



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES
CONSEIL NATIONAL

COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Recommandations pour la prise en charge des patients nécessitant des soins dentaires urgents dans le cadre du stade 3 de l'épidémie de COVID-19

GUIDE SOIGNANT

Coordination : Dr Florian LAURENT

Version du 16 avril 2020

Ces recommandations complètent le document du 24 mars 2020 et précèdent des recommandations spécifiques liées à la reprise d'activité des cabinets dentaires de ville.

- 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 Odontologie Conservatrice
- Collège National des Enseignants en Parodontologie
- Collège National des Enseignants en Biologie Orale
- 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 d'Odontologie Pédiatrique
- Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale

Les recommandations figurant dans ce document sont liées à la situation exceptionnelle que nous traversons ; Elles peuvent être différentes des recommandations habituelles.
Elles ne se substituent pas au sens clinique du praticien et n'ont pas la prétention d'être exhaustives.
Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction de la situation sanitaire.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Afin d'endiguer la propagation du virus SARS-CoV-2 et de limiter les risques pour les patients et les professionnels de santé, **les cabinets dentaires sont fermés à l'accueil des patients depuis le lundi 16 mars 2020 et ce jusqu'à nouvel ordre.**

Une organisation nationale est mise en place pour prendre en charge les urgences bucco-dentaires afin de ne pas surcharger le SAMU-Centre 15, les cabinets de médecine générale et les services d'urgence. Un des objectifs est de limiter le déplacement des patients en favorisant les prises en charge à distance et en réservant les actes thérapeutiques d'urgence à des situations bien précises qu'il faut savoir identifier.

L'organisation nationale de la permanence des soins dentaires repose sur trois piliers :

- Les chirurgiens-dentistes traitants ;
- Les centres départementaux de régulation (CDR) avec des chirurgiens-dentistes régulateurs ;
- Les chirurgiens-dentistes de garde en ville ou à l'hôpital.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES TRAITANTS

Les chirurgiens-dentistes traitants assurent une **première prise en charge téléphonique des urgences de leurs patients** à partir des recommandations présentées dans le document « *Guide de prise en charge téléphonique d'une demande de soins dentaires urgents dans le cadre du stade 3 de l'épidémie de COVID-19* » Version 1 du 30 mars 2020. Un guide d'aide à la prescription est disponible dans ce document. Pour chaque appel, ils remplissent systématiquement une fiche de traçabilité - Praticien.

La téléconsultation, les conseils médicaux et l'envoi d'une ordonnance en cas de besoin permettent de gérer un grand nombre de situations d'urgences relatives.

Lorsque ce premier niveau de réponse n'est pas suffisant et que les patients nécessitent des actes thérapeutiques urgents, ils sont redirigés vers le CDR selon des **modalités définies dans chaque département** :

- Appel du chirurgien-dentiste traitant lui-même au CDR ;
- Appel du patient via le **numéro national 09 705 00 205** ou un autre numéro ;
- Envoi d'un email au CDR par le praticien traitant ou le patient lui-même ;
- Autre...

LES CENTRES DÉPARTEMENTAUX DE RÉGULATION

Dans les CDR, les chirurgiens-dentistes (CD) régulateurs traitent les demandes de soins dentaires urgents.

L'organisation générale des régulations est décrite dans le document « *Recommandations d'organisation des centres départementaux de régulation pour la prise en charge téléphonique des demandes de soins dentaires urgents dans le cadre du stade 3 de l'épidémie de COVID-19* ». Un guide d'aide à la prescription est disponible dans ce document.

Les CD régulateurs ont la possibilité de réaliser des prescriptions téléphoniques et remplissent systématiquement une fiche de traçabilité - Régulateur.

Lorsque la situation clinique le nécessite, le CD régulateur oriente le patient vers un chirurgien-dentiste de garde. **Aucun patient n'est vu par un chirurgien-dentiste de garde sans avoir été régulé par le CDR.**

Toutes les structures voulant participer à la permanence des soins dentaires urgents doivent se manifester auprès du Conseil départemental de l'ordre (CDO) afin d'être intégrées dans le dispositif départemental.

Les CDR doivent disposer d'un numéro de téléphone (autre que la ligne d'appel des urgences) afin d'être contactés facilement par les praticiens de garde et les CDR des départements voisins.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

LES CHIRURGIENS-DENTISTES DE GARDE

Les recommandations présentées ci-dessous sont en partie issues du document publié le 24 mars 2020 ^[1]. Certaines d'entre elles ont été modifiées en fonction des nouvelles données disponibles.

Autant que possible, les cabinets de garde sont aux normes d'accessibilité PMR, sinon le CD régulateur doit en être informé pour optimiser la prise en charge des personnes à besoin spécifique.

ORGANISATION GÉNÉRALE

Les gardes sont assurées 7j/7 selon les modalités suivantes :

- **2 demi-journées de 4 heures** : 9h-13h et 14h-18h. Ce qui correspond à la durée d'utilisation maximale préconisée pour les masques FFP2 ;
- **Le CD régulateur adresse les patients** en fonction des modalités définies dans chaque département (agenda partagé, numéro du cabinet de garde donné au patient, numéro du patient donné au cabinet de garde, etc.). La durée des rendez-vous donnés doit permettre les procédures de désinfection entre chaque patient ;
- **Travail en binôme** : il est recommandé de ne pas exposer le personnel salarié, notamment les assistantes dentaires. Autant que faire se peut, un deuxième chirurgien-dentiste doit être en charge de l'assistance et de la partie administrative ;
- **Le matériel de protection est fourni par le CDO**. Les modalités de récupération de ces matériels sont définies dans chaque département.

ORGANISATION DES LOCAUX

- La salle de soins doit au minimum pouvoir être aérée 15 minutes entre chaque patient, il est donc impératif que celle-ci dispose d'une fenêtre ^(a) et que celle-ci ne donne pas directement sur un lieu occupé ou un lieu de passage (cf. **annexe 7**). Si les locaux le permettent, il est possible d'envisager de travailler sur deux salles de soins ;
- Dans la mesure du possible, il est souhaitable de conserver une ventilation permanente des locaux durant les soins (par exemple : une fenêtre partiellement ouverte associée à une VMC), et de ne pas utiliser de climatisation durant les soins car ces dispositifs vont disperser les aérosols dans l'ensemble de la salle ;
- Un **bac de pré-désinfection** doit être présent dans la salle de soins ainsi qu'un sac ou un carton pouvant recueillir des DASRI volumineux (par exemple une surblouse souillée) ;
- Débarrasser complètement les surfaces de travail susceptibles de recevoir des projections pour les rendre facilement nettoyables (en utilisant des rotatifs, des projections sont retrouvées à plus de 1,5 mètres de la source) ^[3] ;
- Si des équipements ne peuvent pas être retirés, les protéger par un champ ou une housse en plastique ;
- **L'air rejeté par l'aspiration devrait être traité grâce à un filtre HEPA de classe H13 au minimum** ^[4]. 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 ;
- La salle d'attente doit-être débarrassée de tous les objets de type magazines, livres, revues et jouets, et doit être équipée de solution hydro-alcoolique en libre accès.

^(a) Sauf si la salle de soins est dotée d'un système de filtration d'air homologué avec un filtre HEPA.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

PLANIFICATION DES RENDEZ-VOUS URGENTS

En fonction de l'organisation de chaque département, les rendez-vous urgents sont programmés par :

- Le CDR via un agenda partagé avec les cabinets de garde ;
- Les structures de garde à qui les coordonnées du patient auront été transmises ;
- Une autre modalité.

Certains patients sont à risque de développer une forme grave de la maladie. Il s'agit notamment des patients âgés (70 ans et plus), des patients avec certaines comorbidités (HTA, coronaropathie, diabète non équilibré, pathologie respiratoire chronique, surpoids) et des femmes enceintes ^{[1] [2] [6]}.

Ces patients, s'ils ne sont pas symptomatiques (toux, fièvre etc..) et qu'ils n'ont pas été diagnostiqués COVID, doivent, autant que possible, ne pas être en contact avec des patients symptomatiques ou des patients COVID. C'est pourquoi, il est préférable de les programmer en début de vacation (1^{er} rendez-vous du matin et 1^{er} rendez-vous de l'après-midi).

Autant que possible, programmer les patients symptomatiques et COVID positif en fin de vacation.

TENUES DE PROTECTION

Les deux praticiens (soignant et assistant) doivent porter une tenue de travail professionnelle réservée à l'activité de soins (pantalons, tunique, chaussettes, **chaussures**).

En complément, ils doivent porter les équipements de protection individuel (EPI) suivants (voir le protocole d'habillement et de déshabillage en **annexes 3, 4 et 5**) :

- **Charlotte jetable** ;
- **Masque FFP2** (voir utilisation et précautions d'emploi en **annexe 2**) ^[18] ;
- Lunettes de protection ;
- Si possible, un écran facial de protection recouvrant les lunettes et le masque FFP2 ^(a) ;
- **Surblouse manches longues** ;
- **Gants** à usage unique.

Pour les surblouses, il existe plusieurs solutions (qui peut être d'un CDO à l'autre) :

- Surblouse non tissée jetable (usage unique) ;
- Surblouse plastique jetable (usage unique) ;
- Surblouse en tissu, lavable (réutilisable) : Lavage à 60° pendant 30 minutes pour être efficace sur les coronavirus ^[8]. Néanmoins, cette solution soulève des questions sur les procédures de nettoyage, tous les cabinets n'étant pas équipés d'une machine à laver.

L'usage unique doit être la règle mais nous devons nous adapter à la situation réelle des stocks d'EPI. Dans cette période de pénurie, des solutions de prolongement d'usage sont proposées par les sociétés savantes notamment pour les masques FFP2 et les surblouses ^{[7][8]}.

Ainsi, concernant la surblouse non tissée jetable il est conseillé de la protéger des projections et des aérosols. Les protections complémentaires proposées sont, un tablier plastique à usage unique et des gants couvrants les membres supérieurs. Ces équipements seront eux changés entre chaque patient (cf. **annexes 3, 4 et 5**).

Dans ces conditions de protection, et si ces EPI ne sont pas souillés, le praticien pourra conserver sa surblouse, sa charlotte et son masque FFP2 pour la durée de vacation d'urgence de 4 heures.

Les personnels soignants doivent retirer leurs vêtements de travail et se changer avant de rentrer à leur domicile. Une friction avec une SHA doit être réalisée à l'issue de ce changement de tenue.

- ^(a) Le port d'un écran facial complémentaire doit permettre de limiter le risque de souiller ou mouiller le masque FFP2 et donc d'éviter de le changer.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

CONCERNANT LE PATIENT

- Autant que possible, faire attendre les patients à l'extérieur du cabinet ;
- N'accueillir que le patient à traiter (pour les mineurs et les patients non autonomes, un seul accompagnant) ;
- Dès l'arrivée du patient, et le cas échéant, de son accompagnant :
 - Leur faire réaliser un lavage des mains au savon ou une friction des mains avec une Solution Hydro-Alcoolique (SHA) ;
 - Leur faire porter un masque chirurgical ;
- Éviter autant que possible, l'utilisation de la salle d'attente. Si impératif, espacer les patients d'au moins 1 mètre ;
- Créer un dossier pour le patient et renseigner le questionnaire médical ;
- Le praticien doit se frictionner les mains avec une SHA après avoir manipulé la carte vitale ou une carte bancaire. La manipulation d'argent liquide ou d'un document provenant du patient doit être évitée autant que possible, dans le cas contraire, se frictionner les mains avec une SHA après la manipulation.

REALISATION DES EXAMENS ET DES SOINS

- Avant tout examen ou soin bucco-dentaire, demander au patient de réaliser un bain de bouche antiseptique afin de diminuer la charge virale buccale potentielle. Privilégier la povidone iodée, Bétadine® solution pour bain de bouche, pendant 30 secondes (en l'absence d'allergie et chez un patient de plus de 6 ans) ^{(a) (b)} ;
- Les radiographies dentaires extra-orales telles que la radiographie panoramique ou le CBCT doivent être privilégiées. Éviter de faire des radiographies intra-orales ou alors avec de très grandes précautions car elles stimulent la sécrétion de salive et peuvent provoquer un réflexe de toux ^[10] ;
- Éviter les autres gestes ou actes pouvant faire tousser le patient ;
- Utiliser une aspiration puissante ^{[10] [11] [12]}, si possible deux aspirations ;
- Favoriser le travail à quatre mains ^{[10] [12]} ;
- Condamner l'utilisation des crachoirs (faire recracher le bain de bouche dans un gobelet ou un haricot) ;
- Limiter au maximum les soins générateurs d'aérosol ^[10] : ne pas utiliser les ultrasons, limiter l'usage des rotatifs et de la seringue air-eau ;
- Si l'emploi d'un instrument rotatif créant un aérosol est nécessaire :
 - Privilégier un contre-angle bague rouge ou bague bleue versus une turbine
 - Poser la digue de façon étanche puis désinfecter le champ avec de l'hypochlorite de sodium ^{[9][10]} ;
 - Diminuer le débit d'eau au minimum nécessaire ;
 - Faire une procédure de stérilisation après chaque utilisation ou utiliser un rotatif jetable ;
- En cas d'avulsion, utiliser de préférence un fil de suture résorbable ^[12].
- Un compte-rendu écrit des soins réalisés doit être donné au patient (peut être envoyé ultérieurement). Une copie des examens radiographiques doit également lui être remise.

(a) Aucune étude clinique n'a évalué l'efficacité des bains de bouche antiseptiques sur les coronavirus humains. Des études in vitro ont montré une efficacité de la povidone iodée sur certains coronavirus humains (HCoV-229E, SARS-CoV, MERS-CoV).

(b) Pour les enfants de moins de 6 ans, utiliser une compresse imbibée.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

ENTRE CHAQUE PATIENT

- **Un EPI souillé ou mouillé doit impérativement être remplacé ;**
- Si le masque FFP2, la charlotte et la surblouse ne sont pas souillés, ils peuvent être conservés pour la durée de la vacation de 4 heures. Le masque FFP2 ne doit pas être manipulé durant la durée totale de la vacation. Dans ce cas, seuls seront changés entre chaque patient les manchons plastiques, le tablier plastique et les gants. La procédure est détaillée dans l'**annexe 4** ;
- Aérer la salle de soins au moins 15 minutes ^[5], fenêtre grande ouverte avec la porte de la salle de soins fermée ^(a) ;
- Désinfecter l'ensemble des surfaces (fauteuil, unit, tuyau d'aspiration, plan de travail, poignées, etc.) avec un désinfectant répondant à la norme NF EN 14 476 ou alors avec un détergent ménager neutre complété par une désinfection avec de l'hypochlorite de sodium à 0,1% (cf. **annexe 5**) ^{[13][17]} ;
- Même protocole de désinfection pour l'écran facial et les lunettes de protection ;
- Aspirer de l'eau dans les tuyaux d'aspiration ;
- Changer les embouts réducteurs des aspirations.

A LA FIN DE CHAQUE VACATION

- Retirer et évacuer l'ensemble des EPI jetables en suivant la procédure en **annexes 4 et 5** ;
- Aérer la salle de soins au moins 15 minutes ^[5], fenêtre grande ouverte avec porte de la salle de soins fermée ^(a) ;
- Désinfecter l'ensemble des surfaces (fauteuil, unit, tuyaux d'aspiration, plan de travail, poignées de porte etc.) avec un désinfectant répondant à la norme NF EN 14 476 ou alors un détergent ménager neutre complété par une désinfection avec de l'hypochlorite de sodium à 0,1% (cf. **annexe 6**) ;
- Même protocole de désinfection pour la visière et les lunettes de protection ;
- Désinfection des aspirations en utilisant un produit répondant à la norme NF EN 14476 ;
- Décontamination des filtres d'aspiration.

^(a) L'efficacité de cette mesure dépend de nombreux paramètres (cf. **annexe 7**).



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

REFERENCES

- 1- Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville au stade 3 de l'épidémie de COVID-19. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Version 1 du 24 mars 2020.
- 2- Haut Conseil de la Santé publique. Avis relatif à la prise en charge des patients à risque de forme sévère de COVID-19. 14 mars 2020.
- 3- 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.
- 4- Norme NF EN 1822 du 01 avril 2019.
- 5- Haut Conseil de la santé publique. Avis 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. 17 mars 2020.
- 6- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de forme graves de COVID-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques. 31 mars 2020.
- 7- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif aux conditions de prolongation du port ou de la réutilisation des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé. 14 mars 2020.
- 8- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif à la réutilisation de sur-blouses pour la prise en charge de patients COVID-19 dans un contexte de pénurie nationale. 5 avril 2020.
- 9- 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).
- 10- 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.*
- 11- 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):429–437.
- 12- American Dental Association. Interim guidance for minimizing risk of COVI-19 transmission. Consulté le 10 avril 2020 sur www.ADA.org/InterimGuidance
- 13- Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif à l'utilisation de l'eau de javel dans les établissements de soins. Juin 2006.
- 14- Wax RS, Christian MD. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients [published online ahead of print, 2020 Feb 12]. *Can J Anaesth.* 2020;1–9.
- 15- van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1 [published online ahead of print, 2020 Mar 17]. *N Engl J Med.* 2020;NEJMc2004973.
- 16- Myoung-don Oh, Transmissibility of Middle East Respiratory Syndrome by the Airborne Route, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 63, Issue 8, 15 October 2016, Page 1143.
- 17- Haut conseil de la santé publique. 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.
- 18- 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.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 1 : Contributeurs

<p>Dr Florian LAURENT (Igny) Pr Reza ARBAB-CHIRANI (Brest) Pr Sylvie AZOGUI-LEVY (Paris) Dr Marc BARANES (Saint-Mandé) Dr Rémy BALTHAZARD (Nancy) Dr Gabriel BIRGAND (Nantes) Dr Karine BLANKAERT (Nantes) Dr Jérôme BOUCHET (Paris) Dr François BRONNEC (Paris) Dr Karine BLANKAERT (Nantes) Dr Dominique CHAVE (Rennes) Dr Hélène CHARDIN (Paris) Dr Hélène COIGNARD (Lyon) Pr Pierre COLON (Paris) Dr Pierre-Yves COUSSON (Clermont-Ferrand) Dr Franck DIEMER (Toulouse) Dr Mathieu DELBOS (Versailles) Pr Caroline DELFOSSE (Lille) Dr Stéphane DERRUAU (Reims) Pr Vianney DESCROIX (Paris) Pr Étienne DEVEAUX (Lille) Pr Raphaël DEVILLARD (Bordeaux) Pr Laurent DEVOIZE (Clermont-Ferrand) Pr Franck DIEMER (Toulouse) Dr Frédéric DUFFAU (Paris) Dr Carle FAVRE de THIERRENS (Montpellier) Dr Jean-Michel FOUCARD (Eaubonne) Dr Nicolas GARDON (Les Pennes Mirabeau) Dr Alexis GAUDIN (Nantes) Dr Philippe GOES (Saint Germain en Laye) Dr Nicolas GOOSSENS (Meaux) Pr Marjolaine GOSSSET (Paris) Dr Bruno GRANDBASTIEN (Lausanne) Mr Romain GUICHARD (Nancy) Pr Olivier HAMEL (Toulouse)</p>	<p>Pr Martine HENNEQUIN (Clermont-Ferrand) Pr Sylvie JEANNE (Rennes) Dr Sophie JUNG (Strasbourg) Dr Olivia KÉROURÉDAN (Bordeaux) Dr Julien LAUPIE (Nice) Pr Benoît LEFEVRE (Reims) Pr Didier LEPELLETIER (Nantes) Pr Géraldine LESCAILLE (Paris) Pr Philippe LESCLOUS (Nantes) Pr Laurence LUPI (Nice) Pr Etienne MEDIONI (Nice) Dr Elisabetta MERIGO (Nice) Pr Maryline MINOUX (Strasbourg) Pr Virginie MONNET CORTI (Marseille) Pr Éric MORTIER (Nancy) Pr Michèle MULLER-BOLLA (Nice) Pr Anne-Marie MUSSET (Strasbourg) Dr Mathilde MYARA (Savigny-sur-Orge) Dr David NISAND (Paris) Dr Laurent NAWROCKI (Lille) Pr Damien OFFNER (Strasbourg) Dr Matthieu PÉRARD (Rennes) Dr Philippe ROCHER (Lille) Dr Patrick ROUAS (Bordeaux) Dr Alexandre SAGE (Meylan) Pr Corinne TARDIEU (Marseille) Dr Delphine TARDIVO (Marseille) Pr Jacques-Henri TORRES (Montpellier) Dr Steve TOUPENAY (Villabe) Dr Joël TROUILLET (Castres) Dr Arabelle VANDERZWALM-GOUVERNAIRE (Paris) Pr Frédéric VAYSSE (Toulouse) Dr Marin VINCENT (Nancy) Pr Sybille VITAL (Paris) Dr Jacques WEMAERE (Cenon) Dr Kazutoyo YASUKAWA (Nancy)</p>
<p>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 odontologie conservatrice Collège national des enseignants en parodontologie Collège national des enseignants en biologie orale Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes Fédération française d'orthodontie Hospices civils de Lyon Institut national de recherche et de sécurité Réseau de prévention des infections associées aux soins Société française de chirurgie orale Société française d'endodontie Société française d'odontologie pédiatrique Société française de parodontologie et d'implantologie orale Société française d'hygiène hospitalière</p>	



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 2 : Règles de port des masques

- Il est possible, à titre dérogatoire, de porter le même masque pour plusieurs patients ^[7]. 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 ;
- 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 touché ni repositionné ;

Le masque chirurgical

- La durée maximale de port d'un masque chirurgical est 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	 
	  



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Le masque FFP2

- Théoriquement un masque FFP2 peut être porté durant 8 heures. Cependant, pour s'adapter aux conditions d'utilisations applicables au cabinet dentaire, il est recommandé de le conserver maximum 4 heures.

<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place correctement le masque : Placer les élastiques - Serrer la barrette nasale - Bien l'emboîter sous le menton.• Vérifier que le masque est bien ajusté - Obturer la surface filtrante avec les mains - Test d'étanchéité : prendre une inspiration profonde, le masque doit se rétracter, puis souffler dans le masque, 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 et dont la date de péremption ne dépasse pas 24 mois, 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
- > Essai d'ajustement du masque sur le visage

Des solutions sont à l'étude pour envisager la réutilisation des masques FFP2, notamment en les stérilisant. Au jour de publication de ce document, ces solutions ne sont pas validées.



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 3 : 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 ■ 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



3. TABLIER PLASTIQUE A U.U.

- Mettre en place le tablier plastique
- Attacher au niveau de la taille
- **Non nécessaire si la quantité de surblouses permet d'en changer entre chaque patient**



4. MASQUE FFP2

- Placer le masque
- Serrer la barrette nasale
- Bien l'emboîter sous le menton
- Contrôler l'étanchéité (Fit check) du masque (cf. annexe 2)



5. LUNETTES DE PROTECTION

- Mettre les lunettes de protection professionnelle
- Les ajuster





COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

6. CHARLOTTE

- Mettre en place la charlotte jetable



7. ECRAN FACIAL

- Mettre en place un écran facial de protection avec un système de serre-tête



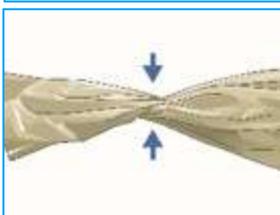
8. HYGIÈNE DES MAINS

- Se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique



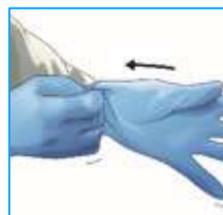
9. METTRE LES PROTECTIONS DES MEMBRES SUPERIEURS

- 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 par-dessus la surblouse
- **Non nécessaire si la quantité de surblouses permet d'en changer entre chaque patient**



10. GANTS

- Mettre les gants par-dessus les protections des membres supérieurs



- **Gardez les mains loin du visage**
- **Limitez les surfaces touchées**
- **Tout équipement de protection individuel souillé, déchiré ou mouillé doit être changé**





COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 4 : Procédure de déshabillage entre deux patients

DÉSHABILLAGE ENTRE DEUX PATIENTS

**Il existe plusieurs façons de retirer les équipements de protection individuel sans contaminer votre peau ou vos muqueuses.
Cette étape est à risque de contamination, elle nécessite d'être particulièrement vigilant.**

1 ■ TABLIER PLASTIQUE

■ Retirer le tablier en le tirant vers l'avant (sans toucher la surblouse avec les gants)



2 ■ PROTECTION MEMBRES SUPÉRIEURS ET GANTS

■ Retirer les protections des membres supérieurs et les gants



3 ■ HYGIÈNE DES MAINS

■ Se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique



4 ■ ECRAN FACIAL

■ Retirer l'écran facial
■ Si nécessaire retirer les lunettes de protection



5 ■ HYGIÈNE DES MAINS

■ Se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique



- Contrôler que la surblouse et le masque FFP2 ne sont pas souillés, sinon les changer
- Mettre les EPI souillés dans la poubelle des DASRI
- Désinfecter l'écran facial (friction avec SHA après la désinfection de l'écran)



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 5 : Procédure de déshabillage complet

DÉSHABILLAGE

**Il existe plusieurs façons de retirer les équipements de protection individuel sans contaminer votre ou vos muqueuses.
Cette étape est à risque de contamination, elle nécessite d'être particulièrement vigilant.**

1 ■ TABLIER PLASTIQUE

- Retirer le tablier en le tirant vers l'avant



2 ■ SURBLOUSE – PROTECTION MEMBRES SUPÉRIEURS – GANTS

- Retirer la surblouse (sans toucher la tenue en dessous) en emmenant les protections des membres supérieurs et les gants à usage unique



3 ■ HYGIÈNE DES MAINS

- Se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique



4. ECRAN FACIAL

- Retirer l'écran facial





COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

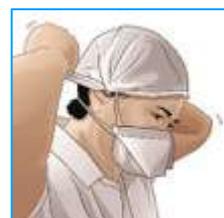
5. LUNETTES DE PROTECTION

- Retirer les lunettes par les branches



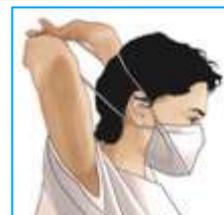
6. CHARLOTTE

- Retirer la charlotte par l'arrière



7. MASQUE FFP2

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



8. HYGIÈNE DES MAINS

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



- Mettre les EPI souillés dans la poubelle des DASRI
- Mettre les EPI non souillés dans le circuit des déchets ménagers
- Désinfecter les lunettes et l'écran facial (friction avec SHA après la désinfection)



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 6 : 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 à 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 à cette concentration 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 ^[13].
- Précautions :
 - Cette préparation n'est pas stable dans le temps (stabilité de 24h maximum) ^[13] ;
 - 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).



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

Annexe 7 : 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).

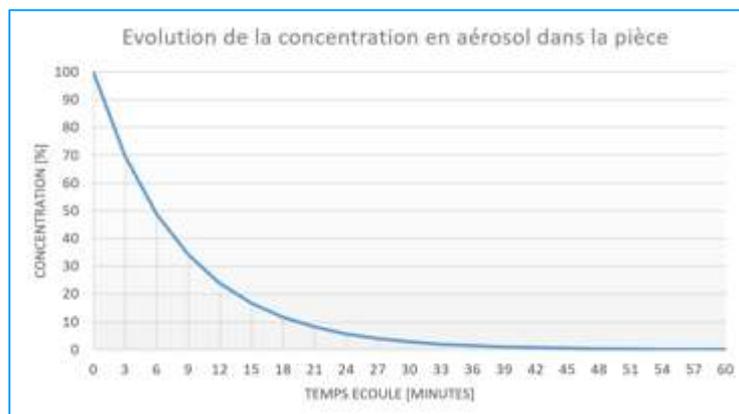


Figure 1 : Résultats en conditions défavorables

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).



COVID-19 – STADE 3 DE L'ÉPIDÉMIE – GUIDE SOIGNANT

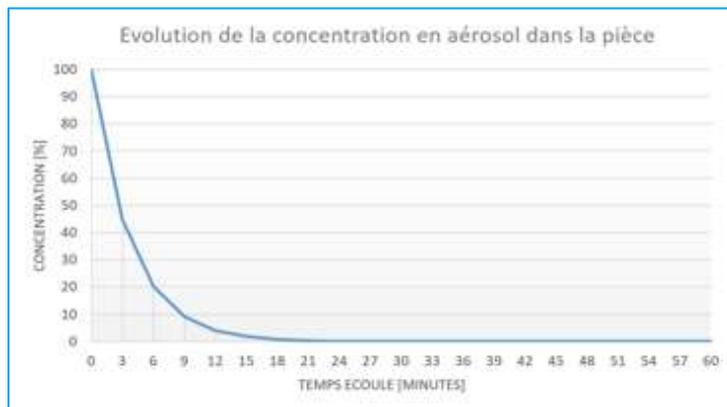


Figure 2 : Résultats en conditions favorables

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 [14] [15]. 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 » [16] ;
- La quantité absolue de SARS-CoV-2 émise par un patient, qu'il soit symptomatique ou non, mis en suspension dans un aérosol n'est pas mesurable ;
- La quantité cible de particule par m³ à obtenir n'est pas connue ;

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

- De ne pas soigner de patient dans une salle de soins dépourvue 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) ;
- 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 sa salle et la surface de son ouvrant. Cette fenêtre ne doit pas donner sur un lieu de passage de personnes non protégés.



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

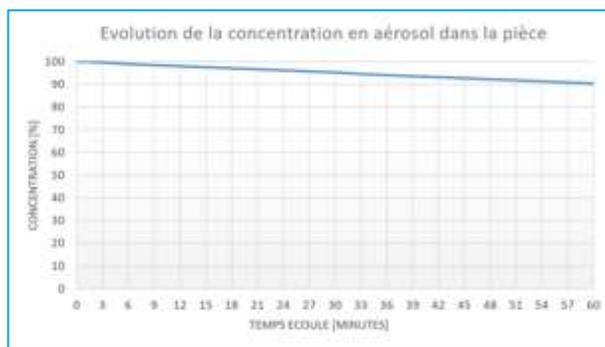


Figure 4 : Évolution de la concentration dans la même pièce, sans VMC, fenêtre fermée

- 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 filtration de l'air homologué avec un filtre HEPA