metier_travail_en_caisse_v07052020.pdf

41. Norwegian Institute of Public Health. Aerosol generating procedures in health care, and COVID-19. Memo. Oslo: NIPH; 2020.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/aerosol-generating-procedures-in-health-care-and-covid19-rapport-2020.pdf

42. Ordre national des chirurgiens-dentistes. 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 1 du 5 mai 2020. Paris: ONCD; 2020.
https://www.preventioninfection.fr/?jet_download=10090

43. Organisation mondiale de la santé. Flambée de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) [En ligne]. Genève: OMS; 2020. https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

44. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci 2020;12(1):9. http://dx.doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9

45. 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. http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2006.04.011

46. Santé publique France. Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19). Mise à jour le 07/05/2020. Saint-Maurice: SPF; 2020.
https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/228073/file/COVID-19_definition_cas_20200313.pdf

47. Société de médecine dentaire. SRAS-Cov-2, réflexions et propositions d'adaptations de nos pratiques dentaires, 26 avril 2020. Bruxelles: SMD; 2020. https://www.dentiste.be/NewsDetail.aspx?id=238

48. Société française d'hygiène hospitalière. Avis relatif à l'utilisation de l'eau de javel dans les établissements de soins, juin 2006. Lyon: SF2H; 2006.
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2006_desinfection_sterilisation_SFHH.pdf

49. Société française d'hygiène hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations. Hygiènes 2010;18(4).

50. Société française d'hygiène hospitalière. Qualité de l'air en bloc opératoire et autre secteurs interventionnels. Recommandations. Hygiènes 2015;23(2).

51. Société française d'hygiène hospitalière. Actualisation des précautions standard. Etablissement de santé, établissement médicosociaux, soins de ville. Recommandations. Hygiènes 2017;25(HS).

52. Société française d'hygiène hospitalière. Avis du 4 mars 2020 relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé. Lyon: SF2H; 2020. https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-Masque-SF2H-SPILF-04.03.2020.pdf

53. Société française d'hygiène hospitalière. Avis du 14 mars 2020 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. Lyon: SF2H; 2020.
https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/avis-sf2h-utilisation-masque-14mars2020.pdf

54. Société française de pharmacologie et de thérapeutique. Les bains de bouche à la povidone iodée (BETADINE®) sont-ils recommandés sont-ils recommandés pour diminuer le portage oropharyngé du coronavirus ? [En ligne]. Saint-Etienne: SFPT; 2020.
https://sfpt-fr.org/covid19-foire-aux-questions/1217-126-les-bains-de-bouches-%C3%A0-la-povidone-iod%C3%A9e-betadine%C2%AE-sont-ils-recommand%C3%A9s-pour-diminuer-le-portage-oropharyng%C3%A9-du-coronavirus

55. Société française des sciences de la stérilisation. 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. Paris: SF2S; 2020.
https://www.sf2s-sterilisation.fr/wp-content/uploads/2020/03/Avis-SF2S-Proc%C3%A9dure-DMR-COVID-19VD.pdf

56. Société suisse des médecins-dentistes. COVID-19. Directives applicables à l'exploitation d'un cabinet dentaire durant la pandémie, 27 avril 2020. Document de synthèse. Berne: SSO; 2020.
https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/5_Newsletter/2020/Covid-19-Positionspapier_VKZS_3-7-F.pdf

57. To KK, Tsang OT, Leung WS, Tam AR, Wu TC, Lung DC, 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;20(5):565-74. http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30196-1

58. World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Scientific brief, 29 march 2020. Geneva: WHO; 2020.
https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations

59. 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(5):e0178007. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0178007

Ressources

Ces réponses rapides évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19. Elles viennent compléter les sites, documents et guides développés par les sociétés savantes.

Voir toutes les réponses rapides de la Haute Autorité de santé dans le cadre du COVID-19.

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégialement entre la Haute Autorité de santé et des experts désignés par : 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, Collège National Professionnel des Chirurgiens-dentistes, Collège National Professionnel des Spécialistes en Chirurgie Orale, Collège National Professionnel des Spécialistes en Orthopédie Dento-Faciale, Coordination

Opérationnelle du Risque Épidémique 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.

Validation par le collège de la HAS en date du 14 mai 2020

Liste des participants

Haute Autorité de Santé : M. Michel Gedda, chef de projet ; Mme Miriam Bejaoui, chef de projet ; M. Frédéric Nahmias, chef de projet ; Mme Sophie Despeyroux, documentaliste ; Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste.

Conseils nationaux professionnels, sociétés savantes et organisations professionnelles : Dr Florian Laurent, chirurgien-dentiste, Igny (chargé de projet CNO-CD) ; Dr Serge Alfandari, médecin infectiologue, Tourcoing (SPILF) ; Pr Reza ARBAB-CHIRANI, chirurgien-dentiste, Brest (CNEOC) ; Dr Pascal Augustin, médecin anesthésiste-réanimateur, Paris ; Dr Alexandre Baudet, chirurgien-dentiste, Nancy ; Dr Patrice Binder, médecin général (SFM) ; Dr Karine Blanckaert, médecin hygiéniste, Nantes (REPIAS) ; Pr Agnès Bloch-Zupan, chirurgien-dentiste, Strasbourg (CNESBO) ; Dr Sonia Burrel, médecin virologue, Paris (SFM) ; Dr Dominique Chave, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Rennes (CNOCD) ; Dr Hélène Coignard, médecin urgentiste, infectiologue, Lyon (COREB) ; Dr Christine Constans, chirurgien-dentiste, Strasbourg ; Dr Laurent DEVOIZE, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Clermont Ferrand (CNECO) ; Dr Jean-Patrick DRUO, chirurgien-dentiste, Le Chesnay (CNPCD) ; Dr Jean-Michel Foucart, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Eaubonne (FFO) ; Dr Nicolas Gardon, chirurgien-dentiste, Les Pennes-Mirabeau (SFE) ; Dr Romain GUICHARD, ingénieur aéraulique, Nancy ; Dr Alexis GAUDIN, chirurgien-dentiste, Nantes (CNEOC) ; Dr Nicolas Goossens, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Meaux (CNPSODF) ; Pr Marjolaine Gosset, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Paris (SFPIO) ; Dr Anne-Sophie Hodebert, chirurgien-dentiste, Le Rheu ; Pr Sylvie Jeanne, chirurgien-dentiste, Rennes (CNEP) ; Dr Julien LAUPIE, chirurgien-dentiste, Nice (ADF) ; Pr Benoit Lefevre, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Reims ; Pr Géraldine Lescaille, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Paris (CNPSCO) ; Pr Didier Lepelletier, médecin hygiéniste, Nantes (SF2H) ; Pr Michelle Muller-Bolla, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Nice (CNEOP) ; Pr Anne-Marie Musset, chirurgien-dentiste, Strasbourg (CNCDUSP) ; Dr Virginie Monnet-Corti, chirurgien-dentiste, Marseille (CNEP) ; Dr Damien Offner, chirurgien-dentiste, Strasbourg (CNCDUSP) ; Dr Benoit PERRIER, chirurgien-dentiste, Saint Jean de Boiseau (UFSBD) ; Dr Patrick ROUAS, chirurgien-dentiste, Bordeaux (SFOP) ; Dr Alexandre SAGE, chirurgien-dentiste, Meylan ; Pr Bruno Tavernier, chirurgien-dentiste, Paris (CNEPO) ; Pr Jacques-Henri Torres, médecin, chirurgie orale, Montpellier (SFCO) ; Dr Steve Toupenay, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Villabe (CNOCD) ; Dr Nathalie Uzan, chirurgien-dentiste, Grenoble.

Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.

© Haute Autorité de santé – mai 2020