



GUIDE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles lors des soins bucco-dentaires en cabinet de ville

Validée par le Collège le 14 mai 2020

Mise à jour le 21 janvier 2021

L'essentiel

- ➔ **Réponse rapide n°1** : Il est nécessaire de délivrer aux patients une information préalable à la consultation quant aux modalités spécifiques mises en place au sein du cabinet dentaire en période de COVID-19.
- ➔ **Réponse rapide n°2** : Une évaluation préalable des patients, à la prise de rendez-vous et à leur arrivée au cabinet, doit être effectuée afin de détecter les patients présentant des symptômes compatibles avec le Covid-19 (cas possibles), ceux en contact avec un patient confirmé COVID-19 (contact à risque) et ceux qui sont eux-mêmes COVID-19 confirmés (cas confirmés).
- ➔ **Réponse rapide n°3** : Le report de certains actes est nécessaire en fonction des situations cliniques. Ainsi, pour les cas confirmés, possibles et contacts à risque, les soins bucco-dentaires non urgents doivent être reportés. Dans le cas de soins urgents, une analyse bénéfice/risque doit être réalisée pour chaque situation.
- ➔ **Réponse rapide n°4** : Une organisation fonctionnelle et matérielle particulière des locaux professionnels doit être adaptée à la période épidémique. Le personnel doit être formé et informé de cette organisation spécifique. 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°5** : L'équipe du cabinet dentaire doit disposer d'une tenue professionnelle et des équipements de protection individuelle adaptés à chaque situation.
- ➔ **Réponse rapide n°6** : Des protocoles spécifiques doivent être appliqués pour la réalisation des soins bucco-dentaires.

Sommaire

Contexte	3
Organisation des locaux	4
Salle d'attente - Secrétariat	4
Salle de soins	4
Traitement de l'air	5
Local technique	6
Salle de repos et vestiaire	7
Patients	7
Évaluation	7
Tests	8
Définitions des cas et des contacts	8
Actes cliniques réalisables	10
Planification des rendez-vous	10
Accueil des patients	10
Personnel soignant et non soignant	11
Eviction professionnelle et reprise d'activité	11
Mesures d'hygiène personnelle	13
Tenue de protection	13
Réalisation des soins	15
Actes générant des aérosols	15
Protocole de soins	16
Aération, bionettoyage et gestion des déchets	16
Entre chaque patient	17
En fin de journée	18
Autres informations	18
Références bibliographiques	19
Ressources	23
Méthode d'élaboration et avertissement	23

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 respiration. La toux, l'éternuement ou simplement parler augmentent le risque de transmission. Une transmission indirecte par contact via une surface inerte contaminée est possible (OMS, 2020 ; HCSP, 5 mars 2020 ; WHO, 2020). Il est donc nécessaire de prendre des mesures préventives afin de limiter les risques de transmission de type « gouttelettes » et de type « contact ». La transmission par aérosol ne paraît pas être la voie principale, mais doit être prise en compte lors des actes médicaux générateurs d'aérosols (OMS, 2020) et dans les espaces clos, notamment dans les cabinets dentaires (HCSP, 23 juillet 2020 ; MSSS, 1^{er} octobre 2020 ; FFO, 9 novembre 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).

Dans ce contexte, un guide de recommandations a été coordonné par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD, 5 mai 2020). Ce guide a été mis à jour le 16 juin 2020 (ONCD, 16 juin 2020) puis le 16 juillet 2020 (ONCD, 16 juillet 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), avec 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 de RT-PCR sont classiquement obtenus entre JAS1 et JAS5 objectivant souvent une excrétion virale forte. Après JAS5, la charge virale diminue significativement dans les écouvillonnages nasopharyngés, cependant, l'ARN viral peut rester détectable dans les prélèvements respiratoires de façon prolongée, souvent en relation avec une excrétion virale modérée voire faible (To, 2020). La détection d'ARN viral par RT-PCR ne signifie pas forcément qu'il y a des particules virales infectieuses dans les échantillons biologiques (SFM, 2020).

Ainsi, le porteur est considéré potentiellement contaminant deux à trois jours avant l'apparition des symptômes et pendant au moins une semaine. A partir d'une semaine et en l'absence de fièvre depuis 48h, le risque est moins important, il est néanmoins recommandé le strict respect des mesures barrières et de la distanciation physique, ainsi que la poursuite de la limitation des contacts notamment avec les personnes à risque de forme grave durant les 7 jours suivants (HAS, 17 décembre 2020).

Les patients infectés sans symptômes sont considérés comme contagieux (WHO, 2020).

Beaucoup de matériels employés en médecine bucco-dentaire génèrent des projections et/ou des aérosols potentiellement contaminants (Harrel, 2004 ; Zemouri, 2017 ; Ionescu, 2020 ; FFO, 9 novembre 2020).

Organisation des locaux

- En période de circulation virale intense, éviter la venue de personnes extérieures, non essentielles, au fonctionnement du cabinet.

Salle d'attente - Secrétariat

- Afficher les mesures barrières vis-à-vis du coronavirus et les techniques de lavage / friction des mains (ONCD, 16 juillet 2020).
- Mettre à disposition :
 - Une solution hydro-alcoolique (SHA) dans la salle d'attente et à l'accueil.
 - Des masques de protection pour les patients qui n'en disposent pas (ONCD, 16 juillet 2020).
 - Des mouchoirs à usage unique et une poubelle avec couvercle (Ministère des solidarités et de la santé, 15 mai 2020).
- Doit être débarrassée de tout objet de type magazine, livre, revue et jouet (Ministère des solidarités et de la santé, 15 mai 2020).
- Limiter l'utilisation de la salle d'attente :
 - Nombre limité de places assises et espacées d'au minimum un mètre (Ministère des solidarités et de la santé, 15 mai 2020) (éviter les chaises avec du tissu).
 - Diminuer autant que possible le temps d'attente du patient.
 - Limiter les accompagnants.
- Les surfaces doivent être désinfectées, avec un produit virucide, au minimum deux fois par jour, notamment les surfaces les plus fréquemment touchées telles que les interrupteurs, les poignées de portes (HAS, 19 novembre 2020).
- Aérer régulièrement par ventilation naturelle et en adaptant au volume de la salle d'attente et à la fréquentation de cette salle (Ministère des solidarités et de la santé, 15 mai 2020).
- Port du masque obligatoire à partir de 11 ans et conseillé à partir de 6 ans pour tous les patients.
- Si les sanitaires sont accessibles, des mesures de désinfection régulière doivent être mises en place et le point d'eau doit être correctement équipé (savon liquide, essuie-mains jetables, poubelle) (ONCD, 16 juillet 2020).
- Mettre en place, si possible, un système de protection anti-projections à l'accueil (vitre, plexiglass, etc.) (Ministère des solidarités et de la santé, 15 mai 2020 ; HCSP, 28 août 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 générateur d'aérosols 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 de la santé et des solidarités, 2006 ; ADF, 2015).
- Un bac de pré-désinfection avec un couvercle doit être immédiatement accessible (Ministère de la santé et des solidarités, 2006 ; ADF, 2015).
- Dégager au maximum 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 3 mètres de la source) (Rautemaa, 2006 ; Ionescu, 2020).

- 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 (ADF, 2015 ; HAS, 19 novembre 2020).

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.
- En période de circulation virale intense, l'un des objectifs est de limiter la quantité d'aérosols générée.
- Le renouvellement de l'air est assuré soit par ventilation naturelle (ouverture d'une fenêtre), soit par une centrale de traitement de l'air en tout air neuf (voir infra).
- Le temps nécessaire au renouvellement de l'air dépend du type d'acte effectué et du groupe de patient (voir infra).
- Afin d'optimiser et de piloter le renouvellement d'air dans une pièce, il est possible d'utiliser un détecteur à CO₂ (HCSP, 14 octobre 2020). Le renouvellement d'air est obtenu lorsque la concentration en CO₂ dans la pièce se rapproche de la concentration en CO₂ de l'air extérieur (comprise entre 400 et 450 ppm de CO₂). Le choix de positionnement du détecteur dans la pièce est primordial pour donner une indication réelle du renouvellement de l'air.

Gestes générant des aérosols :

- 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).
- 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 (cf. partie Aération, bionettoyage et gestion des déchets).

Salle de soins avec fenêtre

- Lorsque cela est possible, il est souhaitable de conserver une ventilation permanente minimale des locaux durant les soins, mais sans générer de courant d'air pouvant disperser les aérosols (ex. : fenêtre oscillo-battante associée à une VMC).
- Il est possible de réaliser l'aération dès la fin de l'acte générant des aérosols, avant que le patient ne sorte de la salle de soins.
- Le bionettoyage peut avoir lieu pendant la phase d'aération.
- La fenêtre ne doit pas donner directement sur un lieu occupé ou un lieu de passage.

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 ; HCSP, 28 août 2020). 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 et chauffage

- Il est possible d'utiliser la climatisation dans les conditions suivantes (ONCD, 16 juillet 2020) :
 - Lorsque celle-ci est nécessaire pour assurer des conditions de travail acceptables, à la plus faible vitesse possible, sans diriger le flux d'air vers la zone de soins et en assurant un apport d'air neuf régulier (cf. définition des groupes en infra).
 - Pour les patients du groupe 1 : pendant et en dehors des soins.
 - Pour les patients du groupe 2 : uniquement en dehors des périodes où les aérosols sont produits ou encore en suspension.
- Si le système de climatisation est utilisé, il est recommandé :
 - D'utiliser les filtres les plus performants possibles sur le plan sanitaire, en lien avec la compatibilité technique de l'installation (Ministère des solidarités et de la santé, octobre 2020)
 - De changer les filtres régulièrement (si possible toutes les semaines) (HCSP, 8 avril 2020).
- 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.
- Dans tous les cas, il est recommandé de maintenir le chauffage des espaces clos collectifs, afin d'atteindre une température de confort en adéquation avec l'activité des occupants, et d'éviter une hygrométrie trop basse (inférieure à 40 %) qui favorise la formation d'aérosols (HCSP, 14 octobre 2020).

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 (ANSES, 2017). Ces dispositifs aspirent l'air du local et le rejettent dans ce même local après l'avoir traité.
- Certains de ces dispositifs basés sur une filtration HEPA peuvent diminuer la concentration des virus susceptibles d'être présents dans l'air. Cependant, les épurateurs d'air ne peuvent en aucun cas se substituer aux apports d'air extérieur et ne doivent être utilisés que comme compléments aux systèmes de ventilation (INRS, 12 octobre 2020 ; INSPQ, 2020).
- En cas d'utilisation d'un épurateur d'air intérieur, seuls les dispositifs équipés de filtres HEPA de classe minimale H13 selon la norme EN 1822-1 permettent d'arrêter efficacement les aérosols susceptibles de porter le virus, à condition d'un entretien régulier suivant les préconisations du fournisseur (INRS, 12 octobre 2020).
- Il est déconseillé de choisir des appareils utilisant un traitement physico-chimique de l'air (catalyse, photocatalyse, désinfection par UV, plasma, ozonation, charbons actifs, ...) dont l'efficacité de destruction des virus dans l'air est difficile à vérifier et qui, pour certains, peuvent impacter négativement la qualité de l'air intérieur suite à une dégradation incomplète de polluants conduisant à la formation de composés potentiellement dangereux pour la santé, y compris CMR (agents chimiques ayant des effets cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction) (INRS, octobre 2020 ; ECDC, novembre 2020 ; HCSP, 7 juillet 2020).
- Enfin, il est nécessaire de s'assurer que ces épurateurs d'air intérieur sont adaptés au volume des locaux dans lesquels ils sont disposés et qu'ils n'engendrent pas des vitesses d'air trop élevées au niveau des personnes pour limiter la dispersion des gouttelettes (INRS, octobre 2020 ; INRS, novembre 2020).

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

Respecter les gestes barrières dans ces locaux, notamment éviter d'être nombreux à se restaurer au même moment, garder au moins un mètre de distance et un positionnement en quinconce, porter un masque y compris lors des discussions, aérer régulièrement la pièce si possible... (il est rappelé que la plupart des contaminations de professionnels de santé sur leurs lieux d'exercice l'ont été dans les salles de repos et vestiaires).

Se conformer aux recommandations du Ministère du travail (Ministère du travail, 6 janvier 2021 ; Ministère du travail, 18 novembre 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 2 groupes suivants (Tableau 1)

Groupe 1	Population « non suspecte » c'est-à-dire ne faisant pas partie du groupe 2
Groupe 2	Cas confirmé : Patient COVID-19 confirmé (en attente de sortie d'isolement ^(a)) Cas possible : Patient présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19 ^(b) , en cours d'évaluation Cas contact à risque : Patient asymptomatique en contact étroit avec un patient COVID-19 confirmé (patient en isolement et en cours d'évaluation)

(a) Voir les critères de sortie de l'isolement en infra

(b) Principaux signes : Fièvre (>38°C) ou sensation de fièvre (frissons), toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d'odorat, diarrhée, céphalées inhabituelles, fatigue importante et inhabituelle, altération de l'état général... (voir tous les signes dans la définition des cas en infra)

- Si un rendez-vous est donné au patient :
 - lui demander de se présenter muni a minima d'un masque grand public (HCSP, 8 avril 2020) ou, préférentiellement, 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 ;
- Il est nécessaire d'intégrer dans le questionnaire médical les critères permettant la détection des patients à risque de développer une forme grave de la maladie (notamment : âge > 65 ans, HTA compliquée, antécédents d'AVC, coronaropathie ou chirurgie cardiaque, maladie respira-

toire chronique, diabète non équilibré ou compliqué, femme enceinte (3ème trimestre), insuffisance cardiaque sévère, obésité (IMC > 30), insuffisance rénale dialysée, immunodépression congénitale ou acquise...) (HCSP, 29 octobre 2020).

Tests

Le test de référence permettant de diagnostiquer une infection par le SARS-CoV-2 est la recherche directe du génome viral par technique de biologie moléculaire sur prélèvement respiratoire (notamment prélèvement nasopharyngé) : la RT-PCR. Il existe de nouveaux tests, récemment disponibles, tels que la détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé.

Avant un rendez-vous au cabinet dentaire, il n'est ni pertinent ni recommandé de réaliser un test systématique de diagnostic par RT-PCR ou par détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé à tous les patients (HAS, 8 octobre 2020).

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

Définitions des cas et des contacts

Définition des cas (SPF, 16 novembre 2020)

Un cas confirmé est une personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP) ou par test antigénique ou sérologique dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage.

Un cas probable est une personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

Un cas possible est une personne, ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 : infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre, ou tout autre manifestation clinique suivante, de survenue brutale (HCSP, 20 avril 2020) :

- En population générale : asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie.
- Chez les personnes âgées de 80 ans ou plus : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure.
- Chez les enfants : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.

Définition des contacts (SPF, 16 novembre 2020)

On entend par contact à risque, une personne ayant, sans mesure de protection efficace (pendant toute la durée du contact) :

- Partagé le même lieu de vie qu'un cas confirmé ou probable ;
- Eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées

dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;

- Prodigé ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24 heures avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;

On entend par mesure de protection efficace :

- Une séparation physique isolant la personne-contact du cas confirmé en créant deux espaces indépendants (vitre, Hygiaphone®) ;
- Le port d'un masque chirurgical ou FFP2 ou grand public en tissu fabriqué selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 1 ou masque grand public en tissu réutilisable possédant une fenêtre transparente homologué par la Direction générale de l'armement, porté par le cas OU le contact ;
- Le port d'un masque grand public en tissu fabriqué selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 2, ou pour lequel la catégorie AFNOR n'est pas connue, porté par le cas ET le contact ;

Ne sont pas considérés comme mesures de protection efficaces : une plaque de plexiglas posée sur un comptoir ; les masques en tissu « maison » ne répondant pas aux normes AFNOR SPEC S76-001 ainsi que les visières en plastique transparent portées seules

On entend par contact à risque négligeable :

- Toutes les autres situations de contact ;
- Toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP), test antigénique ou sérologique datant de moins de 2 mois (délai durant lequel le risque de réinfection par le SARS-CoV-2 paraît négligeable à ce jour).

Le patient vacciné ou qui a eu la COVID-19 ne change pas de catégorie.

Un chirurgien-dentiste et son assistante ne sont pas considérés comme cas-contact lors d'activité de diagnostic ou de soins chez un patient COVID-19 confirmé, connu ou non, lorsqu'ils sont équipés des équipements de protection individuelle adaptés.

Changement de groupe de patients

Un patient du groupe 2 peut réintégrer le groupe 1 lorsque, au minimum, la durée de l'isolement prescrit est terminée ET que la durée d'application des mesures barrières renforcée est terminée.

Les critères de levée de l'isolement pour les patients sont les mêmes que celles décrites en infra pour les professionnels de santé.

Actes cliniques réalisables

La possibilité de reporter des soins non urgents, notamment ceux générant le plus d'aérosols potentiellement contaminés, doit être envisagée dans les zones à forte transmission de la COVID-19 (se référer aux indicateurs de Santé publique France) (ECDC, octobre 2020).

	Groupe 1 Patient ne faisant pas partie du groupe 2	Groupe 2 Cas confirmé Cas possible Contact à risque
Soins urgents Tout soin qui nécessite une intervention rapide Ex. : Traitement des pulpites aiguës irréversibles, infections, traumatismes, hémorragies, etc.	OUI	OUI Sur plages horaires dédiées aux patients de ce groupe
Soins non-urgents	OUI ^(a)	NON

(a) Évaluer le rapport bénéfice/risque entre le soin à réaliser et le 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 (patient à risque de développer une forme grave de la maladie ?), l'intensité de la circulation virale, la possibilité ou non de différer le soin concerné

Planification des rendez-vous

- L'organisation et le respect des horaires de rendez-vous doivent permettre :
 - la réalisation des procédures de désinfection et d'aération entre chaque patient ;
 - d'éviter que des personnes patientent en salle d'attente. Dans le cas des cabinets de groupe, il peut être pertinent de prévoir des horaires décalés.
- Favoriser le regroupement d'actes sur une même séance plus longue.
- **Pour les patients du groupe 2**, seuls les soins d'urgence sont réalisés. Planifier ces patients préférentiellement en fin de programme de la salle (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).
- Les patients du groupe 2 ne doivent pas être en contact avec les autres patients (ECDC, octobre 2020).
- Proscrire les contacts physiques (ne pas s'embrasser, ne pas serrer la main, etc.) et respecter les distances barrières entre 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, 15 mai 2020 ; ECDC, octobre 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, 15 mai 2020 ; ONCD, 16 juillet 2020) ;

- Leur demander de porter leur masque ou leur fournir de préférence un masque chirurgical. Un masque de type chirurgical est nécessaire au mieux pour tous les patients en lieu de soin, sinon au minimum pour les patients du groupe 2 et les patients à risque de forme grave.
- S'assurer que le masque est correctement ajusté sur les ailes du nez et au menton. Prévoir un affichage sur le port du masque ;
- Rechercher l'apparition récente de symptômes évocateurs du Covid-19.
- 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.
 - Désinfecter régulièrement les touches du terminal de carte bancaire à l'aide d'un produit virucide (norme EN 14476)
- Il n'est pas justifié de faire porter une charlotte, une surblouse ou des sur-chaussures au patient.

Personnel soignant et non soignant

Eviction professionnelle et reprise d'activité

Professionnel symptomatique

Lorsqu'un professionnel présente des signes évocateurs de COVID-19, il doit interrompre son activité professionnelle, et se faire réaliser rapidement un prélèvement diagnostique RT-PCR par prélèvement nasopharyngé (HCSP, 23 mai 2020) ou un test antigénique si les symptômes datent de moins de 4 jours (un test antigénique négatif chez un professionnel à risque de forme grave devra être complété obligatoirement par la réalisation d'une RT-PCR naso-pharyngée classique). Dans l'attente du résultat du test PCR, le professionnel ne doit pas retourner travailler et se mettre en isolement (Ministère des solidarités et de la santé, 13 novembre 2020).

Le professionnel de santé peut se faire tester sans prescription. Cependant l'évaluation de l'état clinique et la conduite à tenir en fonction du résultat du test relèvent du médecin traitant ce qui peut justifier le recours à une consultation médicale.

Pour une personne ayant eu une forme symptomatique de COVID, la reprise d'activité professionnelle peut avoir lieu dans les conditions suivantes (HCSP, 23 juillet 2020 ; Ministère des solidarités et de la santé, 20 novembre 2020) :

- **Pour une personne, non immunodéprimée, ayant eu une forme symptomatique ambulatoire de Covid-19 ou une forme justifiant une hospitalisation hors réanimation :**
 - Au moins 48h après la disparition de la fièvre ET amélioration de l'état respiratoire.
 - ET au moins au 8ème jour du début des symptômes (à défaut après la première RT-PCR ou du premier test antigénique positif sur prélèvement naso-pharyngé).
 - ET en appliquant pendant les 7 jours suivants des mesures barrières renforcées (cf. infra).
- **Pour une personne, immunodéprimée ou ayant eu une forme grave de Covid-19 ayant justifié une hospitalisation en réanimation :**
 - Au moins 48h après la disparition de la fièvre ET amélioration de l'état respiratoire.
 - ET au moins au 10ème jour du début des symptômes (à défaut après la première RT-PCR ou du premier test antigénique positif sur prélèvement naso-pharyngé).
 - ET en appliquant pendant les 14 jours suivants des mesures barrières renforcées (cf. infra).

Mesures barrières renforcées

- Masque en continu avec les patients et les autres professionnels.
- Application stricte des mesures de distanciation physique et mesures d'hygiène (notamment hygiène des mains), en particulier lors des pauses et de l'utilisation des vestiaires.
- Ne pas prendre de repas avec d'autres personnes.
- Éviter les contacts avec les patients à risque de forme grave de Covid-19.

Professionnel cas confirmé asymptomatique

Le professionnel cas confirmé asymptomatique doit respecter une éviction professionnelle et se mettre en isolement. La reprise d'activité peut avoir lieu dans les conditions suivantes (HCSP, 23 juillet 2020 ; Ministère des solidarités et de la santé, 20 novembre 2020) :

- **Pour une personne non immunodéprimée :**
 - Au 8ème jour de la première RT-PCR positive sur prélèvement naso-pharyngé.
 - ET en appliquant pendant les 7 jours suivants des mesures barrières renforcées (cf. supra).
- **Pour une personne immunodéprimée :**
 - Au 10ème jour de la première RT-PCR positive sur prélèvement naso-pharyngé.
 - ET en appliquant pendant les 14 jours suivants des mesures barrières renforcées (cf. supra).

Professionnel contact à risque

(Ministère des solidarités et de la santé, 13 novembre 2020 ; Ministère des solidarités et de la santé, 20 novembre 2020)

Les actes bucco-dentaires, la kinésithérapie respiratoire ou encore les actes de chirurgie du visage ne permettent pas de respecter certaines mesures barrières (port du masque par le soignant et le patient, distanciation physique...). Ainsi, les professionnels impliqués dans la réalisation des soins bucco-dentaires (chirurgien-dentiste ou assistante dentaire) ne peuvent pas déroger à l'éviction professionnelle lorsqu'ils sont contacts à risque. L'éviction professionnelle et l'isolement sont maintenus jusqu'au résultat du test RT-PCR.

Le test RT-PCR est réalisé entre J5 et J7 du dernier contact à risque. Si le test est négatif, la reprise d'activité est immédiate. Si celui-ci est positif, il faut respecter les conditions de reprise d'activité précisées en infra.

Dans le cas où le professionnel partage le même lieu de vie que le cas confirmé, le test est réalisé immédiatement :

- Si la RT-PCR est négative : l'isolement est maintenu et une nouvelle PCR est réalisée à J7 de la guérison de tous les cas du domicile.
- Si la RT-PCR est positive, les conditions de reprise sont décrites ci-dessous.

La reprise d'activité peut avoir lieu dans les conditions suivantes (HCSP, 23 juillet 2020) :

- **Pour une personne non immunodéprimée :**
 - Au 8ème jour de la première RT-PCR positive sur prélèvement naso-pharyngé.
 - ET en appliquant pendant les 7 jours suivants des mesures barrières renforcées (cf. supra).
- **Pour une personne immunodéprimée :**
 - Au 10ème jour de la première RT-PCR positive sur prélèvement naso-pharyngé.
 - ET en appliquant pendant les 14 jours suivants des mesures barrières renforcées (cf. supra).

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 de la santé et des solidarités, 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 hydro-alcoolique 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 dispositif 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 de la santé et des solidarités, 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 de la santé et des solidarités, 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 de la santé et des solidarités, 2006) ;
- La norme EN 166 atteste qu'une protection oculaire a été testée et validée.
- Le port d'un écran facial ne confère pas une protection respiratoire, il est complémentaire du port du masque (HCSP, 13 mai 2020).

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 immédiatement 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 tension sur l’approvisionnement en masque FFP2, il est possible de prolonger son usage sans dépasser la durée maximale de 8 heures, s’il n’est pas souillé, mouillé ou manipulé (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.
- 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, 16 juillet 2020).

Protection de la tenue professionnelle

- La tenue professionnelle doit être changée au minimum quotidiennement et dès qu’elle est souillée ou mouillée (ADF, 2015).
- **Prise en charge des patients du groupe 1 :**
 - Si la tenue professionnelle risque d’être mouillée ou souillée, il est recommandé qu’elle soit protégée, au minimum, par un tablier plastique (ou par une surblouse) (SF2H, 2017) ;
 - Changer le tablier entre chaque patient et réaliser une hygiène des mains et des avant-bras (coudes inclus) avec une solution hydro-alcoolique ou de l’eau et du savon ;
- **Prise en charge des patients du groupe 2**, quel que soit le type de soins prévu, 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).

^(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 ou visière de protection	Gants à usage unique
Patient du groupe 1 Pas d’aérosols générés	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI
Patient du groupe 1 Soins générant des aérosols	OUI (l’un ou l’autre) Si la tenue professionnelle risque d’être mouillée ou souillée		NON	OUI	OUI	OUI
Patient du groupe 2	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI

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 ;
 - Il est contre-indiqué, dans un contexte de soins, de pratiquer une désinfection des gants par une solution hydro-alcoolique ou tout autre désinfectant (HCSP, 6 mai 2020 ; SF2H, 2018).

- Une procédure d'hygiène des mains est réalisée immédiatement après chaque retrait de gants (SF2H, 2017 ; SF2H, 2018).
- Protection de la chevelure recommandée (port d'une charlotte ou d'un calot) : 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

De nombreux matériels employés en médecine bucco-dentaire génèrent des aérosols potentiellement contaminés (Harrel, 2004 ; Zemouri, 2017 ; Ionescu, 2020 ; FFO, 9 novembre 2020). Les instruments identifiés comme générant des aérosols sont : la seringue air-eau, les ultrasons, les rotatifs (turbine et contre-angle), l'aéropolisseur. Le tableau suivant présente les conditions cliniques générant des aérosols (ONCD, 16 juillet 2020 ; MSSS, 1^{er} octobre 2020) :

Conditions d'exercice ne générant pas d'aérosols	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'utilisation de la seringue air-eau Pas d'utilisation d'un instrument rotatif Pas d'utilisation d'un instrument à ultrasons Pas d'utilisation d'un aéropolisseur
Conditions d'exercice générant une faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation ponctuelle de la seringue air-eau et sans utilisation simultanée de l'air et de l'eau Utilisation ponctuelle d'un instrument rotatif sans digue (par ex : ajustement de l'occlusion)
Conditions d'exercice générant une production importante d'aérosols provenant de liquides biologiques	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation soutenue de la seringue air-eau Utilisation soutenue d'un instrument rotatif sans digue Utilisation d'un instrument à ultrasons Utilisation d'un aéropolisseur

Démarche vis-à-vis des aérosols

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

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

Protocole de soins

- Le patient garde son masque jusqu'au début du soin (y compris en salle d'attente) 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 de la santé et des solidarités, 2006 ; ADF, 2015). Les bains de bouche antiseptiques sont efficaces pour réduire le nombre de micro-organismes (bactéries) présents dans les aérosols. Les données d'évaluation concernant l'efficacité virucide des bains de bouche préopératoires couramment utilisés sont encore insuffisantes et ne permettent pas de conclure sur l'impact de cette mesure sur la transmission croisée (FFO, 9 novembre 2020).
- Condamner l'utilisation des crachoirs (aspirer le bain de bouche ou le faire recracher dans un gobelet, un haricot ou un lavabo dédié).
- Les radiographies intra-orales doivent être réalisées avec précautions, car elles stimulent la sécrétion de salive et peuvent provoquer un réflexe de toux (Meng, 2020).
- 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).
- En fonction de la situation clinique, le praticien évaluera la méthode la plus adaptée pour générer un minimum d'aérosols (Meng, 2020), notamment en mettant en œuvre la démarche décrite (cf. supra).
- En cas d'administration de MEOPA, certaines précautions d'emploi sont nécessaires. Se référer aux recommandations de l'ANSM (ANSM, 2020).
- La prescription d'AINS ponctuelle doit être proscrite chez les patients atteints de COVID-19 (DGS, 14 mars 2020). La prescription d'AINS, en l'absence d'alternative efficace, est possible chez le patient asymptomatique et sans contact étroit avec un patient COVID avéré. Dans ce cas, la prescription doit être la plus courte possible (2 jours maximum) et le patient doit être informé qu'en cas d'apparition de symptômes évocateurs de COVID, il doit arrêter le traitement et reprendre contact avec le praticien (SFAR/SFETD, 2020).
- La prescription d'une corticothérapie de courte durée (3 à 5 jours à 1 mg/kg/j) est possible chez les patients asymptomatiques et sans contact étroit avec un patient COVID avéré. 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 (SFCO, 7 mai 2020).

Aération, bionettoyage et gestion des déchets

- La Société française des sciences de la stérilisation (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 doivent répondre à plusieurs normes, dont la norme de virucidie (NF EN 14476).

- Le respect des procédures standard habituelles est un préalable nécessaire (Ministère de la santé et des solidarités, 2006).

Entre chaque patient

- **Renouvellement de l'air** (ONCD, 16 juillet 2020 ; HCSP, 28 août 2020 ; HCSP, 14 octobre 2020) :
 - Aérer au moins 15 minutes fenêtre grande ouverte (ou le temps nécessaire pour obtenir une concentration homogène de CO₂ dans la pièce proche de la concentration de l'air extérieur, normalement comprise entre 400 et 450 ppm), après :
 - Toutes les situations cliniques chez un patient du groupe 2 ;
 - Toutes les situations cliniques générant une quantité importante d'aérosols chez un patient du groupe 1 ;
 - Aérer dès que possible et pendant toute la phase de bionettoyage (afin d'assurer un apport d'air neuf) dans les situations cliniques générant une quantité faible d'aérosols chez un patient du groupe 1 ;
 - En dehors de ces situations (par exemple pour une vacation complète avec des patients du groupe 1 et sans générer d'aérosol), aérer la salle de soins au moins trois fois par jour pendant 15 minutes.
 - Dans tous les cas, une concentration en CO₂ supérieure à 1 000 ppm indique la nécessité de renouveler l'air de la pièce.
- Le masque FFP2 est systématiquement changé après avoir pris en charge un patient du groupe 2.
- 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 sont éliminés par la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) (ADF, 2015 ; arrêté, 20 avril 2020).
- Les EPI non souillés¹ 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 par friction avec une solution hydro-alcoolique ou lavage à l'eau et au savon (sans oublier les avant-bras s'ils ont été exposés).
- 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 sont retrouvées à plus de 3 mètres de la source (Rautemaa, 2006 ; Ionescu, 2020) 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.

¹ par du sang ou un autre liquide biologique (ex. la salive)

- 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.

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

En fin de journée

Nettoyage des sols (par balayage humide, sans utiliser d'aspirateur) :

- Patient du groupe 1 : utilisation d'un produit détergent-désinfectant habituel
- Patient du groupe 2 : utilisation d'un produit virucide à la norme NF 14 476 (HCSP, 10 avril 2020 ; ECDC, octobre 2020)

Nettoyage des surfaces hautes : utiliser un produit détergent-désinfectants virucide selon la norme EN 14 476) en spray ou lingettes pré-imprégnées ;

Nettoyage et désinfection des filtres d'aspiration (ADF, 2015) ;

Pour les EPI non souillés, 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. 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>
5. 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.
6. 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>
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19: first update, 10 november 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Heating-ventilation-air-conditioning-systems-in-the-context-of-COVID-19-first-update.pdf>
8. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 infection prevention and control measures for primary care, including general practitioner practices, dental clinics and pharmacy settings: first update, 19 october 2020. Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-infection-prevention-primary-care-dental-clinics-pharmacy-october-2020.pdf>
9. Fédération française d'orthodontie. Précautions additionnelles en période d'épidémie (COVID-19). Version 9 novembre 2020. Paris: FFO; 2020. <http://www.orthodontie-ffo.org/sites/default/files/inline-files/Precautions%20additionnelles-FFO-v09nov20-v1-surligne%CC%81es.pdf>
10. 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>
11. 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>
12. 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>
13. 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>
14. 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>
15. 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>
16. 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>
17. Haut conseil de la santé publique. Rapport relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19, 23 juillet 2020. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899>

18. Haut conseil de la santé publique. Avis du 28 août 2020 relatif à des adaptations possibles s'agissant de la recommandation du port de masque en milieu de travail dans les lieux collectifs clos. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=919>
19. Haut conseil de la santé publique. Avis du 14 octobre 2020 relatif à l'utilisation des appareils de chauffage dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=928>
20. Haut conseil de la santé publique. Avis du 25 juin 2020 – revu le 7 juillet 2020 relatif aux recommandations du HCSP concernant la place de l'ozone, des rayonnements ultraviolets C et des sas de passage en tant que procédés de désinfection dans le contexte de la pandémie Covid-19. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=883>
21. Haut conseil de la santé publique. Avis du 29 octobre 2020 relatif à l'actualisation de la liste des facteurs de risque de forme grave de Covid-19. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=942>
22. Haut conseil de la santé publique. Avis du 23 mai 2020 relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis à vis du SARS-CoV-2. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=838>
23. Haut conseil de la santé publique. Avis du 13 mai 2020 relatif à l'emploi des visières ou écrans faciaux de protection dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=822>
24. Haut conseil de la santé publique. Avis du 6 mai 2020 relatif à l'analyse des risques de contamination de la population par le virus SARS-CoV-2 via les matières textiles dans le cadre de la préparation de la phase de déconfinement. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=821>
25. Haut conseil de la santé publique. Avis du 10 septembre 2020 relatif au risque de transmission du SARS-CoV-2 par aérosols en milieux de soins. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=961>
26. 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
27. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3190801/fr/prise-en-charge-de-premier-recours-des-patients-suspectes-de-covid-19
28. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Mesures de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins (hors établissements de santé et médico-sociaux). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218444/fr/mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-sars-cov2-pour-la-prise-en-charge-des-patients-en-milieu-de-soins
29. Haute Autorité de Santé. Avis n°2020.0059/AC/SEAP du 8 octobre 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'utilisation de la détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement nasopharyngé en contexte ambulatoire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3212101/fr/avis-n-2020-0059/ac/seap-du-8-octobre-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-a-l-utilisation-de-la-detection-antigenique-du-virus-sars-cov-2-sur-prelevement-nasopharynge-en-contexte-ambulatoire
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?reflNRS=ED%206362>
31. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ventilation, chauffage, climatisation : quelles précautions prendre contre la Covid-19. Focus 12/10/2020. Paris: INRS; 2020. <https://www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/focus-covid19-ventilation-chauffage-climatisation/focus-covid19-ventilation-chauffage-climatisation.pdf>
32. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Covid-19 et prévention en entreprise. L'INRS met en garde contre certains dispositifs dits « anti-Covid-19 ». Communiqué de presse, Paris, le 19 novembre 2020. Paris: INRS; 2020. <https://www.inrs.fr/dms/inrs/Presse/presse-2020/CP-DispositifAntiCovid/CP-DispositifAntiCovid.pdf>
33. 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>

34. Ionescu AC, Cagetti MG, Ferracane JL, Garcia-Godoy F, Brambilla E. Topographic aspects of airborne contamination caused by the use of dental handpieces in the operative environment. J Am Dent Assoc 2020;151(9):660-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2020.06.002>
35. 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>
36. 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>
37. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. COVID-19 – Procédures buccodentaires. Phase 4 : présentation des services buccodentaires en contexte de pandémie. Directives intérimaires. Mise à jour : 1 octobre 2020. Québec: MSSS; 2020. <https://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/10/covid-19-proc%C3%A9dures-dentaires-1-octobre-2020docx.pdf2020>
38. 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
39. Ministère des solidarités et de la santé. Coronavirus (COVID-19). Organisation des cabinets de ville dans un contexte de poursuite de l'épidémie COVID-19 et en phase de déconfinement, 15 mai 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_organisation_cabinet_ville_deconfinement.pdf
40. Ministère des solidarités et de la santé. Coronavirus (COVID-19). Recommandations en matière d'aération, de ventilation, de climatisation et de chauffage en période d'épidémie de Covid-19, 28 octobre 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
41. Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de la santé, Centre de crise sanitaire. Synthèse des mesures d'éviction pour les professionnels exerçant en ville ou dans l'accompagnement social et médico-social à domicile, 13 novembre 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
42. Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de la santé, Centre de crise sanitaire. Synthèse des mesures d'éviction des professionnels exerçant en établissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux, 20 novembre 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
43. 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
44. Ministère du travail de l'emploi et de l'insertion. Locaux sociaux : kit de lutte contre la COVID-19. Vestiaires, locaux sociaux et locaux fumeurs : quelles précautions prendre contre la COVID-19 ? Actualisé le 18 novembre 2020. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion; 2020. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_vestiaires_v18112020.pdf
45. Ministère du travail de l'emploi et de l'insertion. COVID-19. Protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19. Actualisé au 6 janvier 2021. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion; 2021. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-national-sante-securite-en-entreprise.pdf>
46. 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
47. 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 2 du 16 juin 2020. Paris: ONCD; 2020. <https://societechirurgicale.com/documents/Recommandations/Recommandations-deconfinement-version-2-du-16-juin-2020-Definitif.pdf>

48. 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 3 du 16 juillet 2020. Paris: ONCD; 2020. https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/#16_07_2020
49. 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>
50. 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>
51. 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>
52. Santé publique France. Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19). Mise à jour le 16/11/2020. Saint-Maurice: SPF; 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/definition-de-cas-16-11-20>
53. Société française d'anesthésie et de réanimation, Société française d'étude et de traitement de la douleur. Recommandations SFAR / SFETD sur les AINS. Version 30-03-2020. Paris: SFAR;SFETD; 2020. <https://sfar.org/download/recommandations-sfar-sfetd-sur-les-ains/?wpdmdl=25767&refresh=600924d555bea1611211989>
54. 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
55. Société française d'hygiène hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations. *Hygiènes* 2010;18(4).
56. Société française d'hygiène hospitalière. Qualité de l'air en bloc opératoire et autre secteurs interventionnels. Recommandations. *Hygiènes* 2015;23(2).
57. Société française d'hygiène hospitalière. Actualisation des précautions standard. Etablissement de santé, établissement médicosociaux, soins de ville. Recommandations. *Hygiènes* 2017;25(HS).
58. Société française d'hygiène hospitalière. Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion. *Hygiènes* 2018;26(1).
59. Société française d'hygiène hospitalière. Avis du 4 mars 2020 relatif aux indications du port 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-Masque-SF2H-SPILF-04.03.2020.pdf>
60. 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>
61. Société française de chirurgie orale. Corticoïdes et COVID-19, 7 mai 2020. Paris: SFCO; 2020. <https://societechirurgicale.com/documents/Recommandations/Corticoïdes-et-COVID-19.pdf>
62. Société française de microbiologie. Avis du 25 septembre 2020 de la Société française de microbiologie (SFM) relatif à l'interprétation de la valeur de Ct (estimation de la charge virale) obtenue en cas de RT-PCR SARS-CoV-2 positive sur les prélèvements cliniques réalisés à des fins diagnostiques ou de dépistage. Version 3 07/10/2020. Paris: SFM; 2020. <https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/10/Avis-SFM-valeur-Ct-excre%CC%81tion-virale- -Version-Finale-07102020-V3.pdf>
63. 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>
64. 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](http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30196-1)
65. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Scientific brief, 9 July 2020. Geneva: WHO; 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333114/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
66. 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 collégalement 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

Mise à jour le 21 janvier 2021.

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 Gabriel Birgand, pharmacien hygiéniste, Nantes (REPIAS) ; Dr Karine Blanckaert, médecin hygiéniste, Nantes (REPIAS) ; Pr Agnès Bloch-Zupan, chirurgien-dentiste, Strasbourg (CNESBO) ; Pr Yves Boucher, chirurgien-dentiste, Paris (CNEFDIB) ; Dr Sonia Burrel, médecin virologue, Paris (SFM) ; Dr Dominique Chave, chirurgien-dentiste, orthopédie-dento-faciale, Rennes (CNOCD) ; Dr Hélène Coignard, médecin urgentiste, Lyon (SAMU-69, mission COREB nationale) ; 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 aéronautique, Nancy (INRS) ; 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) ; Dr Thierry Lavigne, médecin hygiéniste, Strasbourg (SF2H) ; Pr Benoit Lefevre, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Reims ; Pr Géraldine Lescaille, chirurgien-dentiste, chirurgie orale, Paris (CNPSCO) ; Pr Michelle Muller-Bolla, chirurgien-dentiste, médecine bucco-dentaire, Nice (CNEOP) ; Pr Xavier Lescure, médecin infectiologue, Paris (COREB) ; Pr Eric Mortier, chirurgien-dentiste, Nancy (CNEOC) ; Pr Anne-Marie Musset, chirurgien-dentiste, Strasbourg (CNCDUSP) ; Pr Virginie Monnet-Corti, chirurgien-dentiste, Marseille (CNEP) ; Dr Damien Offner, chirurgien-dentiste, Strasbourg (CNCDUSP) ; Dr Benoit Perrier, chirurgien-dentiste, Saint Jean de Boisseau (UFSBD) ; Dr Philippe Rocher, chirurgien-dentiste, Lille (ADF) ; Dr Sara Romano-Bertrand, médecin hygiéniste, Montpellier (SF2H) ; Dr Patrick Rouas, chirurgien-dentiste, Bordeaux (SFOP) ; Dr Alexandre Sage, chirurgien-dentiste, Meylan ; Dr Anne Savey, médecin hygiéniste, Lyon (SF2H) ; 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.