



## **PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8363**

### **Recommandations relatives à la maîtrise des infections lors des soins réalisés en médecine dentaire.**

4 mai 2011

#### **RESUME**

La lutte contre la transmission d'infections durant les soins de santé s'appuie sur des obligations professionnelles, réglementaires, déontologiques et éthiques applicables à tous les travailleurs de la santé, en ce compris les prestataires de soins en médecine dentaire.

En mars 1997, le Conseil Supérieur d'Hygiène<sup>1</sup> a publié des recommandations en matière « d'hygiène en pratique dentaire ». Cette publication a, durant des années, servi de document de base.

Avec le temps, différentes évolutions ont toutefois vu le jour, nécessitant et justifiant une révision de ce texte notamment suite :

- à une meilleure perception des risques de transmission d'infections liés aux soins dentaires ;
- au développement de matériel et techniques nécessitant des précautions spécifiques ;
- à l'arrivée sur le marché de produits, matériels et appareils qui aident à prévenir ou combattent la transmission d'agents infectieux ;
- etc.

C'est la raison pour laquelle le Conseil Supérieur de la Santé a confié à un groupe de travail (composition: voir chapitre 18) la mission de réviser et d'actualiser les directives en matière de maîtrise des infections lors de soins dentaires.

Les recommandations reposent sur des directives existantes émanant d'instances nationales et internationales et il a été tenu compte de publications scientifiques (récentes). Les références exactes des différentes sources sur lesquelles s'appuie le présent avis sont mentionnées explicitement dans le chapitre 16. Pour de nombreux points, on ne dispose pas toutefois de preuves scientifiques de haute qualité, souvent parce que les aspects éthiques ou logistiques rendent impossible la mise en place d'une évaluation scientifique solide. Dans ces cas, les avis se basent sur un rationnel théorique fort.

On a, en outre, tenu compte des avis et recommandations existants élaborés par le Conseil Supérieur de la Santé (p.ex. : hygiène des mains durant les soins, gestion des déchets de soins médicaux, maîtrise des infections durant les soins en dehors des institutions de soins, guide de vaccination, etc.). Ils sont repris également dans la liste des références.

Toutes ces recommandations que le prestataire de soins se doit d'appliquer dans sa pratique de soins dentaires ont été confrontées à l'expérience des représentants du groupe professionnel concerné. En outre, des auditions ont été organisées auxquelles des représentants des associations professionnelles ont été conviés.

---

<sup>1</sup> Ancienne dénomination du Conseil Supérieur de la Santé

Les recommandations ont été entièrement retranscrites dans ce document global uniquement disponible sur le site Internet du CSS (<http://www.css-hgr.be/>). Le lecteur peut y retrouver un relevé complet reprenant les idées de base, sources et références à d'autres documents pertinents du CSS. A la fin de chaque chapitre, une compilation des points-clés est reprise dans un encadré spécifique.

De plus, une brochure synoptique dans laquelle les points essentiels ont été rassemblés a été élaborée. La version imprimée de cette brochure peut être obtenue auprès du secrétariat du CSS (pour de plus amples informations : cf. site Internet).

## ABREVIATIONS ET SYMBOLES

Ag HBe : Antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B  
Ag HBs : Antigène de surface du virus de l'hépatite B  
CFU (UFC) : *Colony Forming Units* (Unités formant colonies)  
CSS : Conseil Supérieur de la Santé  
HBV : *Hepatitis B Virus* (Virus de l'hépatite B)  
HCV : *Hepatitis C Virus* (Virus de l'hépatite C)  
HIV : *Human Immunodeficiency Virus*  
HGR : *Hoge Gezondheidsraad*.  
HSV : *Herpes Simplex Virus*  
IBGE : Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement  
IU : *international unit* (titration virale)  
MSSA : *Methicillin Sensitive Staphylococcus aureus*  
MRSA : *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*  
OMS (WHO) : Organisation Mondiale de la Santé  
SHA : Solution hydro-alcoolique  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine acquise  
vCJD : *Variant Creutzfeldt-Jakob Disease*.  
VLAREA : *Vlaams Reglement voor Afvalvoorkoming en -beheer*  
WIP : Werkgroep Infectiepreventie (Pays-Bas)

## GLOSSAIRE DES NOTIONS UTILISEES

### Liquides corporels :

Dénomination donnée à l'ensemble des matériaux biologiques tels que le sang, l'urine, les matières fécales, la salive, les larmes, les sécrétions nasales, la transpiration, les autres sécrétions / excréments et les exsudats / transsudats.

### Précautions générales et additionnelles (ou **complémentaires**) :

Dans le cadre des mesures préventives, on distingue - d'une part - celles qui s'appliquent systématiquement aux soins quel que soit le contexte dans lequel ceux-ci sont donnés : il s'agit des *précautions générales* (de l'appellation anglo-saxonne « **standard precautions** »). Le but de ces précautions est à la fois de protéger le personnel soignant et de prévenir la transmission d'agents infectieux aux patients ou entre patients. Elles s'appliquent à tous les patients quel que soit leur statut infectieux. D'autre part, ces mesures systématiquement appliquées s'assortissent de précautions complémentaires dans le cas de quelques infections spécifiques transmissibles ou de risque accru (p.ex. : lors de résistance diminuée à l'égard d'infections). Elles dépendent de la voie de transmission (par contact, gouttelettes ou air).

## TABLE DES MATIERES

<b>1. CONTAMINATION ET INFECTION: SOURCES ET VOIES DE TRANSMISSION .....</b>	<b>8</b>
1.1 Sources de micro-organismes .....	8
1.2 Voies de transmission .....	8
1.3 Patients réceptifs.....	9
1.4 Micro-organismes susceptibles de jouer un rôle .....	9
1.4.1 Bactéries .....	9
1.4.2 Virus .....	9
1.4.3 Prions .....	10
<b>2. BASE DE LA MAITRISE DES INFECTIONS LORS DE SOINS DENTAIRES.....</b>	<b>11</b>
2.1 Anamnèse .....	11
2.2 Hygiène personnelle.....	11
2.3 Précautions générales ou standard .....	11
2.3.1 Hygiène des mains .....	12
2.3.2 Gants.....	12
2.3.3 Masque bucco-nasal.....	12
2.3.4 Lunettes de protection, écran facial ou masque avec écran anti-éclaboussures .....	12
2.3.5 Vêtements de travail .....	12
2.3.6 Règles de bonne pratique en cas de toux ou d'éternuement .....	12
2.3.7 Elimination des déchets.....	13
2.3.8 Linge .....	13
2.3.9 Nettoyage et désinfection ou stérilisation des instruments et du matériel.....	13
2.3.10 Entretien du poste de travail et des locaux.....	13
2.3.11 Prévention des accidents par piqûre .....	13
2.3.12 Mesures complémentaires .....	13
2.3.13 Matériel d'empreintes et prothèses .....	13
2.4 Précautions additionnelles.....	14
2.5 Vaccination du praticien .....	14
<b>3. HYGIENE DES MAINS.....</b>	<b>15</b>
3.1 Importance de l'hygiène des mains .....	15
3.2 Concepts : laver et désinfecter .....	15
3.3 Désinfection des mains .....	16
3.3.1 Indications .....	16
3.3.2 Technique.....	17
3.3.3 Equipement .....	18
3.3.4 Produits .....	18
3.4 Réactions cutanées.....	19
3.4.1 Dermatoses induites par l'hygiène des mains.....	19
3.4.2 Traitement.....	20

3.4.3	Prévention .....	20
<b>4.</b>	<b>HYGIENE PERSONNELLE.....</b>	<b>21</b>
4.1	Ongles.....	21
4.2	Bijoux .....	21
4.3	Cheveux, barbe et moustache.....	21
4.4	Nez.....	21
4.5	Manger, boire et fumer .....	22
4.6	Vêtements .....	22
<b>5.</b>	<b>PROTECTIONS PERSONNELLES COMPLEMENTAIRES DU PRESTATAIRE DE SOINS ..</b>	<b>23</b>
5.1	Gants.....	23
5.1.1	Gants non stériles à usage unique.....	23
5.1.2	Gants stériles à usage unique .....	23
5.1.3	Bonnes pratiques d'utilisation des gants.....	23
5.1.4	Choix des gants médicaux d'examen .....	24
5.1.5	Allergie au latex.....	25
5.1.5.1	Définitions.....	25
5.1.5.2	Epidémiologie .....	25
5.1.5.3	Prévention.....	25
5.2	Vêtements de travail.....	25
5.3	Masque .....	26
5.4	Lunettes ou écran facial .....	27
<b>6.</b>	<b>ENTRETIEN DES INSTRUMENTS.....</b>	<b>28</b>
6.1	Principes généraux.....	28
6.2	Instruments et objets à usage unique .....	28
6.3	Matériel réutilisable.....	28
6.3.1	Terminologie.....	28
6.3.2	Groupes d'instruments.....	29
6.3.3	Procédures .....	30
6.4	Matériel spécifique.....	33
6.4.1	Les instruments à mains.....	33
6.4.2	Pièces à main et contre-angles.....	34
6.4.3	Fraises, embouts de nettoyage, etc.....	36
6.4.4	Instruments endodontiques.....	36
<b>7.</b>	<b>AMENAGEMENT ET ENTRETIEN DU CABINET .....</b>	<b>38</b>
7.1	Agencement en zones.....	38

7.2	Aménagement des locaux individuels.....	38
7.2.1	Généralités.....	38
7.2.2	Salle d'attente.....	39
7.2.3	Local administratif.....	39
7.2.4	Local de soins.....	39
7.2.5	Local d'entretien.....	39
7.2.6	Laboratoire.....	39
7.2.7	Local technique.....	39
7.2.8	Local de stockage.....	40
7.2.9	Local du personnel.....	40
7.2.10	Sanitaire.....	40
7.3	Entretien des locaux.....	40
<b>8.</b>	<b>EQUIPEMENT ET ENTRETIEN DU CABINET.....</b>	<b>42</b>
8.1	Principes généraux.....	42
8.2	Eléments spécifiques.....	42
8.2.1	Fauteuil.....	42
8.2.2	Mobilier.....	42
8.2.3	Poignées.....	43
8.2.4	Tablette de travail.....	43
8.2.5	Embouts d'instruments (rotatifs) et seringue multifonction.....	43
8.2.6	Installation d'aspiration et filtres.....	43
8.2.7	Supports pour instruments.....	44
<b>9.</b>	<b>PREVENTION DE LA TRANSMISSION AEROPORTEE.....</b>	<b>46</b>
9.1	Qualité de l'eau.....	46
9.2	Prévention de la contamination par des germes liés au patient.....	47
9.3	Air conditionné et renouvellement de l'air.....	47
<b>10.</b>	<b>GESTION DES DECHETS.....</b>	<b>49</b>
10.1	Terminologie, législation et directives.....	49
10.1.1	Situation en Région flamande.....	49
10.1.2	Situation en Région wallonne.....	51
10.1.3	Situation dans la région de Bruxelles-Capitale.....	52
10.1.4	Remarques.....	53
10.2	Risques supplémentaires.....	54
10.3	Stockage et enlèvement des déchets.....	54
<b>11.</b>	<b>ORGANISATION DU TRAVAIL.....</b>	<b>55</b>
11.1	Avant de débiter la séance de soins.....	55
11.2	Préparation pour le premier patient.....	55
11.3	Durant les soins au patient.....	55

11.4	Après chaque phase de soins .....	56
11.5	Préparation pour le patient suivant .....	56
11.6	A la fin d'une série de soins.....	57
11.7	Entretien périodique .....	57
<b>12.</b>	<b>ACTES SPECIFIQUES.....</b>	<b>58</b>
12.1	Clichés radiologiques .....	58
12.2	Prothèse dentaire .....	59
12.2.1	Empreintes .....	59
12.2.2	Bain-marie .....	59
12.2.3	Pièces de prothèse dentaire .....	60
12.3	Pratique orthodontique .....	60
12.3.1	Précautions générales .....	60
12.3.2	Empreintes et matériel orthodontique .....	60
12.3.3	Aspects spécifiques .....	60
12.4	Interventions chirurgicales .....	61
12.4.1	Généralités .....	61
12.4.2	Hygiène des mains .....	61
12.4.3	Protections personnelles.....	65
12.4.4	Traitement des instruments.....	66
<b>13.</b>	<b>Situations particulières .....</b>	<b>68</b>
13.1	Patients à défenses immunitaires réduites .....	68
13.2	Patients avec suspicion d'infection ou à infection confirmée.....	68
13.3	Prestataire de soins présentant une contamination connue ou à défenses immunitaires réduites .....	68
<b>14.</b>	<b>Incident potentiellement contaminant.....</b>	<b>70</b>
14.1	Aperçu de la situation.....	70
14.2	Risque de transmission .....	70
14.3	Prévention du contact accidentel .....	70
14.4	Mesures après un incident potentiellement contaminant .....	71
<b>15.</b>	<b>CONTROLE QUALITE .....</b>	<b>72</b>
15.1	Protocole d'hygiène individuel .....	72
15.2	Formation et recyclage .....	72
15.3	Suivi .....	72

16. REFERENCES .....	73
17. ANNEXES .....	76
18. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	76
Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS).....	78

# 1. CONTAMINATION ET INFECTION: SOURCES ET VOIES DE TRANSMISSION

Le but des démarches liées à l'hygiène en pratique dentaire est avant tout la prévention de la transmission des infections. Les micro-organismes sont transmis d'une source à un hôte via une voie de transmission et peuvent provoquer chez ce dernier une infection.

## 1.1 Sources de micro-organismes

Tant le patient<sup>2</sup> que le prestataire de soins peuvent constituer une source de contamination par un micro-organisme pathogène. Ils ne doivent même pas nécessairement souffrir eux-mêmes d'une infection. Ils peuvent n'être qu'agents vecteurs d'un micro-organisme pathogène sans pour autant manifester les symptômes d'une infection (agents vecteurs asymptomatiques).

La notion de « prestataire de soins » doit, dans ce contexte, être prise au sens large et comprend éventuellement aussi le personnel auxiliaire du dentiste, occupé ou non dans le cabinet lui-même (p. ex. : assistant(e), secrétaire, personnel affecté à la maintenance, prothésiste dentaire, etc.). Le matériel infectieux peut être du sang, de la salive, du liquide provenant de lésions, de sécrétions nasales ou de sécrétions respiratoires expectorées.

La source d'une infection est exceptionnellement autre que d'origine humaine. Si l'eau est contaminée, son ingestion ou son contact peut provoquer une infection. Une installation de traitement ou de conditionnement d'air contaminée constitue un autre exemple d'environnement source de contamination.

## 1.2 Voies de transmission

La transmission d'un agent infectieux peut se produire :

- a) de patient à patient par l'intermédiaire des mains de la personne qui dispense les soins ou par les instruments ;
- b) du patient à la personne qui dispense les soins ;
- c) de la personne qui dispense les soins au patient.

Dans ces cas, trois formes de voie de transmission se présentent : transmission par contact, par air (dissémination aéroportée) et par gouttelettes (*droplet infection*).

- La voie de transmission par **contact** est la forme la plus fréquente : dans ce cas, un très grand nombre d'agents infectieux peut être transmis en une fois.  
Le contact **indirect** est le plus fréquent. Des patients successifs peuvent être contaminés par des instruments contaminés, des surfaces de travail contaminées ou les mains contaminées de la personne qui dispense les soins.  
Le contact **direct** entre la personne qui dispense les soins et le patient se produit également. En introduisant une main non protégée dans la bouche du patient, la personne qui dispense les soins peut être contaminée.  
Un cas particulier de contact immédiat est **l'inoculation directe**. Le problème se pose lorsque du sang ou des sécrétions mêlées de sang sont introduits par une peau ou une muqueuse lésée ou par piqûre ou coupure par des aiguilles, des instruments ou des objets tranchants (ainsi que par projection de débris).
- La transmission **aéroportée** se caractérise par l'inhalation d'agents infectieux. Le risque en est fortement accru par la production d'aérosols dus à la toux ou à l'utilisation d'appareillages rotatifs à jets d'air ou de micro-abrasion.

---

<sup>2</sup> Afin de ne pas alourdir le texte, l'usage du masculin dans le présent document est épique (patient, prestataire, dentiste, assistant, etc.).



- La transmission par projection de **gouttelettes** de liquide infectieux (*droplet nuclei*) sur la peau blessée et surtout sur les muqueuses (bouche, yeux) est également possible.

### 1.3 Patients réceptifs

De nombreux facteurs peuvent influencer la protection contre certains agents infectieux et expliquer une sensibilité accrue ou non à l'égard des infections. Les patients plus réceptifs développeront une infection avec une quantité plus faible de micro-organismes (*inoculum*) que les personnes saines. On sera donc particulièrement attentif aux patients présentant une immunodéficience médicamenteuse (après transplantation, lors de traitement aux corticoïdes, etc.), naturelle ou infectieuse (VIH, etc.) et chez les femmes enceintes.

### 1.4 Micro-organismes susceptibles de jouer un rôle

#### 1.4.1 Bactéries

Parmi les micro-organismes infectieux, les principaux pouvant être transmis sont les suivants :

- Staphylocoques, principalement *Staphylococcus aureus* sensibles (MSSA) ou résistants (MRSA) à la méthicilline ;
- *Mycobacterium tuberculosis* ;
- *Streptococcus pyogenes*.

Cependant, n'importe quelle bactérie peut, en principe, être transmise, même celle de la flore normale pour autant que l'hôte présente un risque infectieux élevé (p.ex : *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, *Legionella* ; cette dernière peut aussi théoriquement être transmise par l'intermédiaire d'aérosols).

#### 1.4.2 Virus

La plupart des virus peuvent être transmis en pratique dentaire. Nous ne signalons ici que les principaux, en raison du risque de pathologie grave qu'ils représentent ou de l'importance du risque infectieux.

Peuvent être présents dans le **sang** de façon chronique :

- virus de l'hépatite B (HBV) ;
- virus de l'hépatite C (HCV) ;
- virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Un accident de ponction lors de soins à une personne infectée présente un risque de transmission d'environ 30 % pour l'HBV (fortement infectieux – Hbe antigène positif), 3 % pour l'HCV et 0,3 % pour le VIH.

Peuvent être présents dans les **lésions** buccales ou labiales :

- virus de l'Herpes simplex de type 1 et 2 ;
- certains Enterovirus (e.a. *Coxsackie A16*).

Peuvent être présents dans les **sécrétions** respiratoires ou la salive :

- tous les virus responsables d'infections respiratoires (*Influenza*, *Parainfluenza*, etc.) ;
- virus des oreillons ;
- virus qui constituent un risque pour certaines personnes particulièrement les femmes enceintes : *Cytomegalovirus*, virus de la rubéole, *Parvovirus B19*.

### 1.4.3 Prions

Les prions (agents de vCJD) sont particulièrement résistants à la désinfection et à la stérilisation. Une transmission de prions est théoriquement possible lors de soins dentaires mais aucun cas n'a été rapporté à ce jour. Actuellement, il n'existe pas de preuve scientifique justifiant l'application systématique de mesures complémentaires.

#### CONTAMINATION ET INFECTION : SOURCES ET VOIES DE TRANSMISSION

##### EN RESUME

- ✓ Les principales **sources** de micro-organismes sont les patients et les prestataires de soins.
- ✓ Des sources extérieures sont exceptionnellement à l'origine d'une contamination : eau, air, etc.
- ✓ La **transmission** peut se présenter sous 3 formes :
  - Par contact : généralement indirect (p.ex. : des objets et/ou des surfaces contaminés) mais aussi direct (p.ex. : par des mains contaminées).
  - Par gouttelettes (p.ex. : aérosol en éternuant ou utilisation d'instruments rotatifs).
  - Par des micro-particules en suspension dans l'air (*droplet nuclei*).
- ✓ Une forme particulière de transmission est l'inoculation directe (p.ex. : accident par piqûre).
- ✓ La **réceptivité** d'une personne est déterminante pour le développement d'une infection : une attention supplémentaire s'impose pour les personnes à immunité réduite et les femmes enceintes.
- ✓ **Agents infectieux** : Ce sont principalement les virus transmissibles par le sang qui constituent un risque (hépatites B et C, VIH) en raison de la gravité de la pathologie y afférente. Mais d'autres virus également (HSV, Influenza, Cytomegalovirus, etc.) et bactéries (p.ex. : *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus pyogenes*, etc.) méritent toute notre attention.

## 2. BASE DE LA MAITRISE DES INFECTIONS LORS DE SOINS DENTAIRES

Afin de protéger le patient et le prestataire de soins de tout risque de transmission d'infections lors de soins dentaires, il est important de respecter un certain nombre de principes en vue de prévenir ces infections. Ceci implique, outre une anamnèse et une hygiène personnelle minutieuse, la mise en œuvre de précautions générales et additionnelles. La vaccination du praticien (et de ses collaborateurs) contribuera également à la maîtrise des infections.

Ce chapitre donne un aperçu global des éléments de base de la maîtrise des infections lors de soins dentaires.

### 2.1 Anamnèse

Par principe, **chaque patient est considéré comme potentiellement contaminé**. Cela signifie que les mêmes précautions à l'égard des liquides biologiques seront toujours prises pour tous les patients qu'ils soient ou non porteurs de VIH, Hépatite B, C ou autres.

Une anamnèse minutieuse reste néanmoins indiquée afin de protéger tant le patient que le prestataire de soins. Un risque connu incitera en effet plus à la prise de mesures adéquates, entraînant ainsi une diminution du risque total de contamination. En outre, un certain nombre d'éléments de l'anamnèse peuvent justifier une adaptation des méthodes de travail. Outre les précautions standard ou générales, des mesures additionnelles doivent éventuellement être appliquées (voir point 2.4 et chapitre 13).

Il est fortement recommandé que le patient complète par écrit le questionnaire d'anamnèse et que ce document soit parcouru avec le prestataire de soins. Cet interrogatoire doit être systématique et les constatations doivent être enregistrées dans le dossier du patient.

### 2.2 Hygiène personnelle

Une bonne hygiène personnelle contribue à prévenir les infections et protège le prestataire de soins contre les infections. Ceci implique, outre une bonne hygiène corporelle journalière, également le port d'un vêtement de travail adapté (voir chapitre 4).

### 2.3 Précautions générales ou standard

Les présentes recommandations s'appuient sur les mesures préventives systématiques qui sont d'application **toujours et partout** dans les soins de santé : il s'agit des « précautions générales » ou précautions universelles. Dans la littérature nationale et internationale, de même que dans la loi belge, le concept « précautions standard » est surtout utilisé.

Ces précautions ont pour but de protéger le prestataire de soins et en même temps d'empêcher la transmission d'agents infectieux aux patients ou entre patients. Elles s'appliquent à tous les patients quelle que soit leur situation infectieuse.

Ces mesures systématiques sont complétées par des mesures additionnelles en cas de suspicion ou/et de confirmation d'infections transmissibles et ce en fonction de la voie de transmission (par contact, gouttelettes ou air).

Le principe de base est de considérer que **chaque patient est potentiellement contaminé par des agents transmissibles par le sang ou d'autres micro-organismes**. Le prestataire de soins doit protéger ses patients suivants, ses collaborateurs et lui-même contre ces agents.

Les précautions générales permettent cette protection. Elles consistent en un certain nombre de moyens de protection à appliquer à tous les patients. Une hygiène des mains correcte mettant l'accent sur la désinfection des mains constitue la mesure essentielle. D'autres moyens sont le port de gants, d'un masque, de lunettes de protection et de vêtements de travail adaptés. Des conventions sont également établies concernant l'entretien des locaux et du matériel, les déchets et le linge, la prévention des accidents par piqûre, un certain nombre de mesures

complémentaires et la manipulation des empreintes et autres pièces prothétiques. Les différents points sont brièvement expliqués ci-dessous. Le cas échéant, il est fait référence aux autres chapitres concernés.

### **2.3.1 Hygiène des mains**

Une hygiène des mains minutieuse constitue la base des précautions générales.

Les mains sont responsables de la transmission de divers micro-organismes, tant ceux présents sur la peau saine que ceux contractés durant les soins.

Une bonne hygiène des mains doit être appliquée par **tous les travailleurs de la santé et auprès de tous les patients**. Les indications et techniques sont expliquées au chapitre 3.

### **2.3.2 Gants**

Les gants sont utilisés afin d'éviter une transmission croisée via les mains ainsi que pour protéger le prestataire de soins.

Le prestataire de soins porte toujours des gants non stériles à usage unique lors de tout contact avec les liquides biologiques ou les muqueuses du même patient. Il doit procéder au préalable à une désinfection des mains. Les gants peuvent transmettre des micro-organismes et doivent être changés chaque fois que nécessaire. Le port de gants ne remplace pas l'hygiène des mains. Après avoir enlevé les gants, les mains doivent toujours être désinfectées : les micro-organismes résiduels se multiplient rapidement dans un environnement chaud et humide tel que la peau des mains. Les gants jetables sont à usage unique : ils ne sont ni lavés ni désinfectés. Une description détaillée est reprise au chapitre 5.

### **2.3.3 Masque bucco-nasal**

Le prestataire de soins se protège contre les projections et aérosols de liquides biologiques par le port correct d'un masque de soins ou masque chirurgical qui couvre tant la bouche que le nez. Un nouveau masque est porté pour chaque patient.

Le prestataire de soins porte également un masque s'il est lui-même atteint d'une infection respiratoire (rhinite, grippe) ou d'une infection située au niveau de la bouche (herpès). Plus d'informations sont reprises au chapitre 5.

### **2.3.4 Lunettes de protection, écran facial ou masque avec écran anti-éclaboussures**

Le prestataire de soins se protège contre les projections de liquides biologiques et les aérosols pouvant en être issus par le port de lunettes de protection, d'un écran facial ou d'un masque avec écran anti-éclaboussures. Ceci s'applique également au patient.

Le masque bucco-nasal et la protection oculaire se portent toujours simultanément (voir également chapitre 5).

### **2.3.5 Vêtements de travail**

Le praticien porte des vêtements de travail adéquats (voir également chapitre 5).

### **2.3.6 Règles de bonne pratique en cas de toux ou d'éternuement**

Il s'agit d'un nouvel élément parmi les précautions universelles : le prestataire de soins doit savoir comment tousser ou éternuer de manière sûre sans contaminer les autres.

Pour tousser/éternuer, la bouche et le nez sont couverts d'un mouchoir à usage unique qui est immédiatement jeté dans la poubelle. Les mains sont ensuite désinfectées.

Les règles de bonne pratique en cas de toux ou d'éternuement sont d'autant plus importantes lors des périodes d'infections respiratoires saisonnières.

### **2.3.7 Elimination des déchets**

La gestion des déchets de soins médicaux est une matière complexe. Une attention suffisante doit être accordée à un tri, un entreposage et une élimination corrects. Les objets tranchants méritent surtout une attention spécifique. Le traitement des déchets dans le cabinet dentaire est examiné plus avant dans le chapitre 10.

### **2.3.8 Linge**

Le linge également doit faire l'objet d'un traitement adapté. A cet égard, des aspects tels que la collecte du linge sale, le transport vers le lieu de traitement, le processus de lavage, la finition et l'entreposage entrent en ligne de compte.

Le traitement des vêtements de travail du praticien est examiné au chapitre 5. Le traitement du linge utilisé lors d'interventions chirurgicales est examiné au chapitre 12.

### **2.3.9 Nettoyage et désinfection ou stérilisation des instruments et du matériel**

Les instruments, appareils et autre matériel dentaire qui sont réutilisés doivent être traités de telle manière qu'il n'existe aucun risque de transmission de micro-organismes lors de l'utilisation chez un autre patient.

Le niveau d'entretien exigé (désinfection ou stérilisation) du matériel dépend de son usage et des procédures caractérisant son utilisation. Pour une description détaillée, nous nous référons au chapitre 6.

### **2.3.10 Entretien du poste de travail et des locaux**

Les recommandations concernant l'entretien du poste de travail et des locaux sont décrites par ailleurs (chapitres 7 et 8).

### **2.3.11 Prévention des accidents par piqûre**

Prévenir les accidents par piqûre consiste à traiter les aiguilles et objets tranchants avec la prudence nécessaire. Les aiguilles (utilisées pour administrer l'anesthésie locale) ne sont de préférence pas recapuchonnées mais éliminées immédiatement. Les objets coupants sont éliminés dans des conteneurs spécifiques (voir également chapitres 10 et 14).

### **2.3.12 Mesures complémentaires**

Le risque de transmission aéroportée sera limité par des mesures complémentaires. Des rinçages buccaux avant de débiter le traitement peuvent diminuer le nombre de particules infectieuses. L'usage maximal de l'aspiration est certainement à conseiller de même que l'utilisation d'une digue en caoutchouc (voir chapitre 9).

### **2.3.13 Matériel d'empreintes et prothèses**

Afin de prévenir la transmission de micro-organismes infectieux entre le cabinet dentaire et le laboratoire de prothèse dentaire, il faut être attentif au nettoyage et à la désinfection des empreintes et autres pièces prothétiques tant sortantes qu'entrantes. Les recommandations en la matière sont décrites au chapitre 12.

## 2.4 Précautions additionnelles

Les cabinets dentaires dans les hôpitaux seront souvent amenés à appliquer des précautions additionnelles. Il s'agit des précautions qui doivent toujours être prises en même temps que les précautions générales lorsque le praticien a affaire à un patient **suspect d'être infecté ou à infection confirmée** ou un **patient de faible résistance** qui se doit d'être protégé.

Ces patients peuvent également se présenter pour des soins en ambulatoire. Le prestataire de soins doit s'en informer par le biais d'une anamnèse méticuleuse (cf. point 2.1).

Les précautions additionnelles se basent sur la connaissance de la voie de transmission des micro-organismes. Pour plus de détails, nous nous référons au chapitre 13.

## 2.5 Vaccination du praticien

(Repris de l'avis CSS 8279, adapté à la pratique dentaire)

### ○ Hépatite B

Toute personne qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, est susceptible d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposée aux liquides biologiques, soit directement (contact direct, projections) soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets) **doit être vaccinée contre le virus de l'hépatite B**.

Le vaccin comporte 3 injections, effectuées au temps 0, puis un mois et six mois après la première injection. Idéalement, le taux d'anticorps vis-à-vis de l'antigène HBs (Ag anti HBs) devrait être dosé 2 mois après la dernière vaccination. Ce titrage doit être supérieur à 10 mIU/ml. Si cette valeur n'est pas atteinte, il est recommandé de procéder à un nouveau rappel sans dépasser 6 injections au total (cf. avis **8205** du CSS « Guide de vaccination »).

Après une vaccination efficace, des injections supplémentaires de vaccins ne sont pas nécessaires, même si le taux d'anticorps descend en dessous de 10 mIU/ml.

### ○ Influenza (grippe)

Une vaccination annuelle vis-à-vis de l'Influenza (grippe) est recommandée pour tous les travailleurs de santé, et donc pour les dentistes et leurs assistant(e)s, pouvant transmettre la maladie aux personnes à risque (cf. avis **8596** du CSS « Vaccination contre la grippe saisonnière - Saison hivernale 2009 – 2010 »).

### ○ Coqueluche

Un rappel avec le vaccin acellulaire de la coqueluche (contenu dans un vaccin trivalent avec le tétanos et la diphtérie) est recommandé aux prestataires de soins en contact avec les jeunes enfants.

### ○ Autres vaccinations

Le vaccin contre l'hépatite A n'est pas recommandé systématiquement pour les professionnels de santé car le risque de transmission à l'occasion d'activités de soins est faible.

## BASE DE LA MAITRISE DES INFECTIONS LORS DE SOINS DENTAIRES

### EN RESUME

- ✓ Les prestataires de soins se doivent d'avoir une bonne hygiène personnelle.
- ✓ Les précautions générales doivent être respectées.
- ✓ Une anamnèse minutieuse peut mettre en évidence la nécessité de précautions additionnelles.
- ✓ Des précautions additionnelles sont appliquées le cas échéant.
- ✓ Il est recommandé au praticien et à son/ses assistant(e)s de se faire vacciner contre l'hépatite B et l'Influenza (grippe).

### 3. HYGIENE DES MAINS

Les recommandations ci-dessous sont reprises de l'avis CSS 8279 « Recommandations en matière de maîtrise des infections lors de soins dispensés en dehors des établissements de soins (au domicile et/ou au sein d'un cabinet) » et elles-mêmes basées sur l'avis CSS 8349 « **Recommandations en matière d'hygiène des mains durant les soins** ». Ces recommandations ont été adaptées à la pratique dentaire.

#### 3.1 Importance de l'hygiène des mains

Les mains constituent un **facteur important** de la transmission de divers micro-organismes, tant ceux présents sur la peau saine, que ceux récoltés lors des soins.

Une bonne hygiène des mains doit dès lors être appliquée par **tous les prestataires de soins** et pour **tous les patients** sans distinction.

L'hygiène des mains vise à contrôler efficacement la prolifération de la flore cutanée au niveau des mains et ce, notamment, en éliminant la flore transitoire et en réduisant la flore commensale ; elle veille également à éliminer les salissures.

Réalisée devant le patient, la pratique de l'hygiène des mains mettra celui-ci en confiance.

Les **pré-requis** suivants doivent être pris en compte pour pouvoir garantir une hygiène des mains correcte :

- pas de port de bijoux aux mains et avant-bras ;
- ongles courts, sans vernis; pas de faux ongles ;
- une tenue à manches courtes lors des soins (poignets dégagés)

(Voir également chapitre 4).

#### 3.2 Concepts : laver et désinfecter

Dans le cadre des « indications sociales » d'hygiène des mains, le lavage à l'eau et au savon doux est toujours indiqué. On entend par « indications sociales d'hygiène des mains » la prise de service, les pauses-détente, les pauses-repas, l'utilisation des toilettes, etc. Cela correspond à une hygiène personnelle normale.

En dehors de ces indications sociales, dans le cadre de la pratique médicale et paramédicale, le lavage des mains à l'eau et au savon seul n'a plus sa place. La désinfection par friction avec une solution hydro-alcoolique est la seule technique recommandée.

**La technique de référence est la désinfection des mains au moyen d'une solution hydro-alcoolique (SHA).**

La désinfection des mains à la SHA présente des **avantages** tels que :

- Procédure simple ;
- Rapidité de la technique ;
- Meilleure efficacité microbiologique par rapport à l'eau et au savon (cf. CSS 8349) ;
- Meilleure observance du protocole par le prestataire de soins ;
- Moindre coût ;
- Moindre impact écologique ;
- Meilleure accessibilité et utilisation ;
- Meilleure tolérance de la peau.

Pour dispenser des soins aseptiques, on procédera à une désinfection chirurgicale des mains ou friction. Une description détaillée des indications et techniques est reprise au chapitre 12.

## 3.3 Désinfection des mains

### 3.3.1 Indications

L'hygiène des mains :

- garantit la sécurité du patient surtout si elle est effectuée avant tout contact direct avec le patient et tout acte propre ou invasif ;
- doit être appliquée dans toutes les indications mentionnées indépendamment du port de gants ou non ;
- doit être appliquée dans le cabinet dentaire ou tout autre endroit où des soins sont dispensés.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des indications pour la désinfection des mains.

**Tableau 01** : les 5 indications de désinfection des mains

	Indications	Pourquoi ?	Exemples
1	Immédiatement avant contact avec le patient.	Afin de protéger le patient.	<ul style="list-style-type: none"><li>– gestes de politesse et de confort: serrer la main, toucher le bras ;</li><li>– contact physique direct: aider le patient à prendre place sur le fauteuil ;</li><li>– examen clinique: palper l'articulation temporo-maxillaire, prendre le pouls, mesurer la pression artérielle, etc.</li></ul>
2	Immédiatement avant tout acte propre ou invasif <i>Remarque</i> : ceci s'applique également lors du passage d'un site contaminé à un site propre chez un même patient.	Afin de protéger le patient.	<ul style="list-style-type: none"><li>– contact avec les muqueuses: soins dentaires, aspiration des sécrétions, etc. ;</li><li>– contact avec une peau non intacte ou perforation des muqueuses: soins à des lésions, tout type d'injection, etc. ;</li><li>– contact avec des instruments ou objets médicaux: préparation des instruments et du matériel, etc. ;</li><li>– préparation de médicaments, produits et matériel.</li></ul>
3	Après exposition à des liquides biologiques avec ou sans port de gants.	Afin de protéger le prestataire de soins ainsi que l'environnement	<ul style="list-style-type: none"><li>– contact avec les muqueuses et une peau non intacte comme mentionné dans l'indication « avant tout acte propre ou invasif » ;</li><li>– contact avec des instruments ou objets médicaux et prélèvements cliniques: instruments utilisés lors des soins, prélèvement ou manipulation de tout échantillon de liquide biologique, etc. ;</li><li>– évacuation de salive, vomissures, projections de sang, etc. ;</li><li>– manipulation de déchets (rouleau d'ouate, matériel de protection, etc.), nettoyage du matériel et de l'environnement contaminés et visuellement souillés (toilettes, instruments médicaux).</li></ul>
4	Après le dernier contact avec le patient et éventuellement son environnement proche lorsqu'il quitte le local de	Afin de protéger le prestataire de soins ainsi que l'environnement	<ul style="list-style-type: none"><li>– contact avec un patient qui quitte le local de traitement ;</li><li>– gestes de politesse et de confort: serrer la main, toucher le bras</li><li>– contact physique direct: aider le patient à quitter le fauteuil, etc. ;</li><li>– examen clinique: prendre le pouls, mesurer</li></ul>



	traitement		la pression artérielle, etc.
5	Après contact avec l'environnement proche du patient même sans contact avec lui.	Afin de protéger le prestataire de soins ainsi que l'environnement	Débarrasser le local de traitement, la salle d'attente, les toilettes, etc.

(repris de l'avis CSS 8279, adapté à la pratique dentaire)

### 3.3.2 Technique

- Pour **désinfecter** les mains, on procède de la manière suivante :

Prenez une quantité suffisante de SHA pour couvrir l'ensemble des mains (variations individuelles) et frictionnez les mains (jusqu'à qu'elles soient sèches) de la manière suivante :

- paume contre paume ;
  - paume de la main droite sur le dos de la main gauche et paume de la main gauche sur le dos de la main droite ;
  - paume contre paume en imbriquant les doigts des deux mains ;
  - placez la face arrière des doigts dans la paume de la main opposée et frictionnez les doigts par un mouvement aller/retour contre cette paume ;
  - frictionnez bien le pouce de chaque main avec la paume de l'autre main ;
  - frictionnez le bout des doigts de chaque main en tournant dans la paume de l'autre main.
- Durée de la totalité de la procédure : 20 – 30 secondes.

- **Lorsque les mains sont macroscopiquement souillées**, un lavage à l'eau et au savon doit impérativement précéder la désinfection à la SHA.

Technique de lavage à l'eau et au savon :

- Humidifiez les mains avec de l'eau.
- Prenez une quantité suffisante de savon liquide et frictionnez les mains de la manière suivante :
  - Paume contre paume ;
  - Paume de la main droite sur le dos de la main gauche et paume de la main gauche sur le dos de la main droite ;
  - Paume contre paume en imbriquant les doigts des deux mains ;
  - Placez la face arrière des doigts dans la paume de la main opposée et frictionner les doigts par un mouvement aller/retour contre cette paume ;
  - Frictionnez bien le pouce de chaque main avec la paume de l'autre main ;
  - Frictionnez le bout des doigts de chaque main en tournant dans la paume de l'autre main.
- Rincez les mains soigneusement.
- Séchez les mains au moyen d'une serviette à usage unique (en tamponnant).
- Si le robinet se ferme avec les mains, fermez le robinet avec la serviette de sorte que les mains ne soient pas contaminées.

Durée de la totalité de la procédure : 40 – 60 secondes.

Lorsque les mains sont bien sèches, les désinfecter (comme décrit ci-dessus).

- En présence de **plaies** au niveau des mains, ces blessures sont couvertes d'un pansement imperméable à l'eau.
- Pour prévenir toute irritation de la peau, l'usage d'une pommade hydratante non grasse sans lanoline (allergisante) est recommandé (durant la pause ou à la fin de la journée de travail) (voir également recommandations CSS 8349).

### 3.3.3 Equipement

- Dans chaque local où des soins sont prodigués et où des produits propres ou sales sont manipulés, un **lave-mains** doit être présent, alimenté en eau courante froide et chaude (idéalement).
- Le lave-mains est dans la mesure du possible muni d'un **robinet** qui peut être actionné sans contact avec les mains (par exemple par le poignet ou le coude, par le genou, par le pied, par un œil électronique). L'eau ne peut pas provoquer d'éclaboussures lorsqu'elle s'écoule dans le lave-mains.
- Les **distributeurs de savon** doivent être à usage unique; dans le cas contraire l'ensemble du système de distribution doit être soigneusement nettoyé et séché avant remplissage.
- Les **distributeurs de serviettes** sont fixés au mur et délivrent des serviettes à usage unique. Un sac à déchets à usage unique et de taille suffisante est prévu auprès de chaque lave-mains. Le support pour le sac à déchets est dépourvu de couvercle ou celui-ci peut être actionné sans le toucher avec les mains.
- Les **distributeurs de SHA** doivent être disponibles au plus près du point de dispensation de soins ou d'utilisation.

Chacun de ces équipements doit être régulièrement nettoyé.

- L'**eau de distribution** convient au lavage des mains.
- Les sècheurs à air chaud sont à proscrire dans les locaux de soins.
- Disposer d'un **support de boîtes de gants** facilite la préhension de gants. Ces supports doivent être fixés le plus près possible du point de dispensation des soins ou d'utilisation.

### 3.3.4 Produits

« Solution hydro-alcoolique » est le nom générique de préparations à base d'alcool utilisées pour la désinfection non préopératoire des mains.

Les produits doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- l'efficacité doit être démontrée par la conformité à la norme EN 1500 (désinfection hygiénique) ;
- le désinfectant doit figurer dans la liste des biocides de type 2 autorisés.

Pour contrôler ces conditions, veuillez consulter le site internet du SPF Santé publique : celui-ci contient les listes des biocides autorisés, des substances actives et des détenteurs d'autorisation en Belgique: <https://portal.health.fgov.be/>; introduisez « biocide » dans le moteur de recherche du SPF. Ces listes sont périodiquement mises à jour.

**Remarque:** La SHA est inflammable : l'usage, le stockage et le transport doivent satisfaire aux normes de sécurité en vigueur.

### **3.4 Réactions cutanées**

*(Repris de l'avis CSS 8349, adapté à la pratique dentaire)*

Il a été démontré à plusieurs reprises que le type de produit et la technique utilisée pour l'hygiène des mains jouent un rôle majeur dans l'apparition des dermatites d'irritation.

Des études récentes ont démontré que les frictions avec une SHA causent moins d'irritation de la peau que le lavage des mains. La SHA emporte donc la préférence d'un point de vue dermatologique également.

#### **3.4.1 Dermatoses induites par l'hygiène des mains**

Les dermatoses des mains susceptibles d'être liées aux produits utilisés pour l'hygiène des mains constituent un problème récurrent.

Ces dermatoses sont plus fréquentes en période de froid, même sans augmentation de la charge de travail ou sans changement d'antiseptiques, mais simplement parce que le froid constitue en soi un facteur aggravant. Elles touchent davantage les femmes que les hommes. Certaines dermatoses peuvent également être induites par l'utilisation au niveau domestique de substances chimiques variées. Il faut, dans la mesure du possible, éviter d'être confronté à des produits agressifs et encourager le port de gants protecteurs.

De plus, ces dermatoses :

- en altérant la barrière cutanée, favorisent de nouvelles sensibilisations (au latex par exemple) ;
- en facilitant le portage sain de micro-organismes, favorisent leur transmission.

Les dermatoses, comme toute lésion cutanée, augmentent le risque de colonisation de la peau par des micro-organismes de la flore transitoire.

##### **o Les dermatites d'irritation**

Le terme «dermite» signifie irritation du derme. Ce terme générique couvre des syndromes cliniques et physiopathologiques très différents. La dermite ou dermite d'irritation est fréquente. Elle est provoquée par une réaction inflammatoire non immunomédiée à des substances irritantes. Les principaux agents étiologiques sont les savons en raison de leur teneur en tensio-actifs agressifs pour le derme, les dérivés de la vitamine A, l'urée, le lactate d'ammonium, l'alcool propylénique, les aldéhydes et les alcools, en fonction de la dose et de la concentration. Ce type d'affection peut apparaître dès le premier contact avec la « substance irritante » ; elle correspond à une brûlure chimique accompagnée d'une destruction de la barrière lipidique protectrice de l'épiderme et peut être aiguë ou chronique.

Leur traduction clinique est dominée par des phénomènes subjectifs: démangeaisons, douleur lancinante, sensations de brûlures, moins fréquemment prurit. S'y associent une peau lisse et vernissée ou un érythème plus ou moins squameux du dos des mains voire des lésions gercées, douloureuses parfois craquelées des doigts et de la paume. L'atteinte interdigitale n'est pas rare par accumulation de produits irritants.

Le degré d'irritabilité dépend de la nature du produit et de sa concentration mais aussi de la fréquence des actions d'hygiène des mains, de la durée d'utilisation et de la dose utilisée (effet dose dépendant). Ce degré d'irritabilité dépend aussi du type de peau (dermatite atopique, psoriasis, etc.).

##### **o Eczémas de contact ou allergies**

L'eczéma de contact ou allergie est généralement localisé au niveau des mains. Il débute la plupart du temps par une dermite d'irritation accompagnée de complications supplémentaires sous forme d'eczéma allergique de contact. Il est moins fréquent que la dermite d'irritation et est

provoqué par une réaction immunologique à la présence d'un allergène. L'allergie se déroule en 3 temps: sensibilisation, déclenchement de la lésion puis guérison (et nouvelles poussées en cas de nouveaux contacts).

Cet eczéma se manifeste 24 à 48 heures après le contact avec l'agent sensibilisant responsable, par des lésions érythémato-squameuses, papuleuses ou parfois vésiculeuses, croûteuses qui finissent par desquamer. Le prurit, parfois présent au premier plan, est dans ce cas très suggestif. Il est parfois très difficile de le différencier des dermatites d'irritation.

### **3.4.2 Traitement**

La dermite d'irritation disparaît relativement rapidement après un traitement au moyen d'un remède lénitif et après avoir cessé d'utiliser les produits.

L'eczéma de contact exige quant à lui, outre l'évitement du contact avec les allergènes mis en évidence par les tests, un traitement par dermo-corticoïdes à action prolongée associé à l'utilisation d'antihistaminiques et à un traitement à base de produit lénitif.

### **3.4.3 Prévention**

La prévention des dermatoses repose sur les principes suivants :

- utilisation quasi exclusive des SHA ;
- séchage complet des mains par tamponnements successifs surtout avant l'application des SHA ;
- séchage complet des mains après application des SHA et avant d'enfiler des gants ;
- application d'une pommade hydratante non grasse sans lanoline (allergisante) lors d'une pause ou à la fin du travail. Une application matin et soir est conseillée.

## **HYGIENE DES MAINS**

### **EN RESUME**

- ✓ L'hygiène des mains est un **chaînon important** dans la maîtrise des infections.
- ✓ L'hygiène des mains doit être appliquée par **tous** les prestataires de soins auprès de **tous** les patients.
- ✓ La technique de référence pour l'hygiène des mains est la **désinfection des mains au moyen d'une SHA.**

## 4. HYGIENE PERSONNELLE

(Repris de l'avis CSS 8279, adapté à la pratique dentaire)

Toute personne en contact direct avec des patients ou avec du matériel en provenance de ceux-ci (sang, tissus, etc.) ou destiné à ceux-ci (produits, matériels prothétiques, etc.) se doit d'avoir une bonne hygiène personnelle.

Cette bonne hygiène personnelle favorise la prévention de la transmission des micro-organismes et la maîtrise des infections liées aux soins. Elle protège aussi bien le patient que le prestataire de soins.

### 4.1 Ongles

- Les ongles des mains des personnes en contact avec des patients doivent être **propres et courts**, ne dépassant pas le bout des doigts. De longs ongles peuvent transmettre des bactéries et augmentent le risque de perforation des gants.
- Les personnes en contact avec des patients ne sont pas autorisées à porter du **verniss à ongles ou des ongles artificiels** ; en effet,
  - le vernis à ongles s'écaille et facilite dès lors la colonisation par des micro-organismes ;
  - les ongles artificiels provoquent des changements de structure des ongles qui constituent également une source accrue de colonisation et de transmission de pathogènes aux patients.

### 4.2 Bijoux

Le port de bijoux tels que bague, bracelet ou montre-bracelet **n'est pas autorisé** lors des soins parce que ce sont des niches à micro-organismes empêchant une hygiène correcte des mains : les mains des personnes portant des bagues sont plus souvent colonisées par une flore microbienne même après une hygiène des mains, quelle que soit la technique utilisée.

Il a aussi été constaté que la colonisation par des levures et par des bactéries à Gram négatif est plus fréquente chez les porteurs de bagues. La fréquence de colonisation est proportionnelle au nombre de bagues portées.

Si un bijou (*piercing* inclus) constitue une gêne lors des soins et/ou s'il empêche la pratique d'une bonne hygiène générale, il doit être enlevé. Les boucles d'oreilles peuvent être autorisées à condition qu'elles soient de dimensions réduites.

Si un *piercing* ou un site d'insertion d'un bijou est infecté, il peut constituer une source de contamination pour le patient.

### 4.3 Cheveux, barbe et moustache

Les cheveux doivent être **propres** et les cheveux longs doivent être **relevés ou attachés**. La barbe et la moustache doivent être bien **soignées**, lavées régulièrement et coupées court.

La chevelure comme la barbe et la moustache hébergent une quantité importante de micro-organismes et peuvent être sources de contamination surtout si elles viennent en contact avec le champ de travail ; elles peuvent contaminer les mains lorsqu'on les touche.

### 4.4 Nez

L'emploi de mouchoirs en papier à usage unique est préconisé. Ils seront jetés après usage (voir également point 2.3.6).

Après s'être mouché, les mains sont frictionnées avec une solution hydro-alcoolique.

#### 4.5 Manger, boire et fumer

Il est interdit de manger, boire ou fumer dans un local de soins ou de traitement car l'environnement peut être contaminé par des micro-organismes pathogènes. Il n'est pas autorisé de manger, boire ou fumer dans le cabinet, le laboratoire, les locaux où les instruments sont nettoyés et désinfectés et dans les toilettes.

#### 4.6 Vêtements

Les vêtements civils sont remplacés ou couverts par un vêtement de travail (voir également paragraphe 5.2).

### HYGIENE PERSONNELLE

#### EN RESUME

- ✓ Une bonne hygiène personnelle contribue à la prévention de la transmission de micro-organismes et à la maîtrise des infections liées aux soins.
- ✓ Ceci inclut :
  - des ongles de mains propres et coupés court, sans vernis ni faux ongles ;
  - les bijoux tels que bagues, bracelets et montre-bracelet sont bannis durant les soins ;
  - les cheveux doivent être propres, courts ou bien relevés ou attachés ;
  - barbe et moustache sont propres et coupées court ;
  - pour se moucher, on utilise des mouchoirs en papier (à usage unique), les mains sont désinfectées à la SHA ;
  - manger, boire et fumer n'est pas autorisé dans les locaux professionnels ;
  - les vêtements civils sont remplacés ou couverts par un vêtement de travail.

## 5. PROTECTIONS PERSONNELLES COMPLEMENTAIRES DU PRESTATAIRE DE SOINS

Ces mesures de protection ont un double objectif:

- 1) éviter le contact entre la peau et les muqueuses du travailleur de la santé et les liquides biologiques du patient (précautions générales) ;
- 2) constituer une barrière à l'égard d'un patient contaminé ou colonisé par certains micro-organismes (précautions additionnelles).

### 5.1 Gants

(Repris de l'avis CSS 8279, adapté à la pratique dentaire)

#### 5.1.1 Gants non stériles à usage unique

Ils sont utilisés pour éviter la transmission croisée par manuportage et pour la protection du prestataire de soins.

En pratique, le port des gants s'impose :

- lorsque l'on prodigue des soins susceptibles d'entraîner un contact avec des liquides biologiques, une peau lésée ou des muqueuses, du linge ou du matériel souillé ;
- pour tout soin quel qu'il soit, si le prestataire de soins présente des lésions cutanées non couvrables au niveau des mains ;
- pour tout soin quel qu'il soit, si le patient est un porteur connu d'un micro-organisme nécessitant des précautions additionnelles (MRSA, gastro-entérite à rotavirus, *Clostridium difficile*, etc.).

Les gants limitent le degré de salissure et de contamination des mains sans l'éliminer complètement. Ils améliorent la qualité finale, après leur retrait, de la désinfection des mains.

Les gants réduisent également la quantité de sang inoculée lors d'un accident par piqûre.

#### 5.1.2 Gants stériles à usage unique

Ils sont utilisés pour :

- toute intervention (chirurgicale) invasive avec franchissement de la barrière du périoste (donc pas lors d'une extraction dentaire non-chirurgicale mais bien lors d'une résection apicale) ;
- toute manipulation de produits et de matériel stériles.

Voir également chapitre 12, paragraphe 4.

#### 5.1.3 Bonnes pratiques d'utilisation des gants

(Repris de CSS 8349, 2009; CSS 8279, 2009 CDC, 2002; CDC, 2003)

- Une désinfection des mains avant la mise en place des gants n'est nécessaire qu'avant un contact avec un patient.
- Il faut éviter de toucher l'environnement lorsque l'on porte des gants (téléphone, poignées de portes, clavier d'ordinateur, etc.). Si cela s'avère impossible, les objets ou surfaces touchés seront désinfectés après avoir ôté les gants.
- Le lavage des gants ou la friction de ceux-ci avec une SHA est à **proscrire**. Ces pratiques altèrent la qualité de l'effet barrière et l'étanchéité des gants ne peut plus être garantie. En outre, il est impossible de pouvoir établir quelles parties des gants ont été mises en contact avec la SHA.
- Une hygiène des mains après le retrait des gants est impérative.

#### 5.1.4 Choix des gants médicaux d'examen

- Pour le choix des gants, il convient, en fonction du type de soins envisagé, de tenir compte de l'efficacité de la barrière qu'ils offrent, des éventuelles complications liées à la poudre qu'ils contiennent et des réactions allergiques potentielles. Les gants doivent s'ajuster avec précision tout en étant confortables.
- Trois matériaux sont disponibles sur le marché :
  - o **Latex (sans poudre):** offre une barrière **naturelle** fiable et efficace grâce à sa résistance physique et chimique et à son élasticité. Il s'adapte parfaitement bien à la main. En outre, son coût est considéré comme faible ou modéré. Ces gants constituent une bonne protection, même en cas de risque d'exposition à des agents pathogènes transmis par le sang (manipulation d'instruments contaminés, etc.) et lors de l'utilisation d'un large éventail de produits chimiques courants. Le problème d'une allergie éventuelle est examiné au paragraphe 5.1.5.
  - o **Nitrile:** offre des propriétés de résistance physique, chimique à un plus vaste éventail de produits que le vinyl ou le latex, de sorte qu'il constitue une excellente barrière et à une bonne élasticité. Il est une alternative **synthétique** idéale pour les personnes ayant une sensibilité au latex. Son prix est le plus élevé.
  - o **Vinyl (y compris stretchvinyl):** n'offre qu'une barrière modérée compte tenu de sa résistance physique et chimique limitée. L'efficacité de la barrière dépend de la rigueur de son utilisation. Il s'adapte moins confortablement à la main. Son prix est similaire à celui du latex. Il n'est pas conseillé d'utiliser ce type de gants lors de la manipulation de produits chimiques (e.a. glutaraldéhyde, etc.). Le port des gants en vinyl est recommandé dans des situations à faible risque, sans exposition à des agents pathogènes se transmettant par voie sanguine et dans des situations causant un stress minimal de courte durée.
- Le choix du matériau est déterminé en fonction du niveau de protection exigé pour le porteur et de l'existence éventuelle d'une allergie chez le prestataire de soins ou le patient. La préférence est accordée aux gants en latex non poudrés en raison de leur grande efficacité (tant sur le plan physique que chimique) et leur faible prix. En cas d'allergie (prestataire de soins ou patient), le nitrile constitue la meilleure option. Il est important de souligner que le vinyl offre une protection insuffisante lors d'actes à haut risque de perforation et de déchirure et lorsqu'un contact avec des agents transmissibles par le sang est possible.
- Selon la directive européenne CEE/93/42, les gants médicaux sont considérés comme des dispositifs médicaux. Le marquage CE est obligatoire. Les gants doivent répondre à la norme EN-455-1, 2 et 3.  
Certains types de gants disposent également d'un enregistrement comme éléments de protection individuelle conformément à la directive européenne CEE/89/686. La norme européenne EN 374 est la norme applicable aux gants offrant une protection contre les substances chimiques et les micro-organismes. L'efficacité de ces gants est généralement meilleure que celle des gants simplement enregistrés comme dispositifs médicaux.



## 5.1.5 Allergie au latex

### 5.1.5.1 Définitions

L'allergie au latex se répartit en deux groupes suivant l'origine des allergènes responsables ainsi que leurs mécanismes physiopathologiques.

- Dermite de contact de type retardé

Elle est due aux anti-oxydants et accélérateurs de vulcanisation ajoutés au latex naturel afin de le transformer en caoutchouc directement utilisable. L'aspect clinique de ce type d'allergie correspond à celui d'un eczéma de contact classique.

- Allergies de type 1

Les protéines contenues dans le latex naturel avant toute transformation sont responsables des allergies de type 1. Celles-ci se manifestent principalement sous forme de réactions immédiates : prurit, urticaire, conjonctivite, rhinite, asthme voire choc anaphylactique.

L'urticaire de contact se caractérise chez les personnes sensibles par l'apparition d'une urticaire papuleuse 5 à 30 minutes après le contact avec le latex. L'éruption se localise surtout aux poignets et au dos de la main, plus exceptionnellement aux paumes.

### 5.1.5.2 Epidémiologie

Au sein de la population générale, la fréquence de l'allergie aux protéines du latex est de 1,5 %. Il s'agit d'une maladie à caractère essentiellement professionnel qui touche 7 à 15 % du personnel soignant. Les personnes qui souffrent de dermatite atopique, de dermite d'irritation et/ou d'eczéma de contact allergique présentent une prédisposition à développer une hypersensibilité immédiate aux protéines du latex.

### 5.1.5.3 Prévention

La prévention primaire de l'allergie aux protéines du latex nécessite une série de mesures préventives, incluant le port de gants sans aucune trace de protéines allergènes. Il est dès lors recommandé de choisir un type de gants dont la teneur en allergènes est la plus faible possible (la teneur en protéines de latex solubles étant garantie par le fournisseur).

L'usage de gants poudrés en latex riche en allergènes doit être évité.

En outre, il est recommandé, lors du retrait des gants non poudrés, de procéder à une désinfection des mains à la SHA.

## 5.2 Vêtements de travail

- Le prestataire de soins couvrira suffisamment ses vêtements civils ou les remplacera par des vêtements de travail afin d'éviter toute contamination par des projections de liquides biologiques.
- Les vêtements de travail sont à **manches courtes** afin de permettre une hygiène des mains soigneuse.
- Les vêtements de travail sont changés régulièrement et certainement en cas de souillures visibles.
- Les vêtements sont lavés à 60°C au moins.
- En cas de risque de souillure importante des vêtements de travail par des liquides biologiques, le prestataire de soins se protège en portant une **(sur)blouse** en matière plastique ou, s'il n'en porte pas, en changeant de vêtements dès qu'ils sont souillés.
- Les chaussures sont fermées à l'avant et leur nettoyage doit être facile.

### 5.3 Masque

- En pratique dentaire, on utilise généralement des masques médicaux (aussi appelés masques de soins ou masques chirurgicaux).
- Ils sont destinés à protéger le **patient** contre des projections de salive ou de sécrétions respiratoires provenant du prestataire de soins lors de la réalisation d'un acte exigeant un haut niveau d'asepsie ou si le prestataire de soins est contagieux.
- Ils protègent le **prestataire de soins** :
  - en formant une barrière (anti-projection) lors de l'exposition des muqueuses du prestataire de soins aux liquides biologiques durant les soins ou lors d'une intervention ;
  - en jouant un rôle de barrière (anti-projection) lors de l'exposition des muqueuses du prestataire de soins aux sécrétions d'un patient présentant une affection des voies respiratoires transmise par les gouttelettes (comme la grippe, la coqueluche, etc.).
- Un masque médical à **usage** unique s'utilise comme suit :
  - le masque doit bien recouvrir le nez, la bouche et le menton ;
  - la barrette nasale doit être bien pliée ;
  - ne pas toucher le masque avec les mains après sa mise en place ;
  - ne pas le laisser pendre autour du cou pour une nouvelle utilisation ;
  - pendant une même utilisation, le masque doit être remplacé après la durée d'utilisation recommandée par le fabricant (généralement environ 1 heure) ou lorsqu'il est humide, déchiré ou visiblement souillé.
- Ces dispositifs médicaux doivent répondre à la **directive** européenne CEE/93/42. La norme EN14683:2006 spécifie le degré d'efficacité de la filtration bactérienne et la résistance aux fluides.

**Tableau 02** : Efficacité selon la norme EN 14683:2006  
(repris de l'avis CSS 8279 et adapté à la pratique dentaire )

Test	Type I	Type I R	Type II	Type II R
% efficacité bactérienne (EFB)	>95	>95	>98	>98
Résistance aux fluides	Non	Oui	Non	Oui

*Les masques de type II R (fond grisé) offrent une protection optimale lors des soins dentaires*

Dans des **cas spécifiques**, on utilise des masques de protection respiratoire. Ces masques protègent contre l'inhalation de particules infectieuses se transmettant par voie aérienne (*droplet nuclei*) comme dans le cas de la tuberculose (voir également chapitre 13.2). Ces masques doivent répondre à la norme EN149:2001 et sont disponibles en 3 classes d'efficacité FFP1 à FFP3.

**Tableau 03:** Efficacité selon la norme EN 149:2001 des masques de protection respiratoire (d'après le Tableau 4 de l'avis CSS 8279).

	% pénétration pièce filtrante (1)	% pénétration totale
FFP1	< 20 %	< 22 %
FFP2	< 6 %	< 8 %

(1) % de particules qui traversent directement la pièce faciale.

#### 5.4 Lunettes ou écran facial

Le prestataire de soins se protège contre les projections et aérosols contenant des liquides biologiques en portant des lunettes de protection, un écran facial ou un masque avec écran anti-projections.

Le masque bucco-nasal et les protections oculaires se portent simultanément.

L'utilisation de protections oculaires est **recommandée** dans les situations suivantes :

- en cas de risque d'exposition de la conjonctive du prestataire de soins aux liquides biologiques ou aux particules durant les soins ou une intervention (précautions générales) ou lors de la manipulation de matériel (instruments, prothèses, etc.) ayant été en contact avec le patient ;
- en cas de risque d'exposition de la conjonctive du prestataire de soins aux sécrétions d'un patient présentant une affection transmissible par les gouttelettes (méningocoque, grippe, coqueluche, etc.) dans le cadre des précautions additionnelles.

Les verres correctifs n'offrent pas une protection suffisante et ne doivent pas être considérés comme lunettes de protection. Il en va de même pour un traitement au microscope.

Les protections oculaires réutilisables sont nettoyées (eau et savon) et ensuite désinfectée à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol). Après avoir enlevé ces protections, les mains doivent toujours être désinfectées.

#### PROTECTIONS PERSONNELLES COMPLEMENTAIRES DU PRESTATAIRE DE SOINS

##### EN RESUME

- ✓ Les protections personnelles font partie des précautions **générales**.
- ✓ **Le port des gants** est requis lors de tout contact avec un patient si une contamination par des liquides biologiques est possible ou lors de contact avec des instruments ou du matériel contaminés. Ils ne remplacent en aucun cas la désinfection des mains.
- ✓ **Les vêtements de travail** doivent couvrir les vêtements civils, avoir des manches courtes pour permettre l'hygiène des mains. Les vêtements sont changés au moins chaque jour et en cas de salissure visible. Ils sont lavés à 60°C au moins.
- ✓ **Les masques faciaux** protègent contre les projections, sécrétions et aérosols. Ils sont à usage unique et doivent être régulièrement changés. Un masque d'excellente qualité est requis (cf. tableaux 02 et 03).
- ✓ **Les protections oculaires** sont portées pour protéger la conjonctive contre des (projections contenant des) liquides biologiques. On peut utiliser des lunettes de protection, un écran facial ou un masque avec écran anti-projections.

## 6. ENTRETIEN DES INSTRUMENTS

(Repris de l'avis CSS 8279, adapté à la pratique dentaire)

### 6.1 Principes généraux

L'appareillage, le matériel et les instruments utilisés lors de soins dentaires ne peuvent en aucun cas porter préjudice au patient ou au prestataire de soins et à son personnel.

Le matériel tel que le fauteuil, la tablette de travail, le crachoir, l'appareil de radiologie et autre appareillage annexe fait partie de l'équipement du cabinet dentaire et son traitement est explicité au chapitre 8.

En ce qui concerne les instruments et le matériel, un choix doit être opéré entre matériel réutilisable et matériel à usage unique.

L'emploi de matériel **réutilisable** implique l'application de procédures d'entretien adéquates. Le type de matériel et son design doivent être pris en compte. Le niveau de sécurité exigé (désinfection ou stérilisation) du matériel dépend de son utilisation et des procédures pour lesquelles il est utilisé.

Le matériel à **usage unique** ne peut à aucune condition être réutilisé.

### 6.2 Instruments et objets à usage unique

Il existe deux catégories de matériel à usage unique : soit du matériel propre, soit du matériel stérile.

En ce qui concerne cette dernière catégorie, la mention de « stérilité » doit être clairement indiquée sur l'emballage. Il faut veiller, lors de l'utilisation, à ce que cet emballage soit intact (ni humide, ni déchiré, ni endommagé) et que la date de validité ne soit pas dépassée.

Le matériel à usage unique **ne peut jamais être réutilisé**, ni nettoyé, ni désinfecté, ni restérilisé. En effet, les produits de nettoyage et/ou de désinfection peuvent endommager le matériel et les agents stérilisants être adsorbés sur les matériaux, conduisant à la formation de produits éventuellement toxiques et altérant l'intégrité physique et la fonctionnalité du matériel.

Après usage, ces dispositifs à usage unique doivent être éliminés conformément aux législations régionales en vigueur (cf. chapitre 10 concernant la gestion des déchets).

Le matériel à usage unique est aisément identifiable par le signe suivant présent sur l'emballage :



### 6.3 Matériel réutilisable

#### 6.3.1 Terminologie

Le matériel réutilisable doit à tout le moins être nettoyé entre deux utilisations chez des patients différents ; une désinfection ou une stérilisation est éventuellement nécessaire en fonction de son application. Ci-dessous figure une description des différents concepts.

#### ▪ Nettoyage :

Par nettoyage, on entend l'élimination de la saleté visible et des matières organiques visibles et invisibles afin d'empêcher que les micro-organismes puissent persister et se multiplier et être dispersés.

#### ▪ **Désinfection :**

Par désinfection, on entend la réduction du nombre de micro-organismes sur les surfaces inertes jusqu'à un niveau estimé acceptable. La désinfection doit rester limitée à des situations pour lesquelles la stérilisation n'est pas requise mais pour lesquelles le nettoyage seul ne réduit pas suffisamment le niveau de contamination, comme par exemple en cas d'éclaboussure de sang ou de contamination par du matériel sur lequel du sang est visible. Si la désinfection s'avère indispensable, on donne la préférence à la désinfection thermique. Pour les surfaces et articles qui ne peuvent résister aux hautes températures, on devra opter pour la désinfection chimique. Toute désinfection doit toujours être précédée d'un bon nettoyage.

#### ▪ **Stérilisation :**

La stérilisation est un procédé qui tue ou inactive tous les micro-organismes. Par ce biais, la probabilité de persistance d'un organisme vivant est inférieure à une chance sur un million. Toute stérilisation doit toujours être précédée d'un bon nettoyage.

### **6.3.2 Groupes d'instruments**

Les instruments peuvent être subdivisés en trois groupes en fonction de leur usage et du risque y afférent de transmission d'agents infectieux. Cette classification constitue le fil conducteur pour les procédures d'entretien à appliquer.

#### ▪ **Matériel non critique :**

Sous cette dénomination on regroupe le matériel et les instruments qui n'entrent en contact qu'avec une peau intacte :

- Exemples : lunettes de protection, plaque de verre, bol de mélange, etc.
- Procédure d'entretien : nettoyer soigneusement et bien sécher.

#### ▪ **Matériel semi-critique :**

Cette catégorie comprend le matériel et les instruments qui, lors de leur utilisation, entrent en contact avec des muqueuses ou une peau non intacte.

- Exemples : instruments utilisés pour un examen de la bouche, instruments destinés à mettre en place et à assurer la finition des obturations, instruments utilisés lors de traitements orthodontiques, etc.
- Procédure d'entretien : ce matériel doit être bien nettoyé, idéalement séché et ensuite stérilisé ou désinfecté. Ce matériel doit être exempt de tout micro-organisme, seul un petit nombre de bactéries sporulées peut être présent.

#### ▪ **Matériel critique :**

Font partie de ce groupe le matériel et les instruments utilisés pour être introduits dans une cavité stérile ou être mis en contact avec du tissu stérile.

- Exemples : instruments utilisés pour les interventions chirurgicales, instruments endodontiques, etc.
- Procédure d'entretien : ces instruments doivent être bien nettoyés, séchés puis stérilisés. Ce matériel doit être entièrement exempt de micro-organismes (absence).

### 6.3.3 Procédures

Pour ne pas laisser sécher le sang et les matières organiques, le matériel en attente de traitement ultérieur doit être temporairement conservé à l'état humide. Pour ce faire, on peut utiliser une solution à laquelle est ajouté un détergent ménager. Un trempage trop prolongé entraîne toutefois inévitablement la corrosion du matériel et permet une croissance bactérienne (sauf si des éléments désinfectants ont également été ajoutés). C'est la raison pour laquelle un trempage prolongé doit être évité.

#### ▪ **Nettoyage :**

**Tous** les instruments doivent, après **chaque** usage, être nettoyés même s'ils subissent ensuite une désinfection ou une stérilisation.

Le nettoyage non manuel doit être préféré en raison de son efficacité et du fait qu'il limite le risque d'accidents par piqûre.

Méthodes de nettoyage :

##### (1) Nettoyage en machine :

Les instruments sont nettoyés mécaniquement dans un laveur-désinfecteur. Cette technique bénéficie de la préférence absolue. La procédure dépend beaucoup moins de facteurs liés aux personnes, le risque d'accidents par piqûre est fortement réduit et lorsque le nettoyage est associé à une température suffisamment élevée, un niveau de désinfection est atteint (thermodésinfection) (voir plus loin).

##### (2) Nettoyage par ultrasons :

Un appareil à ultrasons est très approprié pour le traitement des instruments fins, difficiles à nettoyer tels que les fraises, les instruments endodontiques, etc.

Le bain à ultrasons est rempli d'un liquide nettoyant-désinfectant approprié. Il est important que ce produit combatte la corrosion. Ce liquide doit être changé régulièrement (suivre les instructions du fabricant telles que mentionnées sur le produit).

##### (3) Nettoyage manuel :

Le nettoyage s'effectue dans une solution contenant un détergent par brossage sous la surface de l'eau dans la mesure du possible afin d'éviter les éclaboussures.

Les moyens de protection personnelle tels que tablier, gants (ménagers) et une protection oculaire (lunettes anti-éclaboussures) doivent être portés à cette occasion. L'utilisation d'une brosse à long manche permet d'éviter plus facilement les accidents par piqûre.

Le nettoyage manuel doit autant que possible être évité.

Il est important que toutes les parties des instruments soient accessibles lors du nettoyage. C'est la raison pour laquelle il est recommandé de traiter les porte-aiguilles, ciseaux, pinces, etc. en position ouverte. Dans le cas d'objets creux, la face interne doit également être soigneusement nettoyée (p.ex. au moyen de goupillons ou d'accessoires d'irrigation adéquats).

#### ▪ **Désinfection :**

Pour obtenir une désinfection, on peut opter pour les techniques suivantes :

##### (1) Thermodésinfection :

Cette technique emporte toujours la préférence. Elle utilise de l'eau chaude (entre 60 et 100°C). Dans un laveur-désinfecteur, la désinfection thermique est associée à un nettoyage mécanique.

Les instructions telles que prescrites par le fabricant doivent être suivies. Un lave-vaisselle domestique ne convient pas pour cette tâche.

##### (2) Trempage dans un désinfectant :

Cette technique doit autant que possible être évitée. Seuls les instruments non thermorésistants sont traités de cette manière.

Le trempage est toujours précédé d'un nettoyage approfondi.  
 N'utiliser que les désinfectants légalement autorisés.  
 Suivre les prescriptions en ce qui concerne la dilution et le dosage mentionnées sur la notice ou sur l'étiquette.  
 En pratique dentaire, l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) suffit sans ajout (pendant 10 à 15 minutes).

Les désinfectants convenant pour le traitement des instruments doivent être agréés comme dispositif médical (et porter un label CE) ou figurer dans la liste des biocides de type 2 autorisés. Il est possible de le vérifier dans la liste de biocides autorisés, des substances actives et des détenteurs d'autorisation en Belgique sur le site internet du SPF Santé publique via <https://portal.health.fgov.be> (introduisez « biocide »). Ces listes sont périodiquement mises à jour.

▪ **Stérilisation :**

Le CSS a déjà émis des recommandations en matière de stérilisation (avis CSS n° 7848 « **Techniques de stérilisation** », 2006). Ces recommandations sont disponibles sur le site internet du CSS (<http://www.css-hgr.be/>, pour une consultation aisée introduisez « **7848** » comme mot-clé dans le moteur de recherche) ou sous forme de brochure (sur demande).

(1) Stérilisation par la vapeur d'eau saturée (stérilisateur vapeur ou autoclave)

Ce procédé de stérilisation expose le matériel à de la vapeur d'eau saturée sous pression à une température déterminée et durant un temps de contact déterminé.

L'utilisation d'un autoclave est la technique la plus indiquée pour une application en pratique dentaire.

○ Choix de l'appareil :

- Le prestataire de soins se procurera un petit stérilisateur à vapeur (volume de maximum 60 litres) avec marquage CE conformément à la Directive relative aux dispositifs médicaux CEE/93/42 du 14 juin 1993.
- Les prestataires de soins qui, durant leurs activités, utilisent des dispositifs médicaux réutilisables « critiques » (utilisés donc à l'état stérile) doivent se procurer un petit stérilisateur à vapeur répondant à la **norme NF EN 13060**. Pour plus de détails, nous référons à l'avis CSS n° 7848 (2006).

**Tableau 04** : Normes pour les petits stérilisateurs à vapeur (table de Regnault)  
 (repris de l'avis CSS 7848, 2006).

Pression effective	Pression absolue	Température	Pression effective	Pression absolue	Température
Bar	Bar	°C	Bar	Bar	°C
1,00	2,013	120,42	2,00	3,013	133,69
1,05	2,063	121,21	2,05	3,063	134,25
1,10	2,113	121,96	2,10	3,113	134,82
1,15	2,163	122,73	2,15	3,163	135,36
1,20	2,213	123,46	2,20	3,213	135,88
1,25	2,263	124,18	2,25	3,263	136,43
1,30	2,313	124,90	2,30	3,313	136,98

NB : 1 bar équivaut à  $10^5$  Pascal, soit 100 kPa. La pression effective est l'augmentation de pression dans l'appareillage par rapport à la pression régnant dans l'environnement (1,013 bar)

- Etant donné que les objets creux (p. ex. pièces à main et contre-angles et détartreurs à ultrasons) doivent pouvoir être traités, un appareil équipé à la fois de pré- et post-vide est nécessaire.
- Le cycle de stérilisation choisi doit être adapté au dispositif médical à stériliser. Trois cycles B, S et N sont fixés par la norme NF EN 13060 :
  - Le **type B** (polyvalent) est indispensable si le praticien effectue des actes nécessitant l'usage de dispositifs médicaux réutilisables critiques. Le type B stérilise tous les produits emballés ou non emballés, pleins, à charge creuse de type A (matériel ouvert d'un ou de deux côtés dont le rapport entre la longueur et le diamètre est supérieur à 5) (p. ex. pièces à main et contre-angles) et produits poreux tels qu'ils sont présentés par les tests de la charge dans la présente norme. Ce type de stérilisateur est le **plus approprié** pour le traitement des instruments utilisés lors de soins dentaires.
  - Le type S ne permet pas toujours de stériliser les charges emballées, creuses ou poreuses. Pour une description de ce type de stérilisation, il faut consulter les spécifications de l'appareil.
  - Le type N permet uniquement de stériliser des objets pleins non emballés.

**Tableau 05 :** Cycles des petits autoclaves (Norme EN 13060) (*European Committee for Standardisation – <http://www.cen.eu/>*) (*Petits autoclaves: capacité maximale de 60 litres*).

Cycle	B	S	N
Emballage	Tant le matériel emballé que non emballé	Selon les spécifications du fabricant <sup>(*)</sup>	Uniquement le matériel non emballé
Textile	Oui	Selon les spécifications du fabricant	Non
Matériau poreux	Oui	Selon les spécifications du fabricant	Non
Instruments creux	Oui	Selon les spécifications du fabricant	Non

<sup>(\*)</sup> Consultez les spécifications de l'appareil.

Le stérilisateur à vapeur doit permettre de valider la procédure de stérilisation conformément à la norme EN 554 (vérifier si les performances du stérilisateur à vapeur sont effectivement atteintes dans les conditions d'emploi). Ceci implique un contrôle de la température, de la pression et des durées pour chaque cycle. L'utilisation d'indicateurs biologiques est recommandée. L'entretien de l'appareil doit être effectué conformément aux recommandations du fabricant.

- o Application pratique :
  - Seuls les instruments préalablement nettoyés et soigneusement séchés peuvent être placés dans l'autoclave.
  - Le matériel qui devra être ensuite conservé de façon stérile doit être emballé avant l'autoclavage (et stocké de cette même manière jusqu'au moment de son utilisation). Pour ce faire on peut utiliser :
    1. Des sachets laminés: ces sachets sont constitués d'une combinaison de papier et de feuille de plastique (couche laminée). L'emballage est scellé au moyen d'une soudeuse thermique. Il est possible, à titre d'alternative, de fermer l'emballage en pliant trois fois le côté ouvert et en le scellant sur toute la largeur au moyen d'une bande autocollante.



- 2. Des plateaux, paniers métalliques ou conteneurs emballés dans une simple ou double couche de “*non-woven*” (non tissé).
- L’emballage doit être pourvu d’un indicateur de couleur éventuellement fixé par une bande autocollante (conformément à la norme EN 867-1 classe A). La date de stérilisation est notée sur l’emballage (Attention ! Il ne faut pas écrire sur l’emballage pour éviter toute perforation).
- Le matériel stocké par la suite de manière propre (mais non stérile) peut être traité dans des paniers ou sur des plateaux à instruments.
- Lors du chargement de l’autoclave, il faut être attentif au placement des instruments. La vapeur d’eau doit pouvoir atteindre tous les instruments et l’appareil ne peut être rempli qu’au  $\frac{3}{4}$ . Les emballages sont placés verticalement (éventuellement dans des supports) afin d’optimiser l’accessibilité pour la vapeur et le processus de séchage.
- Les programmes suivants sont utilisés :
  - ✓ Cycle à 134 °C :  
3 minutes pour le matériel non emballé, 5 minutes pour le matériel emballé ;
  - ✓ Cycle à 121 °C :  
15 minutes pour le matériel non emballé, 22 minutes pour les instruments et le matériel emballés.
- Les instruments doivent ressortir secs de l’appareil.
- L’eau utilisée pour générer la vapeur ne peut être recyclée.
- L’autoclave doit être nettoyé chaque semaine conformément aux instructions du fabricant.
- Le stockage du matériel stérilisé doit se faire dans un local sec et propre.
- La durée de conservation des dispositifs médicaux stérilisés dépend d’un certain nombre de facteurs tels que le matériau d’emballage, le mode d’emballage, les conditions de stockage, etc. Des valeurs guides peuvent être consultées dans les « Recommandations en matière de stérilisation » (CSS 7848). Il est préférable de ne pas dépasser un délai de 6 mois.

## (2) Stérilisation au gaz : vapeur-formaldéhyde (*chémiclave*)

Pour ce procédé, il est fait usage du formaldéhyde et de la vapeur en dépression. Cette technique ne convient pas pour l’instrumentation creuse (par ex. pièces à main et contre-angles) et est donc moins applicable en pratique dentaire.

## (3) Autres techniques et / ou systèmes :

D’autres techniques et systèmes tels que la chaleur sèche, Poupinel ©, stérilisateur à billes, etc. ne garantissent pas la stérilité et n’ont donc pas leur place en pratique dentaire.

## **6.4 Matériel spécifique**

### **6.4.1 Les instruments à mains**

Les instruments à mains sont réutilisables et exigent donc des procédures d’entretien appropriées avant leur utilisation chez un autre patient.

#### ▪ Procédure d’entretien :

- Après utilisation, les instruments sont nettoyés aussi rapidement que possible afin d’éviter que les souillures présentes ne puissent sécher. Si cela s’avère impossible, les instruments sont immergés dans un récipient rempli de liquide. Ce dernier peut être constitué d’une solution contenant du détergent ménager. Une immersion trop longue aboutit irrémédiablement toutefois à la corrosion du matériel et rend la croissance

bactérienne possible (à moins que des composants désinfectants soient ajoutés). C'est la raison pour laquelle cela doit être évité.

- L'utilisation de plateaux et conteneurs facilite la manipulation et le tri des instruments et réduit le risque d'accidents par piqûre.
- Les instruments sont de préférence nettoyés de façon automatisée (thermo-désinfecteur). L'instrumentation de design sophistiqué est nettoyée de préférence dans un bain à ultrasons.
  
- En ce qui concerne les instruments qui, compte-tenu de leur utilisation, sont estampillés « matériel semi-critique » (cf. 6.3.2.) (par ex. les miroirs, les sondes, les instruments utilisés pour l'obturation, les *scalers* {curettes à détartrer} et les curettes, etc.), la thermo-désinfection suffit. Ils sont conservés dans un endroit propre et sec jusqu'au moment de leur utilisation.
  
- Les instruments qui, compte-tenu de leur utilisation, sont estampillés « matériel critique » (cf. 6.3.2.) sont préparés en vue de l'**autoclavage** :
  - o Les instruments doivent toujours être secs quand ils sont placés dans l'autoclave.
  - o Ils sont emballés de telle manière que le stockage en condition stérile soit rendu possible jusqu'au moment de leur utilisation (cf. 6.3.).
  - o Après l'autoclavage, le matériel est conservé dans un **endroit propre et sec** jusqu'au moment de son utilisation.
  - o Une fois qu'un plateau ou un emballage est ouvert, le contenu complet doit être à nouveau stérilisé avant son utilisation chez un autre patient.

#### **6.4.2 Pièces à main et contre-angles**

Les pièces à main et contre-angles, les pièces à main à polir et les détartrés à ultrasons (ci-après dénommés pièces à mains) ont une configuration particulièrement compliquée. Ces instruments sont utilisés lors d'actes entraînant toujours une **contamination** par les liquides biologiques (salive, sang, etc.). Cette contamination ne se limite pas uniquement à la partie externe de ces appareils mais touche **également les parties internes** (et le lubrifiant qui s'y trouve) suite à l'aspiration de substances (liquides) lors des modifications de vitesse de rotation ou par reflux du liquide lors de l'arrêt de l'instrument (pour éviter que le liquide ne tombe goutte à goutte au niveau de l'embout).

Lors de l'utilisation ultérieure de ces instruments, les agents infectieux et particules présents dans la partie interne sont alors projetés massivement sur les surfaces avoisinantes et dispersés dans l'aérosol généré.

Il est donc important que ces instruments soient traités **après chaque usage** et que ce traitement ne se limite **pas uniquement aux parties externes**.

La transmission de particules contaminées peut être limitée en irriguant les pièces à main (quelques secondes) avant la prochaine utilisation mais cela ne peut réduire complètement la contamination.

La présence de valves anti-reflux ne permet pas non plus de contrer entièrement la contamination.

##### ▪ Procédure d'entretien :

- **Après chaque utilisation** auprès d'un patient, les pièces à main sont **nettoyées extérieurement** (les souillures visibles sont éliminées avec de l'eau et du savon) et **désinfectées** (mouchoir en papier imbibé de solution alcoolique).
- Les pièces à main sont **nettoyées intérieurement** (le lubrifiant est éliminé) et **désinfectées** selon les instructions établies par le fabricant.

- Juste après, les pièces à main sont **lubrifiées** au moyen d'une huile thermorésistante adéquate, spécialement destinée à cet effet (suivre les instructions établies par le fabricant, certaines pièces à main ne pouvant être lubrifiées qu'après stérilisation).
- Les pièces à main sont **emballées**, de préférence dans un emballage laminé (permettant ainsi de prévenir toute souillure de l'apari interne de l'autoclave).
- Les pièces à main sont **auto-clavées** selon les instructions du fabricant. L'autoclave doit permettre la stérilisation du matériel creux (les autoclaves de type B y satisfont, certains de type S également : il importe de consulter les spécifications de l'appareil en question).
- Des thermo-désinfecteurs qui rendent possible la désinfection des pièces à mains et contre-angles ont été récemment mis sur le marché. Quand ces instruments sont destinés à un usage tel qu'une intervention chirurgicale, l'autoclavage est obligatoire.
- Enfin, ils doivent être stockés dans un endroit propre et sec.

Le nettoyage, la lubrification de même que la stérilisation peuvent s'effectuer au moyen d'appareils spécifiquement prévus à cet effet.

### 6.4.3 Fraises, embouts de nettoyage, etc.

Les embouts pour pièces à main et contre-angles et les appareils de détartrage à ultrasons existent sous diverses formes et sont fabriqués dans différents types de matériaux. Leur structure souvent complexe et leur utilisation dans des zones fortement infectées et contaminées par des liquides biologiques rendent leur entretien particulièrement **difficile**. En outre, ces objets sont souvent tranchants et le risque d'un **accident par piqûre** est important.

▪ Procédure d'entretien :

Il est recommandé de faire usage de petits récipients contenant une quantité limitée d'instruments qui après usage chez un patient subiront un traitement complet.

- a) Les embouts ne pouvant pas être stérilisés (p.ex. les cupules en caoutchouc, les brosses à polir) ne peuvent être utilisées qu'**une et une seule fois**. Après usage, ils seront éliminés selon la procédure appropriée qui leur est destinée (cf. chapitre 10.).
- b) Les embouts qui peuvent être réutilisés dans une **application non-critique** (cf.6.3.2.) :  
Après usage, il faut les nettoyer le plus rapidement possible pour que les souillures présentes ne puissent sécher. Si cela s'avère impossible, les instruments sont **immergés** dans un récipient rempli de liquide nettoyant-désinfectant. On choisit pour ce faire un produit non-corrosif pour les instruments.
  - Les instruments sont **nettoyés** de préférence dans un **bain à ultrasons**, au moyen d'un liquide adéquat. Ils sont ensuite **rincés, séchés et emballés**.
  - Pour l'emballage il est possible d'utiliser différentes méthodes: sachets laminés, supports de fraises, etc. Il faut choisir une méthode adaptée au traitement ultérieur et au stockage des instruments. Certains supports permettent un cycle dans le bain à ultrasons.
  - La préférence est donnée à l'autoclavage. Des thermo-désinfecteurs récents spécifiquement équipés à cet effet permettent également de désinfecter ce type d'instruments.
  - Après l'autoclavage ou la désinfection, les fraises et les embouts sont **conservés propres et secs** jusqu'au moment de leur utilisation.
- c) Pour les instruments destinés à un usage tel qu'une intervention chirurgicale ou des traitements canaux (c.-à-d. en **application critique**), les recommandations sont similaires à celles du matériel semi-critique mais :
  - ils doivent être autoclavés ;
  - ils doivent être emballés de façon à ce que leur stockage dans des conditions stériles soit rendu possible jusqu'au moment de leur utilisation (voir également chapitre 12).

### 6.4.4 Instruments endodontiques

Les instruments endodontiques sont particulièrement variés, fins, de structure complexe et à risque compte tenu des propriétés des matériaux. Les instruments sont en outre utilisés dans des zones stériles (ou qui devraient l'être) du corps. Leur entretien pose dès lors des exigences particulières.

▪ Procédure d'entretien :

- Après usage, il faut les nettoyer le plus rapidement possible pour éviter que les souillures présentes ne puissent sécher. Si cela s'avère impossible, les instruments sont **immergés** dans un récipient rempli de liquide nettoyant-désinfectant. On choisit pour ce faire un produit qui empêche la corrosion des instruments. Il importe de consulter les recommandations du fabricant.

- Les instruments sont de préférence **nettoyés** dans un **bain à ultrasons**. Ils sont ensuite **rincés, séchés et emballés** pour être thermo-désinfectés ou autoclavés.
- Pour l'emballage, on peut utiliser des conteneurs conçus spécialement pour le matériel endodontique.
- Après l'**autoclavage**, les conteneurs sont conservés propres et au sec jusqu'au moment de leur utilisation.
- Dès que le conteneur a été ouvert, tout son contenu doit être à nouveau stérilisé avant utilisation chez le patient suivant.

## ENTRETIEN DES INSTRUMENTS

### EN RESUME

- ✓ Les instruments et objets à **usage unique** ne peuvent jamais être réutilisés.
- ✓ Le matériel réutilisable et les instruments sont classés en 3 groupes :
  - Le matériel **non-critique** (contact uniquement avec une peau intacte) est soigneusement nettoyé et séché.
  - Le matériel **semi-critique** (contact uniquement avec les muqueuses ou la peau non intacte) est nettoyé, séché et ensuite stérilisé ou désinfecté.
  - Le matériel **critique** (introduit dans des cavités stériles ou en contact avec des tissus stériles) est nettoyé, séché et stérilisé.
- ✓ Le **nettoyage** mécanique s'effectue de préférence dans une machine à laver les instruments ou un bain à ultrasons.
- ✓ La **désinfection** peut s'effectuer par thermodésinfection ou immersion dans un désinfectant (p.ex. alcool à 70 % {éthanol ou isopropanol} sans ajout).
- ✓ Pour la **stérilisation**, on utilise la technique de l'autoclavage. Un autoclave de type B permet la stérilisation d'objets creux ou poreux (emballés ou pas). Un autoclave de type S ne le permet pas toujours, les spécifications de l'appareil doivent être consultées.
- ✓ Le matériel spécifique demande une attention supplémentaire. Les **pièces à main et contre-angles** sont, après chaque usage, nettoyés à l'intérieur et à l'extérieur, lubrifiés et autoclavés.

## 7. AMENAGEMENT ET ENTRETIEN DU CABINET

Les soins dentaires se dérouleront dans des locaux qui, sur le plan architectural, organisationnel et de l'entretien, permettent de prévenir la transmission de toute infection.

Les locaux doivent être maintenus dans un état hygiénique propre, bien éclairés, aérés et à température adéquate. Un agencement et un aménagement soigneux des locaux facilitent la maîtrise des infections.

### 7.1 Agencement en zones

Un cabinet dentaire doit, pour des raisons d'hygiène et d'organisation, disposer de différentes zones. Ces zones se situent idéalement dans des locaux différents et présentent une implantation correcte les uns par rapport aux autres.

En cas de nouvelle construction, l'architecte doit en tenir compte lors de l'élaboration des plans. Il est toutefois fréquent que le cabinet soit aménagé dans un bâtiment existant et que la rénovation ne permette que des modifications limitées. Même dans une telle situation, il faudra essayer de constituer des **zones clairement délimitées**, éventuellement au sein d'un même local.

En tout cas, les locaux à usage professionnel doivent **être clairement séparés de la partie privée éventuelle** de l'habitation.

Un cabinet comprendra **au minimum les zones suivantes**, compte tenu du risque de contamination :

- salle d'attente ;
- zone administrative ;
- zone d'examen et de soin ;
- zone de nettoyage, désinfection et stérilisation.

La zone d'examen et de soin doit être clairement individualisée par rapport au reste du cabinet. Les patients ne peuvent pas avoir un accès libre à la zone de nettoyage, désinfection et stérilisation. La création de zones différentes peut (mais ne doit pas) être réalisée sur base de locaux séparés. Cela peut aussi être obtenu par l'agencement et l'organisation interne des locaux.

En règle générale, le principe de **ne pas mélanger le « propre » et le « sale »** est d'application, tant dans la zone de soin que lors du stockage et de l'entreposage (ceci vaut d'ailleurs également pour les instruments qui se trouvent sur le plan de travail). L'organisation doit donc être telle que la distinction soit nette, par exemple par des emplacements spécifiques pour les différentes activités dans le local.

### 7.2 Aménagement des locaux individuels

Les conseils et indications ci-dessous peuvent constituer un fil conducteur lors de l'aménagement ou la rénovation d'un cabinet.

#### 7.2.1 Généralités

- Il faut opter pour un revêtement de sol non poreux, résistant et facile à entretenir (p.ex. pas de tapis), compatible avec les produits de nettoyage et désinfectants.
- Il faut choisir, lors de l'aménagement des locaux, des matériaux et équipements ergonomiques et faciles à entretenir (éviter p.ex. le textile comme garniture pour le fauteuil).
- Il faut limiter le mobilier et l'équipement au strict nécessaire.

### **7.2.2 Salle d'attente**

Cet espace doit être régulièrement entretenu.

### **7.2.3 Local administratif**

Cette zone comprend l'accueil, le secrétariat et les archives.

Si ces fonctions sont (partiellement) intégrées dans le local de soins, une délimitation claire doit être présente. En tout cas, il doit y avoir une distance suffisante (+/- 1,5 m) par rapport au fauteuil.

- Il faut veiller à ce que les dossiers, fardes, etc. soient autant que possible conservés dans des armoires et des tiroirs fermés.
- Il faut éviter les formes sophistiquées (inégalités, etc.) qui compliquent l'entretien.

### **7.2.4 Local de soins**

Ce local constitue la zone la plus critique. Le risque de contamination y est élevé et le local doit pouvoir être préparé simplement et rapidement pour l'utilisation suivante.

- Il faut veiller à ce que les armoires ferment suffisamment bien afin d'y entreposer le matériel et les instruments propres et stériles.
- Un point d'eau sera disponible et équipé de manière à pouvoir réaliser une hygiène des mains correcte: un lave-mains avec arrivée d'eau pouvant être manipulée de manière hygiénique (robinet commandé du coude, du pied ou par un œil électrique), un distributeur de savon liquide, de gel ou SHA et un support pour essuie-mains en papier jetables.
- Une poubelle avec sac intérieur en plastique (amovible), sans couvercle ou avec un couvercle à commande (pédale) doit être prévue.

### **7.2.5 Local d'entretien**

Le nettoyage des instruments et accessoires se déroule de préférence dans un local distinct. Si cela s'avère impossible, la zone de nettoyage doit être clairement séparée de la zone où se déroulent l'emballage, la désinfection et la stérilisation. L'organisation du travail et l'agencement des appareils doivent répondre à la procédure décrivant la façon de travailler allant de la zone « sale » vers la zone « propre ».

- Il faut veiller à un bon éclairage et une bonne ventilation.
- Un lavabo spécifique pour le nettoyage des accessoires et instruments médicaux réutilisables doit être prévu.

### **7.2.6 Laboratoire**

Un local séparé ou une zone clairement délimitée peut être réservé aux petits actes de prothèse dentaire tels que la coulée des empreintes, le meulage des prothèses, etc.

- Il faut veiller à un bon éclairage et une bonne ventilation. Un système d'aspiration prévient le déplacement de particules lors du meulage.

### **7.2.7 Local technique**

Ce local où sont placés le compresseur et le moteur d'aspiration est clairement séparé des autres locaux. Une aération suffisante doit être prévue.

### 7.2.8 Local de stockage

En pratique dentaire, il est nécessaire de stocker et d'entreposer différents produits et matériels.

- Une réserve de consommables et de *disposables* est entreposée de manière ordonnée sur des étagères facilitant l'entretien régulier. Le mode de stockage doit permettre de gérer le stock de manière efficace. Le principe « FIFO » (*First In First Out*) est appliqué.
- Les produits d'entretien et le matériel de nettoyage sont stockés de telle sorte que la zone dans laquelle ils sont entreposés puisse être maintenue suffisamment propre.
- Le linge sale et les déchets assimilés aux déchets ménagers sont clairement séparés des produits d'entretien et autres réserves dans le même local ou dans un local distinct.
- Il faut veiller à un bon éclairage et une bonne aération.
- Un lavabo y est idéalement présent ainsi qu'une conduite d'évacuation des eaux usées.

### 7.2.9 Local du personnel

Si le dentiste occupe du personnel, un local (zone) séparé doit être prévu qui puisse servir de local de pause.

### 7.2.10 Sanitaire

Il est préférable de prévoir des équipements sanitaires distincts pour les patients et le personnel.

- Un WC et un lave-mains suspendus (entretien plus facile du sol) sont préférables.
- A côté du lave-mains doivent se trouver un support pour le savon liquide et un distributeur d'essuies en papier à usage unique.
- Une poubelle doit être prévue.

## 7.3 Entretien des locaux

Dans la plupart des cas, un **nettoyage ménager journalier approfondi** suffit. Une attention particulière doit être accordée aux surfaces qui sont fréquemment touchées telles que les poignées de porte. Un nettoyage à sec au moyen d'une brosse avec chiffon jetable antistatique permet tout d'abord d'éliminer la poussière. Ensuite, on procède à un nettoyage humide partant de la zone la moins sale vers la zone la plus sale.

On utilise des serpillières jetables ou réutilisables, ces dernières étant, après emploi, lavées en machine (à une température d'au moins 60 °C).

Les éponges et peaux de chamois ne sont utilisées que pour le nettoyage des vitres et miroirs. Après usage, elles sont rincées et entreposées de telle manière qu'elles puissent sécher facilement. Les seaux sont nettoyés, rincés et séchés après usage.

En cas de **soiure par des liquides biologiques**, le matériel organique est d'abord éliminé au moyen d'un matériau absorbant jetable (chiffons en cellulose). Après le nettoyage, on procédera à une désinfection. Les petites surfaces peuvent être désinfectées à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol). Des sprays contenant un désinfectant peuvent également être utilisés mais ils doivent être combinés à un nettoyage mécanique (p.ex. vaporiser sur mouchoir en papier). L'aérosolisation et l'inhalation de ces produits peuvent toutefois poser problème. De grandes surfaces ne peuvent, en raison du risque d'incendie, être désinfectées à l'alcool. Pour ce faire, une solution de chlore à 1.000 ppm est indiquée (ce qui correspond à une dilution de 1:30 d'Eau de Javel 10° à 12° chlorométrique et qui contiendra 0,1 % de chlore actif). Des interférences et une éventuelle neutralisation entre les produits de nettoyage et de désinfection sont toujours possible. Il est nécessaire de consulter la fiche informative du produit.



**Tableau 06 :** Dilution du chlore pour la désinfection.

	Degrés chlorométriques	Chlore actif (%)	Chlore en ppm
Eau de Javel (commerciale)	10° (à 12°)	3,17	31700
Dilution de 1:30	-	0,1056	1056

Les seaux à pédale et les corbeilles à papier sont vidés quotidiennement. Les sacs **poubelles** sont éliminés chaque jour.

Lors du **nettoyage des sanitaires**, il faut faire une distinction entre les sanitaires « propres » tels que les lave-mains et carrelages et les sanitaires « sales » tels que l'intérieur de la toilette, la lunette, l'espace situé derrière la toilette et les carrelages en dessous de la toilette.

Donner des **instructions et une formation correctes** au personnel de nettoyage est très important pour l'hygiène de l'environnement.

## AMENAGEMENT ET ENTRETIEN DU CABINET

### EN RESUME

- ✓ Les locaux à usage professionnel doivent être suffisamment **séparés** des parties à usage privé.
- ✓ Un cabinet comprendra les **zones** suivantes clairement délimitées (et ce, pas nécessairement dans des locaux séparés) :
  - salle d'attente ;
  - espace administratif ;
  - zone d'examen et de soin ;
  - zone de nettoyage, désinfection et stérilisation.
- ✓ Il faut toujours une séparation claire entre les zones « **propres** » et « **sales** ».
- ✓ Lors de l'**aménagement général**, il faut être attentif à :
  - un revêtement de sol non poreux, résistant et facile à nettoyer ;
  - des matériaux ergonomiques et faciles à entretenir pour l'aménagement ;
  - une limitation du mobilier et des équipements au strict nécessaire ;
  - un éclairage et une aération suffisants.

## 8. EQUIPEMENT ET ENTRETIEN DU CABINET

### 8.1 Principes généraux

Lors de l'aménagement du cabinet, on sera attentif au **choix** de l'appareillage et du matériel de façon à pouvoir satisfaire aux exigences en matière de maîtrise des infections.

C'est ainsi que, lors de l'achat d'appareillage, on veillera à sa facilité de nettoyage (surfaces planes et lisses, matériaux convenant pour la désinfection, avec le moins possible de soudures et d'inégalités, etc.). Une attention particulière doit également être apportée au choix du matériel et des produits (usage unique ou non, emballage, possibilités d'application, etc.).

De façon idéale, on **prévient la contamination** en ne touchant (ou en ne plaçant dans la zone de soins) que l'appareillage et le matériel strictement nécessaires. Si possible, les parties touchées sont protégées ou couvertes ou désinfectées après usage chez un patient. Seuls les appareils, matériel et produits utilisés lors du traitement d'un patient peuvent se trouver dans la zone de soins. Les appareils et matériel non utilisés sont conservés dans la mesure du possible dans des armoires et tiroirs fermés ou sont rangés ailleurs.

Lors du nettoyage et de la désinfection, on utilisera de préférence de l'**alcool à 70 %** (éthanol ou isopropanol). Celui-ci peut éventuellement être appliqué via un spray et sera toujours combiné avec un nettoyage mécanique (avec une lingette en papier). En cas d'utilisation sur des surfaces plus importantes, une aérosolisation et une inhalation peuvent poser problème. On appliquera alors la solution alcoolique sur une lingette en papier et on désinfectera les surfaces de cette manière.

Si des souillures visibles sont présentes, le matériel organique sera d'abord éliminé au moyen d'un matériau absorbant à usage unique (chiffon en cellulose).

### 8.2 Eléments spécifiques

#### 8.2.1 Fauteuil

Il faut opter pour une unité de traitement au **design** lisse (peu de soudures, pas de surpiquage décoratif etc.) et fabriquée en matériaux permettant le nettoyage et la désinfection (il faut s'informer éventuellement auprès du fournisseur sur les désinfectants qui peuvent être utilisés).

La commande du fauteuil s'effectue (de préférence) par une **commande au pied** ou un clavier avec **système screentouch** (facile à nettoyer). Il est préférable d'éviter les boutons de commande de type poussoir ou interrupteur à bascule. Le cas échéant, ils sont recouverts d'un **film** (à remplacer pour chaque patient).

On opte pour un repose-tête permettant un nettoyage facile ou on le recouvre d'une housse de protection (à remplacer après chaque patient).

Repose-tête, accoudoirs et panneau de commande du fauteuil sont **protégés** ou **nettoyés et désinfectés après chaque patient**. Les autres parties du fauteuil sont nettoyées et désinfectées en cas de souillure visible. Le fauteuil tout entier subit un nettoyage ménager chaque jour.

Les instructions du fabricant doivent être respectées.

#### 8.2.2 Mobilier

On opte pour un design lisse et un choix de matériau adapté de sorte qu'un nettoyage et une désinfection approfondis soient possibles, y compris des parois intérieures. Les armoires et tiroirs doivent pouvoir être fermés. Du point de vue hygiénique, une ouverture via un système de poussoir est préférable. Les poignées de portes et tiroirs doivent être faciles à nettoyer.

Toutes les poignées touchées durant les soins délivrés au patient sont nettoyées et désinfectées (après chaque patient) ou recouvertes d'un film (à remplacer après chaque patient). Le mobilier subit un entretien ménager régulier ; il en va de même chaque fois que l'on constate visuellement qu'il est souillé.

### **8.2.3 Poignées**

Toutes les poignées touchées durant les soins au patient par des mains non désinfectées (p.ex. tiroir, bras orientable de l'unité, levier de la lampe, poignée du microscope, etc.) doivent faire l'objet d'une attention indispensable. On peut choisir de recouvrir les poignées au moyen d'un film (à remplacer après chaque patient) ou de les désinfecter (après chaque patient). Une troisième possibilité est de travailler avec des poignées amovibles (à changer après chaque patient).

### **8.2.4 Tablette de travail**

Le champ de travail (endroit où les instruments et produits sont disposés et où les matériaux sont préparés, généralement la surface supérieure d'un meuble et / ou la tablette du bras orientable de l'unité) est de préférence **protégé**. Ceci simplifie le nettoyage ultérieur et prévient les dégâts causés au plan de travail par l'usage de produits agressifs. La protection peut consister en un champ imperméable (à usage unique) ou un plateau à instruments (p.ex. plateau métallique ou en matière plastique à remplacer après chaque patient). La protection doit être suffisamment large pour qu'aucune contamination ne puisse se produire dans les parties latérales du support.

La protection du champ de travail est éliminée après chaque patient. En cas de souillure visible, on procède à un nettoyage et une désinfection. La tablette subit quotidiennement un nettoyage ménager.

### **8.2.5 Embouts d'instruments (rotatifs) et seringue multifonction**

L'unité est équipée de différents embouts (avec cordon) sur lesquels sont raccordés les instruments rotatifs, le détartreur, etc. Ces embouts et leur cordon sont fortement contaminés durant les soins par la manipulation et l'aérosolisation. Ces éléments sont soit **nettoyés et désinfectés** après chaque patient soit recouverts d'une **housse de protection** (à usage unique, à changer après chaque patient).

La seringue multifonction sera munie d'un embout interchangeable. Cet élément est fortement contaminé durant les soins par les projections et l'aérosol mais également via l'aspiration dans les parties internes de l'embout de matériau potentiellement contaminé. Un nouvel embout est utilisé pour chaque patient. Il faut de préférence utiliser des embouts à usage unique. Lorsque l'on utilise des embouts réutilisables, ces éléments doivent être soigneusement nettoyés et désinfectés (ce qui n'est pas aisé) et changés après chaque patient.

La seringue multifonction est en outre équipée d'une ou plusieurs touches permettant d'en commander le fonctionnement. Ces éléments sont soit recouverts d'une housse de protection (à usage unique, à changer après chaque patient) soit nettoyés et désinfectés après chaque patient. Pour cet élément, il faut opter pour un design permettant un nettoyage facile.

### **8.2.6 Installation d'aspiration et filtres**

Les flexibles d'aspiration de la pompe à salive ou de l'aspiration chirurgicale (et leurs embouts) constituent, après les soins à un patient, un élément fortement contaminé de l'unité de traitement. Les substances (liquides) et les matériaux aspirés, les projections et l'aérosol ainsi que la manipulation directe par le praticien ou son assistant(e) sont les sources de cette contamination.

Les embouts sont changés après chaque patient. Ils sont de préférence à usage unique et sont éliminés après usage. Si la canule d'aspiration chirurgicale permet un réemploi (vérifier les instructions du fournisseur), elle est alors soigneusement nettoyée et désinfectée.

Les embouts et flexibles sont protégés (housse de protection jetable) ou nettoyés et désinfectés (extérieurement) après chaque usage. Un design lisse des flexibles en facilite le traitement.

La partie interne des conduites d'évacuation est irriguée à l'eau claire durant 20 secondes après chaque patient et désinfectée régulièrement conformément aux instructions du fabricant.

Les tuyaux d'aspiration sont munis d'un filtre afin de retenir les fragments. Ce filtre doit être régulièrement nettoyé et / ou remplacé. Cet élément est fortement contaminé et doit dès lors être manipulé en appliquant les mesures de protection nécessaires en portant toujours des gants et un masque buccal lors de cette opération. Une protection oculaire (contre d'éventuelles projections de particules) est également indiquée.

En général, un premier filtre se trouve situé immédiatement au-delà du raccord avec l'embout détachable. Le filtre peut, après dévissage, être enlevé pour nettoyage ou remplacement. Il faut suivre à cet égard les instructions du fabricant de l'installation.

Un deuxième filtre est placé plus loin dans la conduite. Il faut consulter les instructions spécifiques (différentes pour chaque installation) pour accéder au filtre, le nettoyer ou le remplacer.

La fréquence à laquelle le nettoyage et / ou le remplacement doit s'effectuer est intégrée dans l'entretien périodique (voir chapitre 11) et dépend du type d'installation et de l'utilisation de l'unité de traitement.

### **8.2.7** Supports pour instruments

Les instruments rotatifs, la seringue multifonction, la pompe à salive, l'aspirateur chirurgical, etc. sont généralement suspendus à (ou déposés dans) un support lorsqu'ils ne sont pas utilisés.

Ces supports sont soit nettoyés et désinfectés après chaque emploi soit recouverts (film, à remplacer après chaque patient). Un design lisse en facilite le traitement.

### **8.2.8. Crachoir, cuvette ou entonnoir de rinçage**

Il est recommandé d'opter pour un crachoir de dimension suffisante (bonne capacité de recueil des déchets), fabriqué dans un matériau d'entretien facile et n'absorbant pas les colorants. Le crachoir doit se trouver sous le niveau d'arrivée d'eau (servant à le rincer) afin d'éviter toute contamination du circuit d'eau.

Le crachoir doit être débarrassé de toute souillure visible entre deux patients. Il subit régulièrement un nettoyage ménager.

Le crachoir est également pourvu d'un **filtre**. Les mêmes précautions prévalent ici que celles décrites au point 8.2.6.

Une alternative au crachoir (qui nécessite beaucoup d'entretien) est l'utilisation d'un entonnoir de rinçage couplé à un système d'aspiration.

### **8.2.9. Appareils et accessoires**

En règle générale, on veille à placer le moins possible d'appareils et d'accessoires non protégés dans l'environnement immédiat du fauteuil. Ils se trouvent en effet dans la zone de contamination par projections et aérosol. Les appareils et le matériel non utilisés sont de préférence rangés dans des armoires fermées ou dans un autre local, ce qui permet de réduire le temps nécessaire de nettoyage après chaque patient.

Lors de l'acquisition d'un appareil, on doit tenir compte du design. Les matériaux doivent permettre une désinfection à l'alcool.

Les appareils qui **n'entrent pas en contact direct** avec le patient (p.ex. le vibreur pour capsules pré-dosées de matériaux d'obturation, l'appareil de mélange des matériaux d'empreintes, etc.) sont nettoyés et désinfectés après chaque usage.

Pour les appareils dont une partie **entre en contact avec le patient** (p.ex. l'embout de la lampe à polymériser), cet élément doit de préférence être détachable (nettoyage / désinfection ou remplacement) ou doit pouvoir être protégé par un film ou une housse (à remplacer après chaque patient).

Lors de la désinfection des appareils électriques, on évitera d'utiliser trop de produit désinfectant (pour éviter les courts-circuits). Les solutions alcooliques offrent l'avantage de s'évaporer rapidement.

Le clavier (et la souris) peuvent être couverts d'un film de protection ou d'une housse protectrice. Certains claviers permettent une désinfection aisée. Il va de soi que les gants doivent également être enlevés systématiquement avant de toucher le clavier ou d'utiliser la souris, sauf si ces derniers sont protégés.

Une même disposition est d'application lors de l'utilisation d'un téléphone, d'un parlophone, d'un système d'ouverture automatisée des portes, etc.

Lorsqu'il est fait usage d'une caméra, de lunettes grossissantes fixées sur des lunettes, d'un microscope, etc. ces appareillages doivent être soit protégés (au niveau des zones qui sont touchées par les mains), soit nettoyés et désinfectés après usage.

## EQUIPEMENT ET ENTRETIEN DU CABINET

### EN RESUME

- ✓ Le principe général en vigueur est que l'on prévient au mieux la contamination en couvrant et en protégeant. Si tel n'est pas le cas, on nettoiera et désinfectera à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol).
- ✓ On opte pour l'acquisition d'appareils et de matériel au design et à la structure permettant un nettoyage et une désinfection aisés.
- ✓ L'équipement relatif aux tâches administratives et les dossiers se situent en dehors de la zone de traitement.
- ✓ Le clavier (et la souris) présents dans la zone de traitement sont de préférence protégés ou nettoyés et désinfectés.
- ✓ Ce principe est également valable lors de l'utilisation du téléphone, d'un parlophone, d'un système d'ouverture automatisée des portes, d'une caméra, de lunettes grossissantes fixées sur des lunettes, d'un microscope, etc.

## 9. PREVENTION DE LA TRANSMISSION AEROPORTEE

Les agents infectieux que l'on retrouve dans les projections, les gouttelettes et dans les aérosols peuvent être de diverses origines.

Les sources **externes** au patient sont, p.ex. les micro-organismes présents au niveau des instruments et du matériel utilisés précédemment (p.ex. pièces à main et contre-angles contaminés) ou dans l'eau amenée par les conduites de l'unité de traitement.

La transmission par les instruments est évitée grâce à un traitement adéquat de ceux-ci (voir chapitre 6).

Les sources **internes** (au patient) sont les agents infectieux présents dans la salive, les sécrétions respiratoires, le sang (en cas de gencive endommagée), la plaque dentaire, les restes de tissus (p.ex., tissu dentaire carié), les matériaux (particules de matériaux d'obturation, etc.) qui se dispersent durant le traitement. La maîtrise de ce risque est examinée au point 9.2.

Ce sont principalement les actes de soins faisant appel à des instruments à rotation rapide ou vibrants (turbines, détarteurs ultrasoniques) mais également à la seringue à air et à eau (multifonction) et l'application de techniques telles que l'aéropolissage, qui s'accompagnent de pics de concentrations en agents infectieux dans l'air du cabinet. Des concentrations comprises entre 300 et 5.000 fois la concentration présente avant le début du traitement ont été rapportées. Ce pic se maintient jusqu'environ 30 minutes après le traitement (lorsque le masque buccal a depuis longtemps été enlevé). La quantité de micro-organismes est la plus élevée dans la zone comprise entre 50 et 75 cm devant le patient mais des concentrations plus élevées se retrouvent également loin au-delà.

Lors de l'utilisation de détarteurs ultrasoniques pour l'élimination de la plaque dentaire, on retrouve des éléments sanguins dans l'aérosol dans 100 % des cas.

La protection du praticien (et des autres soignants au sein du cabinet) s'obtient par le respect et l'application stricte des précautions générales concernant l'instrumentation (voir chapitre 6) et en ayant recours aux protections personnelles (principalement le port d'un masque et de lunettes de protection) (voir chapitre 5). Par ailleurs, un certain nombre de mesures complémentaires sont nécessaires sur le plan de la qualité de l'eau et de la limitation de la contamination de l'aérosol par des germes provenant du patient.

### 9.1 Qualité de l'eau

Au niveau de l'unité de traitement, deux situations sont responsables de la contamination de l'eau dans les conduites.

D'une part, on est confronté à la « réaspiration » de l'eau (et des agents infectieux éventuels) par un phénomène d'aspiration qui survient lorsque l'on stoppe subitement l'arrivée d'eau du spray.

D'autre part, le phénomène de formation d'un biofilm peut être rencontré. Bien que l'eau arrivant dans l'installation dentaire satisfasse parfaitement aux normes d'eau potable (maximum 200 CFU/ml {*colony forming units*}), l'eau qui s'écoule au niveau des points d'eau de l'installation dentaire contiendra un nombre beaucoup plus élevé (jusqu'à > 200.000 CFU/ml) si aucune mesure n'est prise. Ceci résulte de la formation d'un biofilm le long des parois des fines conduites de l'installation. Le biofilm croît rapidement principalement durant les périodes où l'eau reste stagnante (la nuit, le week-end ou durant la période de vacances) et à température ambiante. De nombreux micro-organismes (parmi lesquels éventuellement aussi *Legionella*) trouvent dans le biofilm un milieu de culture de premier ordre où ils peuvent être relativement bien protégés contre les désinfectants. Lors des flux et de la circulation d'eau, des parties du biofilm se fragmentent et se détachent emportant les germes qui s'y trouvent.

Différentes solutions sont proposées pour faire face au problème :

- le placement de **valves anti-reflux (ou clapets anti-retour)** empêchera la « ré-aspiration » de l'eau et des agents infectieux, éventuellement présents, par l'embout de la seringue multifonction et les pièces à main et contre-angles qui sont refroidis à l'eau. Ceci ne résout toutefois pas le problème de la formation du biofilm généré par les micro-organismes présents dans l'eau de distribution ;
- **purger** les conduites d'arrivée d'eau au début de la journée de travail (durant 20-30 secondes) a un effet qui n'est cependant que temporaire, limité et imprévisible ;
- combiner l'utilisation de réservoirs d'eau fermés avec une désinfection chimique. La contamination apparaît toutefois rapidement ;
- des systèmes de filtres (à placer sur les différentes conduites et le plus près possible du point d'écoulement) ont pour inconvénient de ne pas retenir les endotoxines (produites par les germes dans le biofilm). En outre, ils doivent être changés régulièrement, se bouchent facilement et sont souvent à l'origine de problèmes techniques; de plus, leur coût global est non négligeable ;
- des systèmes à base d'échangeurs d'électrons semblent prometteurs mais ne sont actuellement pas encore au point pour une application dans les installations de soins dentaires ;
- la plupart des fabricants d'installations dentaires conseillent des **systèmes de désinfection chimique** sur base d'un fonctionnement intermittent ou continu. Ces systèmes sont souvent appliqués conformément aux prescriptions du fabricant. Le fait qu'ils nécessitent beaucoup de maintenance et soient fortement tributaires de la discipline de travail de la personne chargée de l'entretien représente un inconvénient.

## 9.2 Prévention de la contamination par des germes liés au patient

L'application de quelques mesures simples peut diminuer significativement la charge en agents infectieux dans l'air ambiant provenant du patient durant et / ou après une intervention dentaire.

- Lorsque le patient utilise avant le traitement un **rinçage buccal désinfectant**, la charge microbienne en micro-organismes provenant de sa cavité buccale peut être réduite de 90 à 95 %. Des résultats favorables ont été décrits lors de l'utilisation de rinçages buccaux à base de chlorhexidine, d'huiles volatiles et de dérivés iodés.
- L'utilisation d'une aspiration puissante (aspirateur chirurgical) lors d'interventions utilisant des instruments rotatifs ou des détartreurs ultrasoniques peut diminuer fortement le risque.
- Des actes effectués sous une digue en caoutchouc s'accompagnent de beaucoup moins de projections et de formations d'aérosol.

## 9.3 Air conditionné et renouvellement de l'air.

Les systèmes de traitement et de conditionnement d'air peuvent représenter une source de contamination. Il est impératif de respecter scrupuleusement les recommandations du fabricant en matière d'entretien de ces appareillages.

## PREVENTION DE LA TRANSMISSION AEROPORTEE

### EN RESUME

La transmission des agents infectieux par aérosol, projections et *droplet nuclei* ne peut être négligée.

Le risque est limité en :

- ✓ veillant à une **bonne qualité de l'eau** au niveau des points d'écoulement de l'installation dentaire :
  - en purgeant les conduites au début de la journée de travail (20-30 secondes) ;
  - en plaçant des valves anti-reflux (clapets anti-retour) sur les conduites ;
  - en appliquant le programme de désinfection de l'eau tel que prescrit par le fabricant de l'installation ;
- ✓ utilisant des **instruments nettoyés et désinfectés** (pièces à mains et contre-angles, embouts de la seringue multifonction, détartreurs ultrasoniques, etc.) ;
- ✓ en limitant la charge microbienne à partir de la cavité buccale du patient en :
  - demandant au patient d'effectuer un **rinçage buccal désinfectant** avant de débiter les soins ;
  - utilisant au maximum une **aspiration chirurgicale** prévenant la formation d'aérosols ;
  - travaillant sous une **digue en caoutchouc** chaque fois que c'est possible.



## 10. GESTION DES DECHETS

(Repris de l'avis CSS n° 8279 {sur base de l'avis CSS 5109}, adapté à la pratique dentaire.)

La gestion des déchets de soins médicaux est une matière complexe. Une évaluation correcte du risque constitue la base d'un tri, d'un stockage et d'un transport corrects. Une certaine confusion peut apparaître en raison des différences de législation entre la Flandre, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale. C'est pourquoi le paragraphe 10.1 mentionne les directives pour chaque région séparément.

Bien que les types de déchets soient souvent qualifiés différemment, les principes de base sont en règle générale équivalents.

- Il faut tout mettre en œuvre pour éviter les accidents dus à des objets piquants, tranchants et coupants. Ces accidents sont les seules sources de risques réels fréquemment mentionnés dans la littérature.
- Il n'existe que peu ou pas de publications dans lesquelles la transmission d'infections par d'autres types de déchets est décrite. On peut dès lors douter de ce que ceux-ci comportent des risques réels, principalement en ce qui concerne leur caractère infectieux.

### 10.1 Terminologie, législation et directives

#### 10.1.1 Situation en Région flamande

La législation flamande repose principalement sur le décret initial du 02/07/81 – mieux connu sous le nom de « *afvalstoffendecreet* » – fondamentalement modifié par le décret du 20/04/94. L'arrêté d'exécution le plus important est le « VLAREA » du 17/12/97 : ce dernier en détaille les principes et les objectifs.

Cet « *afvalstoffendecreet* » départage les déchets en catégories principales et en sous-catégories.

Les *catégories principales* sont :

- 1) Les déchets ménagers : déchets produits lors du fonctionnement normal d'un ménage particulier ;
- 2) Les déchets industriels : déchets produits lors d'activités industrielles, artisanales ou scientifiques.

Les *sous-catégories* sont :

- 1) Les déchets dangereux ;
- 2) Les déchets spéciaux : déchets qui de par leur nature, composition, origine ou traitement nécessitent une réglementation particulière.

Les déchets médicaux sont des déchets de type industriel pour lesquels une législation spécifique a été rédigée de façon à être considérés comme des **déchets industriels spéciaux**.

En région flamande, les déchets de soins médicaux sont subdivisés en deux classes (tableau 07) : ceux ne présentant pas de risque et ceux à risque.

**Les déchets de soins médicaux ne présentant pas de risque** sont des déchets qui, selon les normes communément admises, ne génèrent pas de danger ou un danger intrinsèque négligeable et ne comportent par conséquent pas de risque particulier. Ce type de déchets est comparable aux déchets ménagers comme, p.ex., les déchets de nature administrative. Il s'agit de déchets provenant manifestement de soins mais ne comportant pas de risque pour la santé et l'environnement.

Exemples :

- mouchoirs en papier, articles jetables, alèses ;
- vêtements, gants, tabliers, masques, charlottes opératoires utilisés, jetables ou non ;
- protections du plan de travail, y compris celles ayant absorbé de faibles quantités de liquides biologiques ;
- liquides biologiques à l'exception du sang et de ses dérivés ;
- seringues sans aiguille.

Pour l'emballage, on utilise des sacs en plastique solides. Les cabinets dentaires tombent sous le registre des « actes médicaux » (cf. « *OVAM handleiding* » consultable sur <http://www.ovam.be/>). Pour cette catégorie, il est permis de déposer les déchets médicaux *solides* ne présentant pas de risque dans les sacs de déchets ménagers et de les évacuer via le circuit d'élimination classique de ces déchets ménagers. Si le tri des déchets se déroule normalement, le risque que représente cette méthode de travail est minimal. D'ailleurs, le risque intrinsèque de ce flux de déchets est comparable aux déchets ménagers ordinaires et donc pratiquement négligeable. Si toutefois les règles de tri ne sont pas respectées, des risques importants peuvent survenir. C'est ainsi que des accidents se produisent souvent parce que des objets tranchants se retrouvent par erreur dans ces sacs de déchets.

En revanche, les **déchets de soins médicaux comportant un risque** comprennent les déchets qui constituent un danger intrinsèque pour la santé ou l'environnement en raison d'une pollution microbologique, radioactive ou toxique. De même, les déchets provenant d'une intervention médicale (p.ex., les déchets anatomiques) doivent, pour des raisons éthiques ou déontologiques, être considérés comme comportant un risque.

Exemples :

- le sang et les dérivés sanguins ;
- tous les objets tranchants ;
- les déchets anatomiques et pathologiques provenant d'interventions chirurgicales (p.ex. dents extraites, matériel de biopsie).

En matière d'emballage, il faut opter d'une part pour des récipients spéciaux pour objets tranchants (conteneurs à aiguilles), des récipients rigides pour les déchets liquides et pâteux à risque et des boîtes en carton tapissées d'un sac en plastique jaune pour les déchets médicaux solides à risque (tous ces récipients doivent porter un label UN). Ces récipients doivent en outre être pourvus d'autocollants d'identification indispensables permettant d'en pouvoir retrouver le producteur (jusqu'au niveau du cabinet). Le contrôle sur le tri des déchets n'est pour ce type de déchets plus possible étant donné que les récipients remplis sont fermés hermétiquement. En cas de mauvais tri des déchets, le producteur (dentiste) peut se trouver en sérieuse difficulté.

**Les déchets ménagers** sont des déchets produits durant les activités journalières normales non professionnelles. En font partie :

- les déchets administratifs pour autant qu'ils ne comportent pas de données identifiables de patients (confidentialité) ;
- les déchets d'emballage.

Concernant ce type de déchets et les obligations légales, les commentaires suivants doivent être faits : les déchets ménagers sont en principe inoffensifs pour autant qu'ils ne contiennent pas d'objets coupants et tranchants. De plus, ce type de déchets ménagers peut contenir de petits déchets dangereux tels que des piles. Un tri performant est la première exigence.

Les déchets solides peuvent être emballés dans les sacs de « déchets ménagers » classiques pour les déchets restants.

**Tableau 07 :** Directives concernant les déchets en Région flamande

GRUPE DECHETS	DESCRIPTION	EMBALLAGE	REMARQUES
<b>Déchets ménagers</b>	Déchets produits durant les activités journalières non professionnelles	Déchets solides déposés dans les sacs pour déchets ménagers	PAS pour les objets tranchants, les piles, les liquides, etc.
<b>Déchets de soins médicaux ne comportant pas de risque</b>	Déchets assimilables aux déchets ménagers mais qui, en raison de leur composition ou de la valeur qu'on leur accorde ne sont pas assimilables aux déchets ménagers	Déchets solides déposés dans les sacs pour déchets ménagers	PAS pour les déchets liquides ou pâteux (voir à risque)
<b>Déchets de soins médicaux à risque</b>	Déchets comportant un risque particulier (contamination microbiologique ou virale, intoxication ou blessure) ou déchets qui pour des raisons éthiques exigent un traitement particulier		
	<b>Objets tranchants</b>	Conteneur à aiguilles	
	<b>Déchets liquides/pâteux</b>	Réceptacle rigide, étanche, résistant aux piqûres et aux déchirures (cf. norme)	
	<b>Déchets solides</b>	Réceptacle rigide en plastique ou réceptacle en carton rigide à usage unique, résistant aux chocs, sûr à manipuler et contenant un sac intérieur jaune à usage unique.	

### 10.1.2 Situation en Région wallonne

En ce qui concerne la région wallonne, l'ancien décret cadre du 05/07/85 a été remplacé par le décret cadre du 27/06/96 – mieux connu sous le nom de « *Décret relatif aux déchets* » – et modifié par les décrets des 11/03/99 et 15/02/01. L'arrêté du 10/07/97 reprend le catalogue européen des déchets y compris un complément au sujet des déchets d'origine ménagère.

En ce qui concerne les déchets de soins, l'arrêté du 30/06/94 subdivise les déchets d'activités de santé en trois catégories.

Déchets d'activités hospitalières et de soins de santé : les déchets provenant des hôpitaux, des hôpitaux psychiatriques, des maisons de soins psychiatriques, des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, des laboratoires médicaux, des dispensaires médicaux, des cabinets de médecin, de dentiste ou de vétérinaire et de prestations de soins à domicile.

1. Déchets de classe A : les déchets hôteliers ou d'hébergement produits en dehors des zones d'hospitalisation et de soins, les déchets de cuisine et des services de restauration collective, les déchets administratifs.
2. Déchets de classe B1 : les déchets d'activités hospitalières et de soins de santé autres que les déchets de classe A et de classe B2, et comprenant notamment les déchets en provenance des unités de soins, des consultations et des services médico-techniques, ainsi que les déchets issus des laboratoires, à l'exception des déchets radioactifs.

Ceci correspond approximativement à la catégorie « *déchets médicaux ne comportant pas de risque* » de la législation flamande et à la catégorie « *déchets spécifiques non spéciaux* » de la Région de Bruxelles Capitale.

3. Déchets de classe B2 : les déchets infectieux provenant de patients qui, en raison du risque de contamination pour la communauté, doivent être soignés en isolement; les déchets de laboratoire présentant une contamination microbienne ; le sang et les dérivés de sang qui peuvent encore présenter une contamination microbienne ; les objets contondants ; les cytostatiques et tous les déchets de traitement cytostatique ; les déchets anatomiques ; les animaux de laboratoire.

Ceci correspond à la catégorie « *déchets médicaux à risque* » de la législation flamande et à la catégorie « *déchets spécifiques spéciaux* » de la Région de Bruxelles Capitale.

**Tableau 08 :** Directives concernant les déchets en Région wallonne

GRUPE DECHETS	DESCRIPTION	EMBALLAGE	REMARQUES
<b>Classe A</b>	Déchets produits durant les activités journalières non professionnelles	Déchets solides déposés dans les sacs pour déchets ménagers	PAS pour les objets tranchants, les piles, les liquides, etc.
<b>Classe B1</b>	Déchets assimilables aux déchets ménagers mais qui, en raison de leur composition ou de la valeur qu'on leur accorde ne sont pas assimilables aux déchets ménagers	Déchets solides déposés dans les sacs pour déchets ménagers	
<b>Classe B2</b>	Déchets comportant un risque particulier (contamination microbiologique ou virale, intoxication ou blessure) ou déchets qui pour des raisons éthiques exigent un traitement particulier		
	<b>Objets tranchants</b>	Conteneur à aiguilles	
	<b>Déchets liquides/pâteux</b>	Réceptacle rigide, étanche, résistant aux piqûres et aux déchirures (cf. norme)	
	<b>Déchets solides</b>	Réceptacle rigide, étanche, résistant aux piqûres et aux déchirures (cf. norme)	

### 10.1.3 Situation dans la région de Bruxelles-Capitale

Dans la région bruxelloise, un certain nombre de textes légaux régissent de manière analogue la gestion des déchets. Parmi ces textes figure notamment l'Arrêté royal du 08/03/89 créant l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement (IBGE), modifié par l'Ordonnance du 27/04/95.

La prévention et la gestion des déchets sont régies par l'Ordonnance du 07/03/91, modifiée par l'ordonnance du 18/05/2000. Cette ordonnance est d'application pour tous les déchets, y compris les déchets toxiques. Le concept de déchets est également repris de la directive européenne. La classification des déchets de soins médicaux en Région bruxelloise correspond à celle de la Wallonie.

La catégorie « déchets ménagers » de la législation flamande et la classe A de la législation wallonne correspondent à la catégorie « déchets non spécifiques » ou « déchets assimilables aux déchets ménagers ».

Le groupe « déchets spécifiques non spéciaux » correspond aux déchets de classe B1 dans la législation wallonne et la catégorie « déchets médicaux ne comportant pas de risque » de la législation flamande.

Sous « déchets spéciaux » sont regroupés les déchets correspondant aux déchets de classe B2 dans la législation wallonne et la catégorie « déchets médicaux à risque » de la législation flamande.

**Tableau 09:** Directives concernant les déchets dans la région de Bruxelles-Capitale

<b>GROUPE DECHETS</b>	<b>DESCRIPTION</b>	<b>EMBALLAGE</b>	<b>REMARQUES</b>
<b>Déchets non spécifiques</b>	Déchets produits durant les activités journalières non professionnelles	Déchets solides déposés dans les sacs pour déchets ménagers	PAS pour les objets tranchants, les piles, les liquides, etc.
<b>Déchets spécifiques non spéciaux</b>	Déchets assimilables aux déchets ménagers mais qui, en raison de leur composition ou de la valeur qu'on leur accorde ne sont pas assimilables aux déchets ménagers	Sacs en plastique gris	
<b>Déchets spéciaux</b>	Déchets comportant un risque particulier (contamination microbologique ou virale, intoxication ou blessure) ou déchets qui pour des raisons éthiques exigent un traitement particulier		
	<b>Objets tranchants</b>	Conteneur à aiguilles	
	<b>Déchets liquides/pâteux</b>	Réceptacle rigide, étanche, résistant aux piqûres et aux déchirures (cf. norme)	
	<b>Déchets solides</b>	Soit réceptacle rigide, étanche Soit sacs résistants aux piqûres et aux déchirures (cf. norme) ou emballage semi-rigide jaune	

#### 10.1.4 Remarques

- Tous les récipients doivent satisfaire aux normes prescrites conformément à la législation.
- Si des déchets à risque et non à risque sont mélangés, tous les déchets doivent être évacués par le circuit des déchets à risque.
- Les récipients doivent être étiquetés conformément à la législation.
- Le producteur de déchets est responsable durant tout le trajet, depuis la production jusqu'à l'incinération des déchets.

Des informations pratiques (législations, organismes, contacts) sont mentionnées à l'annexe 05 de l'avis CSS 8279.

Un aperçu des dispositions légales en la matière peut être consulté également à l'annexe 1 de l'avis 5109 « Recommandations en matière de gestion des déchets de soins de santé » (<http://www.css-hgr.be/> , pour une consultation aisée introduisez « **5109** » comme mot-clé).

## 10.2 Risques supplémentaires

Outre les risques microbiens, il faut parfois tenir compte de risques supplémentaires tels que l'atteinte à la vie privée, la toxicité (p.ex. restes d'amalgame et révélateurs), la radioactivité. Un aperçu des dispositions légales en la matière peut également être consulté à l'annexe 1 de l'avis « Recommandations en matière de gestion des déchets de soins de santé » (CSS 5109, 2005). Ce document est disponible sur le site internet du CSS (<http://www.css-hgr.be/>, pour une consultation aisée introduisez « **5109** » comme mot-clé).

## 10.3 Stockage et enlèvement des déchets

Le stockage et l'enlèvement s'effectuent conformément à la législation.

- Stockage :
  - o entrepôt fermé, couvert, frais et sans animaux nuisibles ;
  - o facile à nettoyer, désinfecter et aérer ;
  - o séparé des locaux de séjour et de vie ;
  - o séparé du stockage du matériel propre ;
  - o uniquement accessible aux personnes autorisées.
  
- Enlèvement :

Les déchets à risque doivent être enlevés et traités par une personne agréée pour l'enlèvement et le traitement.

### GESTION DES DECHETS

#### EN RESUME

- ✓ **Prévenir les accidents dus aux objets tranchants et coupants.**
- ✓ Produire le **moins possible** de déchets.
- ✓ **Trier** les déchets en fonction du risque.
- ✓ Utiliser les **réipients corrects** pour le stockage.
- ✓ Les déchets médicaux non à risque sont assimilables aux déchets ménagers.
- ✓ Eliminer les objets tranchants et coupants uniquement via **des conteneurs à aiguilles.**
- ✓ Les déchets à risque doivent être enlevés par une **personne agréée pour l'enlèvement et le traitement.**

## 11. ORGANISATION DU TRAVAIL

Voir également Annexe 01.

### 11.1 Avant de débiter la séance de soins

- Revêtir des vêtements de travail adéquats ; ranger les vêtements civils séparément des vêtements de travail.
- Préparer les dossiers et autres documents dans la zone administrative.
- Se laver et se désinfecter les mains après avoir enlevé montre et bijoux.
- Mettre en action les conduites d'arrivée d'eau durant 20 - 30 secondes.

### 11.2 Préparation pour le premier patient

- Placer le film de protection et les alèses.
- Placer les embouts sur la seringue multifonction, la pompe à salive et l'aspiration chirurgicale.
- Préparer les appareils nécessaires et les munir d'une housse de protection.
- (Ne) préparer sur la protection du plan de travail ou le plateau (que) les instruments et le matériel nécessaires.
- Préparer la pince de transfert (éventuelle) pour la préhension d'autres instruments ou produits.
- Préparer le matériel jetable à usage unique, uniquement en quantité nécessaire pour le traitement prévu.
- Préparer les produits :
  - utiliser autant que possible des emballages « *uni-dose* » prédosés (ce qui évite une contamination croisée, limite le nettoyage et la désinfection et garantit une qualité de produit constante) ;
  - si cela ne s'avère pas possible ou souhaitable : placer la quantité nécessaire dans un godet Dappen ou un récipient (jetable) (si nécessaire opaque) ou sur un bloc de mélange.

### 11.3 Durant les soins au patient

- Accueillir le patient, l'installer et le couvrir d'une blouse/serviette de protection (éventuellement des lunettes de protection).
- Inviter le patient à se rincer la bouche avec une solution désinfectante.
- Placer le masque buccal et les lunettes de protection.
- Se désinfecter les mains à la SHA.
- Enfiler des gants.
- Eviter autant que possible de toucher des surfaces, les boutons de commande, l'appareillage à rayons X, les vêtements, le téléphone, le matériel d'écriture, etc.
- Utiliser une digue en caoutchouc lors d'intervention avec des instruments rotatifs (si possible).
- Utiliser au maximum l'aspirateur chirurgical en cas d'intervention avec des instruments rotatifs ou de détartrage.
- Pour les produits conditionnés en tube ou en flacon, utiliser toujours un instrument propre à chaque prélèvement, y compris au moment de s'en resservir. Pour ce faire on peut utiliser éventuellement un applicateur jetable (renouvelé à chaque fois).
- Utiliser la pince à instruments pour saisir d'autres instruments, du matériel et du matériel jetable.
- Enlever les gants avant de déplacer (éventuellement) des appareils ou de répondre au téléphone ou au parlophone (si ces derniers ne sont pas protégés) ; ensuite enfiler de nouveaux gants.

## 11.4 Après chaque phase de soins

- Enfiler des gants, de préférence des gants ménagers.
- Les objets tranchants sont éliminés via le conteneur à aiguilles.
- Les déchets à rassembler séparément sont éliminés selon les prescriptions (p.ex. les résidus d'amalgame).
- Tous les autres déchets sont rassemblés et éliminés.
- Le matériel jetable n'est pas réutilisé : les surplus éventuels préparés et non utilisés (p.ex. rouleaux d'ouate) sont éliminés.
- Les instruments sont rassemblés et amenés dans le local d'entretien.
- Les flacons et tubes sont désinfectés à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) et rangés à nouveau.
- Les conduites d'évacuation (pompe à salive, aspiration chirurgicale et crachoir) sont irriguées.
- Les housses de protection sont éliminées.
- Les parties non protégées du fauteuil, poignées, boutons poussoirs, appareils, tablette de travail, etc. sont désinfectées à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) (si des souillures visibles sont présentes, elles sont d'abord enlevées au moyen de mouchoirs en papier absorbants) en allant de la zone la moins souillée à la zone la plus souillée.
- Les appareils qui ne seront pas utilisés chez le patient suivant sont rangés (après désinfection et élimination du film de protection).

## 11.5 Préparation pour le patient suivant

- Placer le film de protection et les alèses.
- Placer les embouts sur la seringue multifonction, sur la pompe à salive et sur l'aspiration chirurgicale.
- Préparer les appareils nécessaires et les munir d'une housse de protection.
- (Ne) préparer sur la protection du plan de travail ou le plateau (que) les instruments et le matériel nécessaires.
- Préparer la pince de transfert pour la préhension (éventuelle) d'autres instruments ou produits.
- Préparer le matériel jetable à usage unique, uniquement en quantité nécessaire pour le traitement prévu.
- Préparer les produits :
  - Utiliser autant que possible des emballages « *uni-dose* » pré-dosés (ce qui évite une contamination croisée, limite le nettoyage et la désinfection et garantit une qualité de produit constante).
  - Si cela ne s'avère pas possible ou souhaitable : placer la quantité nécessaire dans un godet Dappen ou un récipient (jetable) (si nécessaire opaque) ou sur un bloc de mélange.
- Accueillir le patient, l'installer et le couvrir d'une blouse/serviette de protection.
- Inviter le patient à se rincer la bouche avec une solution désinfectante.



## 11.6 A la fin d'une série de soins

- Enfiler des gants, de préférence des gants ménagers.
- Les instruments sont nettoyés (de préférence non manuellement), séchés, emballés (le cas échéant) et désinfectés ou stérilisés en fonction du champ d'application (désinfection thermique / autoclave) (dans le local d'entretien).
- Les instruments sont ensuite stockés à l'abri de la poussière et au sec dans des armoires et des tiroirs. A cet égard, le principe FIFO (*First In First Out*) est appliqué.
- Les conduites d'évacuation (pompe à salive, aspiration chirurgicale et crachoir) sont irriguées au moyen d'un produit adéquat (cf. prescription du fabricant).
- Les déchets sont stockés de manière étanche et sûre (endroit fermé) jusqu'à l'enlèvement.
- Le fauteuil et le mobilier subissent un nettoyage ménager.
- Le cabinet est nettoyé.

## 11.7 Entretien périodique

- Les filtres des tuyaux d'aspiration sont régulièrement contrôlés, nettoyés et remplacés.
- Les conduites d'eau de l'installation dentaire sont régulièrement désinfectées selon les prescriptions du fabricant.
- Les autres instruments et appareils (appareils de désinfection des instruments et empreintes, appareils pour lubrifier les pièces à main et contre-angles, autoclave, etc.) sont également régulièrement contrôlés et entretenus selon les prescriptions du fabricant.

## 12. ACTES SPECIFIQUES

### 12.1 Clichés radiologiques

Voir également Annexe 02.

Lors de la réalisation et de l'insertion / développement de clichés radiologiques, il existe un réel danger de transmission d'agents infectieux. Ces actes requièrent dès lors une attention particulière.

○ **Généralités :**

- Prendre les clichés en ayant recours à une **assistance** de sorte que les actes « contaminés » et « non contaminés » puissent être séparés.

○ **Proposition de procédure envisageable avec deux personnes :**

La procédure est réalisée par deux personnes différentes avec une répartition des tâches clairement délimitée.

- Enfiler des gants (personne 1).
- Régler le panneau de commande de l'appareil à RX (personne 2).
- Utiliser un film ou une housse de protection pour la radiographie, la plaque ou le senseur lors du positionnement dans la cavité buccale (p.ex. radiographies préemballées dans une housse déchirable).
- Placer le film ou le senseur dans la cavité buccale, éventuellement au moyen d'un porte-film (personne 1).
- Positionner l'appareil à RX et enclencher l'appareil (personne 2).
- Retirer le film ou le senseur de la cavité buccale (personne 1).
- Retirer le film ou la housse et laisser tomber la radiographie ou le senseur sur un mouchoir en papier propre (personne 1).
- Si aucun film ou aucune housse de protection n'a été utilisé, la photo doit être nettoyée et désinfectée à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) et placée sur un deuxième mouchoir en papier (propre) sans la toucher avec des gants souillés (personne 1).
- Immerger le porte-film dans un récipient contenant de l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) (personne 1).
- Développer le film ou traiter le cliché (personne 2).
- Répéter pour des clichés supplémentaires.

○ **Proposition de procédure envisageable en l'absence de toute assistance :**

- Régler le panneau de commande de l'appareil à RX.
- Enfiler des gants.
- Utiliser un film ou une housse de protection pour la radiographie, la plaque ou le senseur lors du positionnement dans la cavité buccale (p.ex. radiographies préemballées dans une housse déchirable).
- Placer le film ou le senseur dans la cavité buccale éventuellement au moyen d'un porte-film.
- Enlever un gant ou utiliser un mouchoir en papier (interposé) pour positionner le cône et commander l'appareil à RX.
- Enfiler à nouveau un gant ou éliminer le mouchoir en papier.
- Retirer le film ou le senseur de la cavité buccale.
- Retirer le film ou la housse et laisser tomber la radiographie ou le senseur sur un mouchoir en papier propre.
- Si aucun film ou aucune housse de protection n'a été utilisée, la photo doit être nettoyée et désinfectée à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) et placée sur un deuxième mouchoir en papier (propre) sans la toucher avec des gants souillés.

- Immerger le porte-film dans un récipient contenant de l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol).
- Retirer les gants.
- Développer le film et/ou traiter le cliché.
- Répéter pour des clichés supplémentaires.

## 12.2 Prothèse dentaire

Lors d'actes prothétiques, un certain nombre de questions prioritaires spécifiques se posent en matière de maîtrise des infections.

### 12.2.1 Empreintes

Les collaborateurs d'un laboratoire de prothèse dentaire courent un risque de contamination lorsqu'ils manipulent des empreintes sans désinfection préalable. En outre, des micro-organismes peuvent également être transmis de cette façon à partir de pièces de prothèse dentaire (via du matériel de prothèse contaminé) d'un patient à l'autre (ou au prestataire de soins).

Ce risque est évité par :

- des **conventions** claires avec le laboratoire de prothèse dentaire concernant la désinfection des empreintes ;
- le mode opératoire suivant :
  - l'empreinte est soigneusement **rincée** à l'eau afin d'éliminer la salive et les résidus de sang ;
  - l'empreinte est **immergée** 5 minutes dans une solution chlorée de 1.000 ppm (ce qui correspond à une dilution de 1:30 d'Eau de Javel à 10°-12° chlorométriques et qui contient 0,1 % de chlore actif). Rincer ensuite à l'eau.  
Attention ! L'alginat peut subir des modifications de structure lors de l'immersion. Il faut respecter les instructions du fabricant concernant la désinfection de l'empreinte. En l'absence de recommandations, il est conseillé d'immerger 5 minutes dans une solution chlorée de 1.000 ppm et de rincer immédiatement ;
  - il existe sur le marché des appareils permettant de désinfecter les empreintes de manière (semi)automatique. Ils utilisent une combinaison de glutaraldéhyde et d'ammonium quaternaire. Les instructions du fabricant doivent être scrupuleusement suivies ;
  - après désinfection, l'empreinte est placée dans un **sachet en plastique** ;
  - un autocollant avec la mention « désinfecté » est éventuellement apposé ;
- les porte-empreintes réutilisables sont nettoyés et désinfectés. Cela peut être réalisé dans un thermo-désinfecteur ou à l'aide d'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol).

### 12.2.2 Bain-marie

L'eau présente dans ce bain se contamine :

- par immersion de matériel et objets ayant été en contact (in)direct avec la cavité buccale du patient (p.ex. cire dentaire, précelle, etc.) ;
- via aérosol, projections et particules ;
- à la suite de périodes de stagnation à température ambiante (formation d'un biofilm).

C'est la raison pour laquelle les précautions suivantes sont d'application :

- immerger le matériel en utilisant une **précelle** ;
- **éviter** d'immerger à nouveau du matériel ayant **déjà été dans la bouche** ;

- après chaque usage, l'eau du bain est portée à **95°C** durant **5 minutes** ;
- **vider et nettoyer** le bain-marie **après chaque séance**.

Une alternative préférable consiste en l'utilisation d'une bouilloire électrique pour porter l'eau à température et la verser ensuite dans un autre récipient. Ce récipient est utilisé une seule fois (et donc jeté) ou désinfecté après chaque patient.

### **12.2.3 Pièces de prothèse dentaire**

Les pièces de prothèse dentaire sont de natures assez diverses et sont complexes quant au design et aux matériaux utilisés. La transmission d'agents infectieux est possible par cette voie lorsque la pièce est mise en place dans la bouche du patient et ensuite expédiée au laboratoire de prothèse dentaire pour correction ou finition. Les réparations d'éléments prothétiques déjà portés comportent un risque important de transmission de germes.

**Toute** pièce de prothèse dentaire doit dès lors être **désinfectée**, de préférence tant avant son départ vers le labo (ou à son arrivée au labo – procédure à convenir) qu'avant sa mise en place dans la cavité buccale.

La plupart des pièces peuvent être désinfectées à l'**alcool à 70 %** (éthanol ou isopropanol).

Le laboratoire de prothèse dentaire devra lui aussi respecter un protocole d'hygiène strict afin d'éviter p.ex. la contamination des brosses à polir, pâtes abrasives, meules, fraises, etc. Si le prestataire de soins réalise lui-même de petits actes de prothèse dentaire, il devra lui aussi, dans ces conditions, appliquer de manière stricte les précautions générales. Pour les travaux de fraisage, l'utilisation d'un « système d'aspiration des poussières » pour éviter la volatilisation des poussières de fraisage (contaminées) est conseillée. Les fraises et les brosses à polir sont traitées comme décrit au point 6.4.2.

## **12.3 Pratique orthodontique**

### **12.3.1 Précautions générales**

Pour les soins orthodontiques, les précautions générales sont également d'application sans aucune exception.

- Tous les instruments utilisés et introduits dans la bouche doivent être nettoyés et désinfectés. Les pinces orthodontiques sont soigneusement nettoyées (avec une attention particulière pour le point d'articulation) et séchées. Elles sont ensuite autoclavées ou au moins immergées dans une solution d'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol) durant 10 à 15 minutes dans un récipient fermé. La thermo-désinfection représente une bonne alternative.
- Les pièces à main et contre-angles sont préparés pour une utilisation chez le patient suivant comme décrit au chapitre 6 (paragraphe 6.4.1). L'autoclavage est nécessaire.

### **12.3.2 Empreintes et matériel orthodontique**

Pour les empreintes et le matériel orthodontique, des prescriptions telles que décrites au paragraphe 12.2 sont d'application.

### **12.3.3 Aspects spécifiques**

Le matériel tel que gouttières, fils et plaquettes (*brackets*) qui est resté brièvement dans la bouche du patient (p.ex. lors d'un essai) et qui sera ensuite réutilisé doit être soigneusement nettoyé et désinfecté, de préférence par autoclavage. Ceci ne vaut bien entendu pas pour l'appareillage orthodontique porté durant une longue période par le patient.

## 12.4 Interventions chirurgicales

### 12.4.1 Généralités

Les interventions chirurgicales sont décrites comme étant des interventions au cours desquelles la barrière du périoste est franchie (p.ex. résection apicale, placement d'implants, etc.) ou lorsque des zones corporelles stériles sont ouvertes. L'extraction dentaire classique n'est pas reprise dans ces interventions.

Les précautions générales doivent être respectées de manière stricte.

**Une assistance** est indispensable pour réaliser des interventions chirurgicales en tenant compte de tous les aspects en matière de maîtrise des infections.

### 12.4.2 Hygiène des mains

*(Repris partiellement de l'avis CSS 8349, adapté à la pratique dentaire)*

Lors de la réalisation d'interventions chirurgicales, il est impératif de réaliser une **désinfection chirurgicale** des mains. Celle-ci détruit la flore transitoire, réduit la flore résidente et freine le développement des micro-organismes sur les mains. Outre l'effet bactéricide immédiat, cette désinfection des mains vise un effet prolongé de deux à quatre heures et diminue le risque de contaminer le site opératoire via les mains des opérateurs.

Actuellement, la désinfection avec une solution hydro-alcoolique est la seule technique recommandée vu la faible efficacité des savons antiseptiques dans cette indication et compte tenu du non-respect fréquent du protocole de désinfection chirurgicale par lavage au savon antiseptique.

- Technique de désinfection chirurgicale des mains
  - Au préalable :
    - les mains et avant-bras sont libres de tout bijou (tel que bague, bracelet et montre) ;
    - les ongles des mains sont propres et coupés courts. Les faux ongles et le vernis ne sont pas autorisés ;
    - des mesures telles que le port d'un bonnet ou d'un masque s'effectuent au préalable afin de ne plus devoir toucher le visage ou les cheveux.
  - Technique :

L'étape préalable facultative du lavage des mains et des avant-bras avec du savon liquide devient obligatoire si les mains sont macroscopiquement souillées.

Un cure-ongle (ainsi qu'une brosse douce ou un coupe-ongle) n'est utilisé que si les ongles sont souillés.

**Lavez** les mains et les avant-bras de la façon suivante :

- Ouvrez le robinet.
- Mouillez les mains et les avant-bras jusqu'aux coudes sous l'eau courante à débit moyen et température moyenne.
- Prenez une dose de savon dans la paume de la main en appuyant une fois sur le levier du distributeur.
- Frictionnez les mains, les poignets et ensuite les avant-bras de manière à atteindre toutes les parties :
  - paume contre paume ;
  - paume de la main droite sur le dos de la main gauche et vice versa ;
  - paume contre paume en imbriquant les doigts des deux mains ;

- placez la face arrière des doigts dans la paume de la main opposée et frictionnez les doigts par un mouvement aller / retour contre cette paume ;
  - frictionnez le pouce de chaque main avec la paume de l'autre main ;
  - frictionnez le bout des doigts de chaque main en tournant dans la paume de l'autre main ;
  - entourez le poignet et l'avant-bras de chaque bras et frictionnez soigneusement avec l'autre main.
- Rincez les mains et les avant-bras abondamment afin d'éliminer la saleté et les restes de savon. Veillez à ce que les mains soient toujours placées plus haut que les coudes afin de prévenir tout reflux de l'eau de rinçage sur les mains.
  - Fermez le robinet en évitant de recontaminer les mains.
  - Séchez les mains et les avant-bras en les tamponnant au moyen d'une serviette en papier en commençant par les doigts, la paume de la main et ensuite le poignet et l'avant-bras en dernier lieu.

### **Désinfection chirurgicale des mains par friction à la SHA**

Le temps de contact dépend du produit utilisé. La technique reste identique quel que soit le produit choisi.

Séquence de réalisation de la désinfection chirurgicale des mains et avant-bras (voir également figure 01) : *avant-bras* ⇒ *poignets* ⇒ *mains*

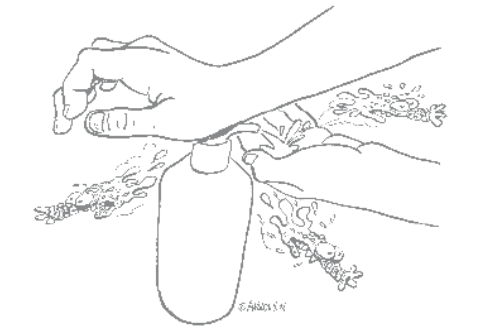
- Enclencher le chronomètre ou surveiller l'heure (la durée de la procédure est fonction du temps nécessaire au produit utilisé pour satisfaire aux exigences de la norme EN 12791; cette durée est spécifiée par le fabricant).
- Prenez une quantité suffisante de SHA dans la paume de la main afin que la peau reste humide durant le temps exigé et l'exécution complète de la technique.
- Humidifiez l'avant-bras (jusqu'au coude), le poignet et la main au moyen d'une SHA.
- Répétez l'opération sur l'avant-bras, le poignet et la main du bras opposé.
- Procédez systématiquement: avant-bras gauche et poignet gauche avec la main droite; avant-bras droit et poignet droit avec la main gauche. Prenez assez fréquemment (3 à 4 fois) une quantité suffisante de désinfectant afin d'atteindre toutes les parties.
- Désinfectez ensuite les mains selon la technique standard. Prenez une quantité suffisante de SHA et frictionnez les mains de la manière suivante :
  - paume contre paume ;
  - paume de la main droite sur le dos de la main gauche et vice versa ;
  - paume contre paume en imbriquant les doigts des deux mains ;
  - placez la face arrière des doigts dans la paume de la main opposée et frictionnez les doigts par un mouvement aller/retour contre cette paume ;
  - frictionnez le pouce de chaque main avec la paume de l'autre main ;
  - frictionnez le bout des doigts de chaque main en tournant dans la paume de l'autre main.
- Continuez à frictionner jusqu'à ce que la peau soit sèche.
- Maintenez toujours les mains au-dessus du niveau du coude.

**Attention** : les mains doivent être totalement sèches avant l'enfilage des gants.

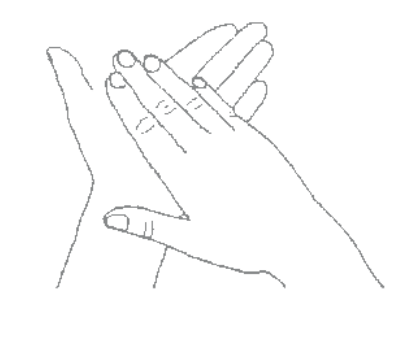
**Figure 01** : Désinfection chirurgicale des mains et des avant-bras (d'après l'avis CSS 8349, 2008)

**Durée totale : 30 secondes**

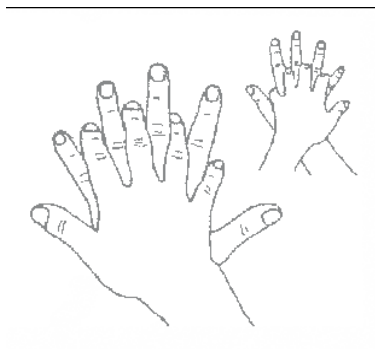
**Etape 1** : Prenez une quantité suffisante de solution hydro-alcoolique et frictionnez les mains.



**Etape 2** : Paume contre paume.



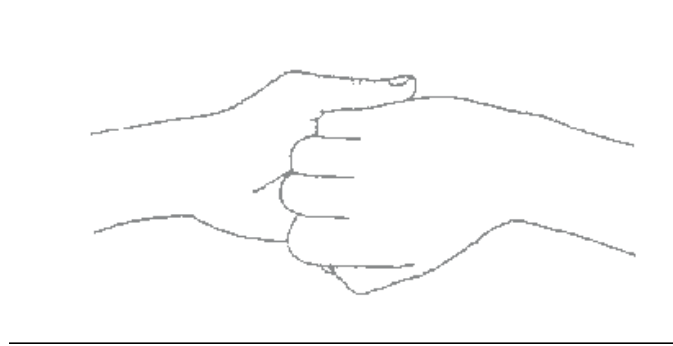
**Etape 3** : Paume de la main droite sur le dos de la main gauche et inversement.



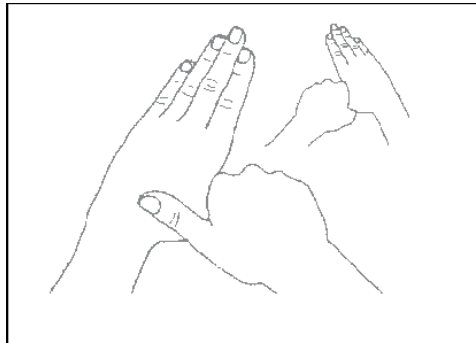
**Etape 4** : Paume contre paume avec les doigts entrelacés.



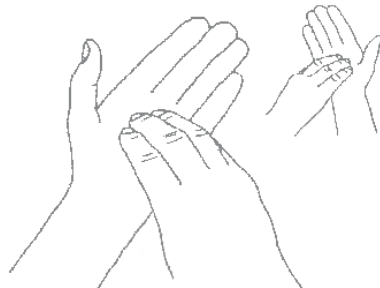
**Etape 5** : Placer le dos des doigts dans la paume de la main opposée et exercer un mouvement d'aller retour latéral.



**Etape 6** : Le pouce de la main gauche par rotation dans la paume droite fermée et vice et versa.



**Etape 7** : Le bout des doigts de la main droite par rotation contre la paume gauche et vice et versa.



#### ▪ Equipements

Le **lave-mains** est dans la mesure du possible muni d'un robinet qui peut être actionné sans contact avec les mains (p.ex. par le poignet ou le coude, par le genou, par le pied, par un œil électronique, etc.). L'eau ne peut pas provoquer d'éclaboussures lorsqu'elle s'écoule dans le lave-mains. Si le robinet est équipé d'un brise-jet, il faut élaborer et appliquer une procédure de détartrage et désinfection de cet équipement.

Les **distributeurs de savon** sont fixés au mur et délivrent les produits en dose unitaire. Les récipients contenant le savon doivent être à usage unique et être jetés après usage.

Les **distributeurs de serviettes** sont fixés au mur et délivrent des serviettes à usage unique. Un sac à déchets à usage unique et de taille suffisante est prévu pour chaque lave-mains. Le support pour le sac à déchets est dépourvu de couvercle ou dispose d'un couvercle pouvant être ouvert sans utiliser les mains.



Les **distributeurs de SHA** doivent être placés au plus près du point d'utilisation ou de dispensation de soins.

Chacun de ces équipements doit être régulièrement nettoyé.

L'**eau de distribution** satisfait au lavage des mains.

Après avoir été lavées, les mains doivent être séchées au moyen d'une **serviette à usage unique** propre, douce et prélevée au distributeur de serviettes.

Les séchoirs à air chaud doivent être interdits dans les secteurs de soins.

- Produits

La SHA pour réaliser une friction chirurgicale doit satisfaire à la norme EN 12791.

Lors de l'élaboration des « *Recommandations en matière d'hygiène des mains durant les soins* (CSS 8349, 2009) » par le groupe de travail du CSS, celui-ci a considéré qu'il était très utile pour les gens de terrain de pouvoir disposer d'une liste ouverte (positive) des solutions hydro-alcooliques (SHA) disponibles en Belgique. Les différents fabricants et distributeurs contactés ont été invités à faire connaître les caractéristiques précises de leurs produits en regard des exigences particulières figurant dans la norme EN 12791. Les données collectées ont été rassemblées ; elles doivent être considérées comme étant partielles et uniquement informatives. Cette liste se trouve uniquement sur le site Internet du CSS et est remise à jour périodiquement.

**Pour une consultation aisée de cette liste :**

- rendez vous sur le site *Internet* du CSS (<http://www.css-hgr.be/>) ;
- choisissez la langue (FR) ;
- choisissez « *Publications > Moteur de recherche* » ;
- choisissez « *Une sélection des publications* » ;
- introduisez « 8349 » dans le moteur de recherche (« *Contains:* ») ;
- cliquez sur « *Search* » ;
- sur l'écran de réponse, optez pour le second item (avec les [*Annexes de 1 à 7*]) ;
- la liste est reprise à l'*annexe n°5*.

### **12.4.3 Protections personnelles**

- **Bonnets :**

Lors d'interventions chirurgicales, les cheveux sont complètement couverts par le port d'un bonnet chirurgical.

- **Vêtements :**

Les vêtements sont complètement couverts par une sur-blouse stérile à manches longues.

- **Gants :**

Les interventions chirurgicales sont réalisées en portant des gants stériles à usage unique. Ces gants sont fournis emballés par paire et sont enfilés de telle manière qu'à aucun moment la face externe ne soit contaminée (voir également figure 02).

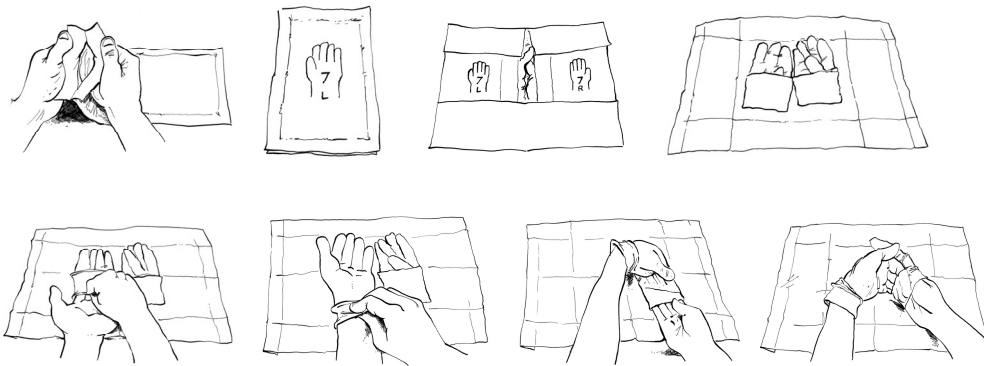
Les gants sont enfilés après avoir placé le bonnet et le masque buccal, avoir revêtu la sur-blouse et avoir réalisé l'hygiène des mains.

Après avoir enfilé les gants stériles, seuls les objets et surfaces stériles seront touchés.

**Figure 02 :** Mise en place des gants stériles jetables avant une intervention chirurgicale (d'après l'avis CSS 8349, 2009)

En ce qui concerne la mise place de gants stériles, le CSS recommande de suivre la séquence suivante :

1. Ouvrez l'emballage.
2. Saisissez l'emballage intérieur.
3. Ouvrez l'emballage sans toucher la face intérieure.
4. Dépliez toutes les faces latérales de l'emballage sans toucher les gants. Rabattez éventuellement le bord inférieur afin d'éviter que l'emballage ne se referme à nouveau.
5. Avec la main droite, prenez le gant gauche au niveau de la manchette rabattue et glissez la main gauche dans le gant.
6. Couvrez ainsi la main gauche avec le gant gauche tout en conservant la manchette rabattue.
7. A l'aide de la main gauche gantée, prenez le gant droit à l'aide des doigts de la main gauche en le saisissant par-dessous la manchette.
8. Glissez la main droite dans le gant droit.
9. Rabattez complètement la manchette avec les doigts de la main gauche sans toucher la peau.
10. Rabattez complètement la manchette avec les doigts de la main droite sans toucher la peau.
11. Adaptez du mieux possible les extrémités des doigts des gants avec les extrémités des doigts des deux mains.



#### **12.4.4 Traitement des instruments**

Tous les instruments utilisés lors d'une intervention chirurgicale doivent être stériles.

Les instruments sont soigneusement nettoyés, rincés et séchés, emballés et stérilisés, de préférence en autoclave. Les instruments sont emballés dans des sacs laminés, des plateaux à instruments ou des bacs et conservés non ouverts dans un environnement exempt de poussières et sec jusqu'au moment de leur utilisation.

Les instruments sont placés sur un champ stérile.

Lorsqu'on utilise le refroidissement pour les instruments rotatifs, ce dernier doit être réalisé de manière stérile et être amené par une conduite stérile.

## ACTES SPECIFIQUES

### EN RESUME

- ✓ Pour certains actes spécifiques, des précautions complémentaires et/ou spécifiques doivent être prises.
- ✓ La réalisation et le développement / la lecture de **clichés radiologiques** s'effectuent de préférence avec une assistance. On utilise une housse de protection et/ou un film si possible ou on désinfecte à l'alcool à 70 % (éthanol ou isopropanol).
- ✓ Des conventions claires doivent être établies avec le laboratoire de prothèse dentaire ou d'orthodontie au sujet des précautions d'hygiène.
- ✓ **Les empreintes et les pièces de prothèse dentaire / orthodontique** sont désinfectées avant d'être envoyées au labo.
- ✓ **Le bain-marie** est porté après chaque patient à une température élevée (à 95°C durant 5 minutes) et vidé à la fin de la séance de traitement ou on utilise une bouilloire électrique et un récipient séparé à usage unique ou à désinfecter.
- ✓ **Pour les interventions chirurgicales**, des mesures complémentaires sont prises en matière de protections personnelles, d'hygiène des mains, de champ de travail et d'instruments.

## 13. Situations particulières

### 13.1 Patients à défenses immunitaires réduites

Les soins aux personnes à défenses immunitaires réduites nécessitent l'application stricte des précautions générales. Il s'agit des personnes à immunodéficience pharmaco-induite (transplantation, traitement aux corticoïdes, etc.), avec troubles immunitaires naturels ou un trouble immunitaire consécutif à une infection (par exemple à HIV).

Des précautions complémentaires peuvent s'imposer dans le cas d'une très faible résistance aux infections et sont toujours appliquées en association avec les précautions générales. En particulier, la transmission par aérosol, projections et gouttelettes mérite une attention supplémentaire. Il est préférable d'éviter l'utilisation d'instruments rotatifs et/ou de grattoirs à tartre (*scalers*) à ultrasons dans ce type de situations. On recommande de choisir une instrumentation manuelle ou de postposer le traitement envisagé à une période où la résistance immunitaire se sera améliorée. Etant donné la longue durée de suspension des particules dans l'air ambiant du cabinet, ces patients sont de préférence traités au début de la journée de travail.

### 13.2 Patients avec suspicion d'infection ou à infection confirmée

A ce propos, une distinction doit être opérée entre les types de contagiosité :

– **Affections transmissibles par le sang :**

les précautions générales sont suffisantes dans ce cas. Le praticien sera (comme toujours) prudent afin d'éviter les accidents par piqûres ou lésions dus aux objets coupants et tranchants utilisés pour le patient et portera des gants en cas de contact avec tout liquide biologique.

– **Infections cutanées ou lésionnelles transmissibles par contact (direct ou indirect) :**

les patients contaminés par des micro-organismes à l'origine d'infections cutanées ou de lésions difficiles à traiter (p.ex. MRSA (*Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*)) devront, en cas de complication infectieuse, séjourner en milieu hospitalier et y recevoir les soins appropriés. Ces patients sont maintenus en isolement. Les porteurs éventuels de micro-organismes seront éventuellement amenés à consulter le dentiste. Les précautions générales sont suffisantes dans ce cas de figure.

– **Infections dues à des agents infectieux transmissibles via l'air, par voie aéroportée ou via des gouttelettes :**

chez ces patients (par ex., en cas de tuberculose ouverte) des précautions supplémentaires devront être prises. Si possible, le traitement doit être postposé jusqu'au moment où la période infectieuse est terminée. Dans le cas contraire, le traitement doit être réalisé de préférence en milieu hospitalier et il doit être fait usage de masques de protection respiratoire répondant à la norme EN 149:2001.

### 13.3 Prestataire de soins présentant une contamination connue ou à défenses immunitaires réduites

Un prestataire de soins est responsable, en accord avec son médecin traitant, de la prise des mesures nécessaires lorsqu'il est lui-même porteur d'une affection transmissible.

En fonction du type d'affection et du risque estimé de transmission, une adaptation des mesures de précautions ou une interruption (temporaire) des soins dentaires aux patients peut s'avérer nécessaire.

## SITUATIONS PARTICULIERES

### EN RESUME

Des compléments aux précautions générales peuvent être nécessaires en cas de :

- ✓ Patients avec défenses immunitaires réduites.
- ✓ Patients à suspicion d'infection ou à infection confirmée.
- ✓ Prestataire de soins présentant une infection connue ou à défenses immunitaires réduites.

## 14. Incident potentiellement contaminant

Le CSS a élaboré des recommandations en matière d'accidents consécutifs à des piqûres ou à des projections ainsi qu'à des contacts sanguins accidentels (sous la référence **CSS n° 8429**). Il est recommandé de consulter le site Internet du CSS.

### 14.1 Aperçu de la situation

On parle d'un incident potentiellement contaminant lorsque du sang ou tout autre liquide biologique contaminant provenant du patient :

- entre en contact avec les **muqueuses** (bouche, nez, œil) ou avec la **peau lésée** du prestataire de soins (plaie, eczéma, etc.) ;
- est introduit dans l'organisme du prestataire de soins via une **plaie par piqûre ou coupure**.

Ces situations surviennent principalement lors du rangement et du nettoyage des instruments utilisés, de la réalisation d'actes chirurgicaux, de la réalisation d'une anesthésie locale et de la remise en place du capuchon sur une aiguille (d'injection) utilisée.

Le risque est important principalement quand on est pressé par le temps et lors de situations de stress.

### 14.2 Risque de transmission

Le risque de contamination dépend de toute une série de facteurs: le statut du patient (type d'affection transmissible par le sang, taux de virémie, etc.), la nature de l'incident (volume de l'inoculum, etc.), la vaccination éventuelle du prestataire de soins, etc.

Dans la littérature, le risque de contamination après piqûre due à une aiguille contaminée par les agents infectieux transmissibles par le sang mentionnés ci-après est estimé à :

- **30 %** pour le virus de l'hépatite B ;
- **3 %** pour le virus de l'hépatite C ;
- **0,3 %** pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

### 14.3 Prévention du contact accidentel

Un formulaire spécifique est repris dans l'annexe 03.

Un incident potentiellement contaminant doit autant que possible être évité en :

- appliquant les **précautions générales** ;
- travaillant de manière **structurée et organisée** ;
- portant des gants lors de toute manipulation d'objets tranchants ;
- manipulant prudemment les **aiguilles et objets tranchants** :
  - ne jamais toucher les aiguilles et les objets tranchants avec les mains ;
  - ne jamais plier ou casser les aiguilles ;
  - ne pas replacer les capuchons sur une aiguille utilisée mais l'éliminer immédiatement et prudemment ;
  - ne jamais laisser une aiguille non protégée sur le champ de travail ;
  - si l'on veut néanmoins replacer un capuchon, cela se fait alors :
    - à une main (technique du ramassage ou de la baïonnette) ;
    - par l'intermédiaire d'une précelle ;
    - via l'utilisation d'un porte-aiguille spécialement prévu à cet effet ;
- utilisant des **conteneurs à aiguilles** solides et étanches pour l'évacuation des objets tranchants ;
- ne remplissant jamais les conteneurs à aiguilles au-dessus de la limite indiquée (la plupart aux  $\frac{3}{4}$  environ) ;
- utilisant des **gants de ménage** pour la manipulation des instruments utilisés ;

- évitant l'utilisation de petites brosses (pour le nettoyage des fraises, etc.) et le nettoyage manuel des instruments.

#### 14.4 Mesures après un incident potentiellement contaminant

##### ▪ Immédiatement :

- Muqueuses et peau lésée :
  - o éliminer les liquides biologiques en utilisant des mouchoirs en papier absorbants ;
  - o désinfecter les muqueuses et/ou blessures à l'aide d'un désinfectant adapté ;
  - o lors d'un incident au niveau de l'œil, rincer abondamment avec de l'eau ou une solution physiologique ; on peut, pour ce faire, avoir recours à une douche oculaire ;
  - o couvrir la lésion.
- Plaie par piqûre ou coupure :
  - o laisser saigner la plaie (flux d'évacuation vers l'extérieur) ;
  - o rincer la plaie avec de l'eau ou une solution physiologique ;
  - o désinfecter la plaie avec un désinfectant pour la peau ;
  - o couvrir la lésion.

##### ▪ Ensuite :

En fonction du risque estimé que fait courir cet accident par piqûre, la prise de mesures complémentaires peut s'avérer très indiquée. Des prises de sang peuvent déterminer le statut infectieux au moment de l'incident. Des mesures complémentaires peuvent éventuellement être prises. Il est recommandé pour cela de prendre contact avec un médecin généraliste ou un service d'urgence, de préférence dans les heures suivant l'incident (dans les deux heures lors de piqûre suite à un contact avec un patient contaminé HIV connu) et, dans tous les cas, dans les 24 heures.

Il est recommandé de collecter **au préalable** des **informations** utiles à propos de l'endroit où la victime de l'accident pourra se rendre. De cette manière, on peut éviter anticipativement une panique supplémentaire survenant au moment de l'incident.

##### ▪ Intervention du Fonds des Maladies professionnelles / INAMI :

Après une exposition accidentelle au virus VIH, par exemple lors d'un accident par piqûre, un traitement prophylactique peut s'avérer nécessaire.

Pour les **travailleurs salariés**, ce traitement est pris en charge par l'assurance contre les accidents du travail ou le Fonds des Maladies Professionnelles. Il faut consulter l'employeur au sujet de la procédure à suivre.

#### INCIDENT POTENTIELLEMENT CONTAMINANT

##### EN RESUME

- ✓ Les incidents potentiellement contaminants doivent être évités par l'application de méthodes de travail sûres.
- ✓ Les objets tranchants et coupants doivent être manipulés avec prudence.
- ✓ Les conteneurs à aiguilles doivent être correctement utilisés.
- ✓ Le praticien doit être correctement informé quant à la procédure à appliquer lors d'un incident potentiellement contaminant.
- ✓ Si un traitement prophylactique s'avère nécessaire, une intervention du Fond des Maladies Professionnelles ou de l'INAMI est possible (sous réserve de certaines conditions).

## 15. CONTROLE QUALITE

### 15.1 Protocole d'hygiène individuel

Tout cabinet dentaire devrait disposer d'un protocole d'hygiène individualisé actualisé annuellement. Il devrait au minimum contenir :

- la spécification des moyens de protection personnelle du prestataire de soins et de son personnel ;
- la description des techniques utilisées pour l'entretien des instruments, par type de groupes d'instruments et ce, y compris l'entretien du matériel spécifique (pièces à main et contre-angles, fraises, etc.) ;
- les règles d'entretien des différentes zones du cabinet ;
- les règles d'entretien de l'équipement du cabinet ;
- le plan de gestion de la qualité de l'eau ;
- la gestion des déchets.

Un exemplaire de « Checklist - Protocole d'hygiène individuel » est joint en annexe 04.

Ce document peut être utilisé comme fil conducteur permettant de parcourir systématiquement les différents éléments d'un protocole d'hygiène et de les inventorier.

### 15.2 Formation et recyclage

Il est de la responsabilité du dentiste de se recycler de façon régulière en matière de maîtrise des infections lors de prestations de soins.

Si le praticien dispose de personnel en service, il doit veiller à une formation et un recyclage suffisants de ce personnel.

### 15.3 Suivi

De façon régulière, le prestataire de soins dentaires doit effectuer les contrôles nécessaires relatifs au respect des consignes et au fonctionnement des appareils utilisés (p.ex., les bandelettes-indicatrices lors de la stérilisation des instruments) et à la qualité des produits.

#### EN RESUME

- ✓ Tout cabinet dentaire doit disposer d'un protocole d'hygiène individualisé afin de maîtriser la transmission des infections.
- ✓ Les prestataires de soins doivent se recycler régulièrement.
- ✓ La qualité des mesures d'hygiène doit être contrôlée régulièrement : respect du protocole, fonctionnement des appareils et qualité des produits utilisés.



## 16. REFERENCES

- Agostinho AM, Miyoshi PR, Gnoatto N, Paranhos H, Figueredo LC, Salvador SL. Cross-contamination in the dental laboratory through the polishing procedure of complete dentures. *Braz Dent J* 2004 ; 15(2) : 138-142.
- Arbeitskreis Instrument-Aufbereitung (A-K-I). Working Group Instrument Preparation - Instrument Reprocessing in Dental Practices – How to do it right 3rd Revised Edition 2005 (<http://www.a-k-i.org/>).
- Azarpazhooh A, Leake JL. Prions in Dentistry – What are they, should we be concerned, and what can we do? *Journal Canadian Dental Association* 2006; 72(1) : 53-60.
- Bissett L. Can alcohol hand rubs increase compliance with hand hygiene? *Br J Nurs* 2002; 11(16):1072, 1074-7.
- Boyce JM, Kelliher S, Vallande N. Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antisepsis with an alcoholic hand gel. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21:442-448.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC / SHEA / APIC / IDSA - Hand Hygiene Task Force. 2002.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. 2003.
- Center for diseases Control and Prevention (CDC), HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities 2003.
- Chiu WK, Cheung LK, Chan HC, Chow LK. A comparison of post-operative complications following wisdom tooth surgery performed with sterile or clean gloves. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35:174-179.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de gestion des déchets de soins de santé. Bruxelles : CSS ; 2005. Avis n°5109.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Hygiène en pratique dentaire; Bruxelles : CSS ; 1997. Avis n°5303-12.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de stérilisation; Bruxelles : CSS ; 2006. Avis n°7848.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de traitement du linge des institutions de soins. Bruxelles : CSS ; 2005. Avis n°8075.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Guide de vaccination. Bruxelles : CSS ; 2007. Avis n°8205.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de maîtrise des infections lors de soins dispensés en dehors des établissements de soins (au domicile et / ou au sein d'un cabinet). Bruxelles : CSS ; 2008. Avis n°8279.

- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière d'hygiène des mains durant les soins. Bruxelles : CSS ; 2009. Avis n°8349.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière - Saison hivernale 2009 – 2010. Bruxelles : CSS , 2009. Avis n°8596.
- FOD Volksgezondheid (website): Lijst van biociden en actieve bestanddelen - Liste des Biocides et des substances actives. (<https://portal.health.fgov.be/> and use « **biocide** » as keyword).
- Hakimnia E. Effectiveness of autoclaving for sterilization of high-speed turbines and handpieces. Department of Oral Diagnostics, Faculty of Odontology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.
- Harrel SK, Barnes JB, Rivera-Hidalgo F. Aerosol and splatter contamination from the operative site during ultrasonic scaling. JADA 1998; 129: 1241-1249.
- Harrel S, Molinari J. Aerosols and splatter in dentistry: A brief review of the literature and infection control implications. Journal American Dental Association 2004; 135: 429-437.
- Hedderwick SA, McNeil SA, Lyons MJ, Kauffman CA. Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by healthcare workers. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000; 21(8):505-9.
- Herd S, Chin J, Palenik CJ, Ofner S. The in vivo contamination of air-driven low-speed handpieces with prophylaxis angles. JADA 2007; 138(10): 1360-1365.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake het beheer van medisch verzorgingsafval. Brussel : HGR ; 2005. Advies nr 5109.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Hygiëne in de tandheelkundige praktijk. Brussel : HGR ; 1997. Advies nr 5303-12.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen voor sterilisatie. Brussel : HGR ; 2006. Advies nr 7848.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake behandeling van het linnen van verzorgingsinstellingen. Brussel : HGR ; 2005. Advies nr 8075.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatiegids. Brussel : HGR ; 2007. Advies nr 8205.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen i.v.m. de infectiebeheersing tijdens de verzorging buiten de verzorgingsinstellingen (thuisverzorging en/of op een kabinet). Brussel : HGR ; 2008. Advies nr 8279.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening. Brussel : HGR ; 2009. Advies nr 8349.
- HGR - Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep - Winterseizoen 2009-2010. Brussel : HGR ; 2009. Advies nr 8596.
- Houben E, De Paepe K, Rogiers V. Skin condition associated with intensive use of alcoholic gels for hand disinfection: a combination of biophysical and sensorial data. Contact Dermatitis 2006; 54: 261-267.

- Hu T, Li C, Zuo Y, Zhou X. Risk of hepatitis B virus transmission via dental handpieces and evaluation of an antisuction device for prevention of transmission. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28: 80-82.
- Infection Control Guidelines for Health Care Providers. United States Guideline for Infection Control in Dental Healthcare Settings. Glove Integrity. 2003.
- IVNS - Institut de Veille Sanitaire. Analyse du risque infectieux lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire. Saint-Maurice, 2009.
- Jenner EA, Mackintosh C, Scott GM. Infection control – evidence into practice. *Journal of Hospital Infection* 1999; 42: 91-104
- Kelsch N. Registered Dental Hygienist in Alternative Practice (RDHAP). Ten things to know about glove materials. 2001.
- Kohn WG, Collins AS, Cleveland JL, Harte JA, Eklund KJ, Malvitz DM. Guidelines for infection control in dental health-care settings-2003. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52(RR-17):1-61.
- Lewis DL, Boe RK. Cross-infection risks associated with current procedures for using high-speed dental handpieces. *Journal of Clinical Microbiology* 1992; 30(2): 401-406.
- Messina MJ, Brodell LA, Brodell RT, Mostow EN. Hand hygiene in the dermatologist's office: to wash or to rub? *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 1043-1049.
- Molinari JA. Infection control. Its evolution to the current standard precautions. *JADA* 2003; 134: 569-574.
- Moorer WR. [Prevention of viral cross-infection. Surface disinfection with 80% ethanol]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110(10):399-402.
- Moorer WR. De besmette praktijk (versie 2005). oorspronkelijk gepubliceerd in *De Tandartspraktijk* 16 (1995), 4 - 11. 2005.
- Ordre des dentistes du Québec et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Document d'information sur le contrôle des infections Médecine dentaire – Edition 2009. (<http://www.ohdq.com/>)
- Pankhurst CL, Coulter WA. Do contaminated dental unit waterlines pose a risk of infection? *Journal of Dentistry* 2077: 35: 712-720.
- Porter S. Prions and dentistry. *Journal Royal Society of Medicine* 2002; 95: 178-181.
- Putnins E., Di Giovanni D., Bhullar A. Dental Unit waterline contamination and its possible implications during periodontal surgery. *J periodontal* 2001; 72:393-400
- 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.
- SPF Santé Publique (site Internet) : Liste des Biocides et des substances actives. (<https://portal.health.fgov.be/> and use « **biocide** » as keyword)

- Szymanska J. Risk of exposure to legionella in dental practice. Ann Agric Environ Med 2004; 11: 9-12.
- Szymanska J. Exposure to bacterial endotoxin during conservative dental treatment. Ann Agric Environ Med 2005; 12: 137-139.
- Szymanska J. Microbiological risk factors in dentistry. Current status of knowledge. Ann Agric Environ Med 2005; 12: 157-163.
- Szymanska J. Dental bioaerosols as an occupational hazard in a dentist's workplace. Ann Agric Environ Med 2007; 14: 203-207.
- Toroglu MS, Haytac MC, Koksai F. Evaluation of aerosol contamination during debonding procedures. Angle orthodontist 2001; 71(4): 299-306.
- Walker JT, Dickinson J, Sutton JM, Marsh PD, Raven ND. Implications for Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) in dentistry: a review of current knowledge. J Dent Res 2008; 87(6):511-9.
- Williams HN, Singh R, Romberg E. Surface contamination in the dental operator: a comparison over two decades. J Am Dent Assoc 2003; 134(3):325-30; quiz 39.
- WIP - Stichting Werkgroep Infectie Preventie. Infectiepreventie in de tandheelkundige praktijk. 2007.
- Wyler D, Miller RL, Micik RE. Efficacy of self-administered preoperative oral hygiene procedures in reducing the concentration of bacteria in aerosols generated during dental procedures. Journal Dental Research 1971; 50(2): 509.

## 17. ANNEXES

**Annexe 01** : Schéma d'organisation du travail.

**Annexe 02** : Clichés radiologiques.

**Annexe 03** : Incident potentiellement contaminant.

**Annexe 04** : Protocole d'hygiène individuel.

## 18. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Les noms des membres et experts du CSS sont annotés d'un astérisque\*.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis :

CHARLES Thierry	Dentisterie	Bruxelles
DE DEYN Benny	Dentisterie	Clinique dentaire VUB
DECLERCK Dominique	Dentisterie	UZ K.U.Leuven
GOUBAU Patrick *	Virologie médicale	UCL
JANNES Hilde	Hygiène hospitalière	Imelda Ziekenhuis Bonheiden
SCHELSTRAETE Nicole	Art infirmier en Dentisterie	UGent
VAN GANSBEKE Bernard	Pharmacie hospitalier	Hop. Erasme-ULB
VERMEULEN Maria	Dentisterie	Aarschot

Les associations professionnelles suivantes ont été entendues avant de débiter cette élaboration (le 24-04-08) et en phase finale (le 01-12-2010) :

DEVRIESE Michel  
JEANIN Marc  
MICHIELS Jean-Paul & HANSON Stefaan  
MUNNIX Bernard & MALOIR Didier

SMD, Société de Médecine Dentaire  
VBT, Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen  
VVT, Verbond der Vlaamse Tandartsen  
CSD, Chambres Syndicales Dentaires

Le groupe de travail a été présidé par Mme Dominique DECLERCK et le secrétariat scientifique a été assuré par Jean-Jacques DUBOIS.

## **Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)**

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

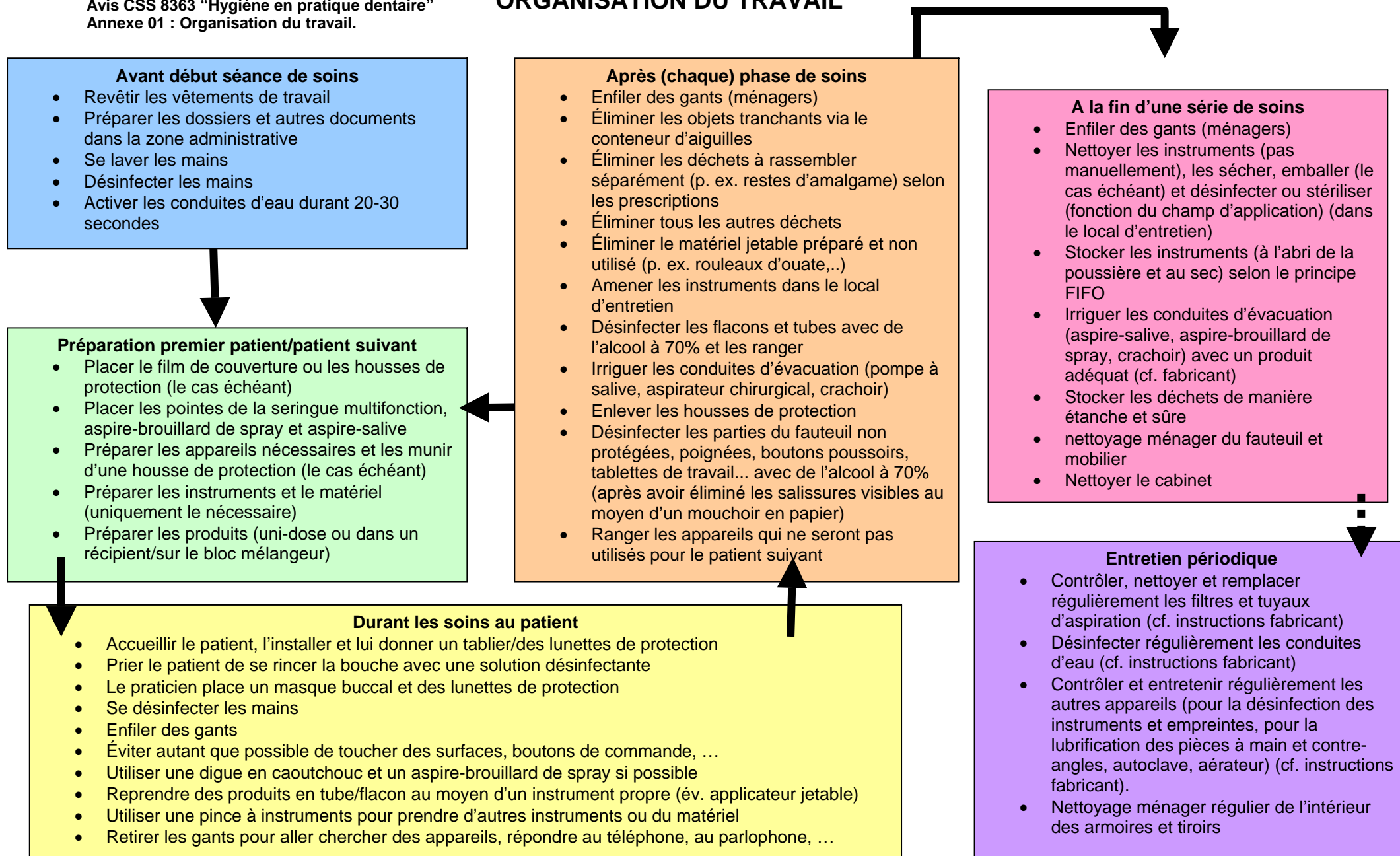
En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et un comité référent) et la validation finale des avis par le Collège (ultime organe décisionnel). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet ([www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)), sauf en ce qui concerne les avis confidentiels. Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (*European Science Advisory Network for Health*), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez vous abonner à une *mailing-list* et/ou un *RSS-feed* via le lien suivant: <http://www.css-hgr.be/rss>.

## ORGANISATION DU TRAVAIL





**PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8363**

**Recommandations relatives à la maîtrise des infections  
lors des soins réalisés en médecine dentaire.**

**Annexe 02 : Clichés radiologiques: aspects d'hygiène.**

- Utiliser (dans la mesure du possible) une assistance.

**▣ Proposition de procédure envisageable avec assistance:**

- Enfiler des gants (opérateur).
- Régler le panneau de commande de l'appareil à RX (assistant).
- Utiliser un film ou une housse de protection pour la radiographie, la plaque ou le capteur lors du positionnement dans la cavité buccale (p. ex. radiographies préemballées dans une housse déchirable).
- Placer le film ou le capteur dans la cavité buccale, éventuellement au moyen d'un porte-film (opérateur).
- Positionner l'appareil à RX et enclencher l'appareil (assistant).
- Retirer le film ou le capteur de la cavité buccale (opérateur).
- Retirer le film ou la housse et laisser tomber la radiographie ou le capteur sur un mouchoir en papier propre (opérateur).
- Si aucun film ou aucune housse de protection n'a été utilisé, la photo doit être nettoyée et désinfectée à l'alcool à 70% et placée sur un deuxième mouchoir en papier (propre) sans la toucher avec des gants souillés (opérateur).
- Immerger le porte-film dans un récipient contenant de l'alcool à 70% (opérateur).
- Développer le film ou traiter le cliché (assistant(e)).
- Répéter pour des clichés supplémentaires.



■ **Proposition de procédure envisageable en l'absence de toute assistance:**

- Régler le panneau de commande de l'appareil à RX.
- Enfiler des gants.
- Utiliser un film ou une housse de protection pour la radiographie, la plaque ou le senseur lors du positionnement dans la cavité buccale (p. ex. radiographies préemballées dans une housse déchirable).
- Placer le film ou le senseur dans la cavité buccale éventuellement au moyen d'un porte-film.
- Enlever un gant ou utiliser un mouchoir en papier (interposé) pour positionner le cône et commander l'appareil à RX.
- Enfiler à nouveau un gant ou éliminer le mouchoir en papier.
- Retirer le film ou le senseur de la cavité buccale.
- Retirer le film ou la housse et laisser tomber la radiographie ou le senseur sur un mouchoir en papier propre.
- Si aucun film ou aucune housse de protection n'a été utilisée, la photo doit être nettoyée et désinfectée à l'alcool à 70% et placée sur un deuxième mouchoir en papier (propre) sans la toucher avec des gants souillés.
- Immerger le porte-film dans un récipient contenant de l'alcool à 70%.
- Retirer les gants.
- Développer le film et/ou traiter le cliché.
- Répéter pour des clichés supplémentaires.



**PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8363**

**Recommandations relatives à la maîtrise des infections  
lors des soins réalisés en médecine dentaire.**

**Annexe 03**

**Incident potentiellement contaminant: blessure par piqûre ou coupure ou projection**

**Prévenez les incidents potentiellement contaminants en appliquant les mesures préventives** (voir paragraphe 15.3).

**Informez-vous** de l'endroit où, dans votre quartier, vous pouvez vous adresser pour un avis, un suivi et un traitement éventuel au moment où un incident se produirait.

**Notez** les données ci-dessous:

**Médecin:**  
**Service:**  
**Numéro de téléphone :**

**Mesures en cas d'incident :**

- Eliminer le sang ou les liquides biologiques en utilisant des mouchoirs en papier absorbants.
- Rincer les muqueuses ou désinfecter les blessures à l'aide d'un désinfectant adapté.
- En cas d'incident au niveau de l'œil :
  - Rincer abondamment avec de l'eau ou une solution physiologique (éventuellement douche oculaire).
- En cas de blessure par piqûre ou coupure :
  - Laisser **saigner** la plaie (flux d'évacuation vers l'extérieur).
  - **Rincer** la plaie avec de l'eau ou une solution physiologique.
  - **Désinfecter** la plaie avec un désinfectant pour la peau.
  - **Fermer** la plaie.
- Ensuite:
  - Contacter le généraliste ou le service des urgences au sujet de l'utilité/la nécessité de prises de sang et de prendre des mesures additionnelles.
  - Le faire dans les quelques heures suivant l'incident, en tout cas dans les 24 heures.
  - En cas d'accident par piqûre due à un patient contaminé HIV connu : consulter un médecin dans les 2 heures.



**PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8363**

**Recommandations relatives à la maîtrise des infections  
lors des soins réalisés en médecine dentaire.**

**Annexe 04  
PROTOCOLE D'HYGIENE INDIVIDUEL – CHECK-LIST.**

Cabinet:                      Nom:    Date rédaction:  
   Adresse:    Date update:  
   Responsable:    Signature:

---

*Cette check-list fait référence aux directives reprises dans l'avis n° 8363 du Conseil Supérieur de la Santé*

- Anamnèse patient:**                      o oralement, notée dans dossier                      o par écrit  
*(paragraphe 2.1)*
  
- Vaccination prestataires de soins (dentiste, assistant) en ordre?** oui/non  
*(paragraphe 2.5)*
  
- Hygiène des mains:** *(paragraphes 3.3 et 12.4.2)*
  - Solution savonneuse disponible: oui/non                       Essuie-mains jetables: oui/non
  - Solution hydroalcoolique pour désinfection des mains disponible: oui/non
  - Solution hydroalcoolique pour friction chirurgicale disponible: oui/non/NA
  
- Protections personnelles:**
  - Gants:                      o traitement de routine – matériel:  
*(paragraphe 5.1)*                      o gants ménagers disponibles pour débarrasser: oui/non  
   o gants exempts de germes disponibles (chirurgie): oui/non/NA
  - Masque buccal disponible: oui/non                      *(paragraphe 5.3)*
  - Lunettes de protection disponibles: prestataire de soins: oui/non – assistant: oui/non -  
patient: oui/non                      *(paragraphe 5.4)*
  
- Entretien instruments:**
  - Instruments à mains: *(paragraphe 6.3)*
    - o nettoyage: manuel – ultrason - mécanique
  - Matériel non critique                      o désinfection: thermo-désinfection – trempage (produit):  
   o emballage: laminé – plateau – panier  
   o stérilisation: autoclave (type:                      ) – autre:  
   o stockage: emballé – isolé – plateaux ou sets

- Matériel critique
  - o désinfection: thermo-désinfection – trempage (produit):
  - o emballage: laminé – plateau – panier
  - o stérilisation: autoclave (type: ) – autre:
  - o stockage: emballé
- Pièces à mains et contre-angles: (*paragraphe 6.4.2*)
  - o nettoyage externe (méthode/produit):
  - o lubrifiants et huiles (méthode/produit):
  - o emballage:
  - o autoclavage: appareil:
- Fraises, pointes ultrason: (*paragraphe 6.4.3*)
  - o nettoyage (méthode/produit):
  - o thermo-désinfection : oui / non
  - o stérilisation: autoclave (type: ) – autre:
- Elargisseurs et limes,...: (*paragraphe 6.4.4*)
  - o nettoyage (méthode/produit):
  - o thermo-désinfection : oui / non
  - o stérilisation: autoclave (type: ) – autre:
- **Entretien locaux:**
  - instruction personnel: oui/non
  - sols: (*paragraphe 7.3*)
    - o entretien ménager journalier : oui / non
    - o en cas de salissures visibles:
      - o mouchoirs
      - o alcool à 70%
      - o solution chlorée 1000ppm
  - évacuations unité: (*paragraphe 8.2.6*)
    - o irrigation journalière (nom produit):
    - o désinfection: - nom produit:
      - fréquence:
  - filtres: (*paragraphe 8.2.6*)
    - o nettoyage journalier (technique):
    - o entretien/remplacement (fréquence):
- **Entretien zone de traitement:** (*paragraphe 8.2*)
  - Housses de protection (type): pour:
  - Film (type): pour:
  - Désinfectant: (produit):

- Qualité air:** (*paragraphe 9*)
    - purger conduites:
      - fréquence:
      - durée :
      - moment:
    - Désinfecter conduites d'eau
      - produit:
      - fréquence:
      - moment:
    - Rinçage bouche du patient: (*paragraphe 9.2*)
      - produit:
    - Aérateur/airco: (*paragraphe 9.3*)
      - filtre:
      - fréquence:
  - Gestion déchets:** (*paragraphe 10*)
    - Conteneur à aiguilles présent: oui / non
    - Technique recapuchonnement: baillonnnette – interposition instrument – support
    - enlèvement/traitement déchets (firme):
  - Organisation du travail:** (*paragraphe 11*)
    - SCHEMA présent au cabinet?      Oui / Non
  - Actes spécifiques:**
    - Radiologie: (*paragraphe 12.1*) SCHEMA présent ? oui / non
    - Empreintes: (*paragraphe 12.2.1*)
      - produit:                                       trempage     mouchoirs     appareil:
    - Pièces prothétiques/orthodontiques: (*paragraphe 12.2.3*)
      - désinfection alcool à 70%? oui/non
    - Bain-marie: (*paragraphe 12.2.2*)
      - eau 5 minutes à 95°C après chaque usage et fermer
      - vider à la fin séance de traitement
      - bouilloire et récipient séparé
  - Incident potentiellement contaminant:** (*paragraphe 14*)
    - PROTOCOLE présent, y compris données de contact des services à consulter? oui / non
- 

NA = non applicable