

GRILLE TECHNIQUE D'ÉVALUATION DES CABINETS DENTAIRES POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Mise à jour 2015

Groupe de travail scientifique

Philippe ROCHER
Odile BARSOTTI
Patrick BONNE
Lucien BRISSET
Marie-Françoise CHAMODOT
Serge DESCHAUX
Jean-Jacques MORRIER
Alain MOUTARDE†
Olivier NEDELEC
Dominique ORPHELIN
Paul SAMAKH
Jean-François SERET
Roland ZEITOUN

Président de la Commission

Philippe ROCHER

Président scientifique

Vianney DESCROIX

Sommaire

Préambule	3
Liste des recommandations essentielles.....	5
Index des questions.....	8
1 - FORMATION, HYGIÈNE ET PROTECTION DU PERSONNEL	14
2 - LOCAUX	39
2-1 Zone d'examen et de soins	40
2-2 Zone d'entretien des dispositifs médicaux.....	62
3 - ASEPSIE, ANTISEPSIE ET ACTE DENTAIRE.....	64
4 - UTILISATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX	71
5 - LE TRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX	76
5-1 La pré-désinfection.....	79
5-2 Le nettoyage	83
5-3 Le rinçage.....	92
5-4 Le séchage	93
5-5 Le conditionnement.....	94
5-6 La stérilisation.....	96
5-7 Le stockage	108
5-8 Cas des porte-instruments dynamiques (contre-angles, pièces à main, turbines).....	110
6 - LE TRAITEMENT DES MATÉRIAUX D'EMPREINTE ET DES PROTHÈSES	112
7 - GESTION DES DÉCHETS.....	116
8 - VIGILANCES	121
Fiche d'autoévaluation	124
Abréviations et glossaire.....	126
Annexes	127
Révisions des éditions	143

© 2015 ADF, Paris
7, rue Mariotte 75017 Paris
Tél. 01 58 22 17 10
Fax 01 58 22 17 40
www.adf.asso.fr

ISSN : 2106-7031

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa premier de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. La loi du 11 mars 1957 n'autorise, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective d'une part et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration.

Toute utilisation du contenu du présent ouvrage à des fins commerciales est formellement prohibée, à moins d'une autorisation préalable et écrite de l'Association dentaire française.

Achévé d'imprimer en octobre 2015
par l'imprimerie Sogegraph (92)

Préambule

La « Grille technique d'évaluation » en votre possession constitue un outil de vérification de l'application des règles d'hygiène et des bonnes pratiques professionnelles visant à prévenir la transmission d'infections associées aux soins dans votre exercice quotidien de la médecine bucco-dentaire.

Un récent testing mené par une association de malades séropositifs au VIH tendrait à mettre en évidence des refus de soins, sinon une extrême frilosité dans la prise en charge de cette population de la part de certains professionnels de santé. Au-delà des diverses interprétations, il faut bien rappeler qu'en matière d'hygiène et d'asepsie les règles et recommandations sont les mêmes pour tous les patients et que leur strict respect assure la sécurité autant des usagers que des soignants.

Alors qu'en ce domaine de prévention des risques, l'expertise de notre profession est unanimement reconnue par l'administration de la santé, l'heure est sans doute venue pour les chirurgiens-dentistes de pouvoir et de devoir afficher clairement leur qualité-sécurité au regard des exigences sociétales.

Toute démarche qualité, prenant comme référentiel cette présente grille, ira dans ce sens.

Ce questionnaire a été établi par la Direction Générale de la Santé, avec le concours d'experts et de représentants de la profession¹, dans le cadre d'une politique d'amélioration de la sécurité des soins qui répond à une forte attente de la population et concerne l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice.

Un outil adapté aux spécificités des soins dentaires

Notre activité clinique présente, vis-à-vis du risque infectieux, des caractéristiques qui justifient une attention particulière : nombreux actes invasifs ; exposition constante au sang et aux liquides biologiques ; utilisation fréquente d'instruments réutilisables, souvent complexes et difficiles à nettoyer et à stériliser ; utilisation régulière d'eau ayant séjourné dans les canalisations des fauteuils.

Ces particularités ont conduit la DGS à rédiger en 2006, avec des experts et des représentants de la profession, un « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » qui constitue une référence pour les professionnels et les organismes en charge de la sécurité sanitaire.

Le questionnaire présenté ici complète ce guide. A travers les différents items qui la composent, cette grille d'évaluation réalise une revue de tous les domaines où la vigilance du praticien doit s'exercer pour prévenir le risque de transmission d'agents pathogènes :

- dix-neuf items, correspondent à des recommandations essentielles dont le respect est indispensable à la sécurité des soins ;
- les autres items renvoient à des recommandations qui, pour n'être pas aussi impératives n'en ont pas moins une importance pédagogique majeure : ils soulignent les objectifs à atteindre et rappellent au praticien toutes les mesures de prévention du risque infectieux, à mettre en œuvre de façon adaptée en fonction des situations.

1. Ont participé à l'élaboration de ce questionnaire : la direction générale de la santé ; la direction générale de l'offre de soins ; les ARS de Bourgogne, de Franche-Comté et du Languedoc-Roussillon ; l'Ansm ; le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ; l'Académie nationale de chirurgie dentaire ; l'association dentaire française ; la société française d'hygiène en odontostomatologie ; le CCLIN Paris-Nord ; le service médical de l'Assurance maladie d'Ile-de-France ; plusieurs praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires en odontologie.

Cette grille est mise à la disposition des professionnels concernés (chirurgiens-dentistes, médecins stomatologistes, assistantes dentaires) qui peuvent l'utiliser comme outil d'autoévaluation, ou d'évaluation externe par les pairs (Ordres professionnels, organismes de formation continue...).

L'ADF a constitué un groupe de travail scientifique chargé de rédiger un Dossier qui accompagne la « Grille technique d'évaluation ». Ce Dossier a une vocation pédagogique en expliquant l'importance de chaque item et en y apportant des solutions pratiques adaptées aux spécificités du cabinet.

Depuis la première publication de 2011, deux mises à jour annuelles ont eu lieu. La Direction Générale de la Santé n'organisant plus de réunions, ce que nous déplorons, les évolutions de la « Grille technique d'évaluation » sont assurées par les membres du groupe de travail scientifique de l'ADF. La liste des questions n'évolue pas, mais les propositions de mises en œuvre sont plus détaillées dans certains domaines.

La culture de l'évaluation se met durablement en place au sein de notre profession. Auto-évaluer les pratiques, pour discerner les écarts, devient aujourd'hui essentiel. Evaluer sa propre activité pour la comparer aux documents référentiels relève d'une démarche saine et pleine d'émulation.

A chacun de se positionner face à ses propres responsabilités et d'envisager les voies de progrès possibles.

La « Grille technique d'évaluation » et le Dossier de l'ADF sont donc deux outils complémentaires particulièrement adaptés pour donner les repères nécessaires et les informations documentées afin de se situer et de progresser par étapes dans un domaine réglementaire complexe.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au seul bénéfice des patients doit passer par cet effort.

Ce même effort nous paraîtra moindre quand nous mesurerons tout le bénéfice sur le plan de l'organisation et de la sécurité pour notre personnel et nous-mêmes.

La « Grille technique d'évaluation » constitue un outil parfaitement adapté pour accompagner des formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) car les deux versants qui la composent, l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences se retrouvent dans ce document. La grille d'autoévaluation présente en fin de document permet d'analyser ses pratiques et de définir des actions d'amélioration. Les réponses aux questions permettent l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances.

Les visites du Conseil départemental de l'Ordre, prévues par l'article R4127-269 du Code de la santé publique et encadrées par un arrêt du Conseil d'Etat du 16 janvier 2008 (N° 294629) portent en partie sur les aspects relatifs à la prévention des infections associées aux soins. Cette « Grille d'évaluation » et ce Dossier serviront lors de ces visites qui s'inscrivent dans un cadre juridique rappelé en annexe.

Enfin, cette « Grille technique » fournit également à l'administration de la santé et en particulier aux Agences régionales de santé (ARS), un outil utilisable lors des inspections de cabinets dentaires. Celles-ci pourront ainsi se dérouler selon des modalités harmonisées quels que soient la région et le type de cabinet dentaire concerné. Sauf, en cas d'urgence, il serait souhaitable que le Conseil départemental de l'Ordre soit prévenu de ces visites directement par l'ARS ou par le confrère concerné lorsque celui-ci est averti à l'avance de l'inspection.

Liste des recommandations essentielles

Ces 19 items correspondent à des recommandations essentielles dont le respect est indispensable à la sécurité des soins.

1. Réalisez-vous systématiquement une friction avec un produit hydro-alcoolique avant et après chaque soin/examen ?
Question 8, p. 24
2. Les gants à usage unique portés par l'équipe soignante sont-ils changés systématiquement entre chaque patient et lors de chaque interruption de soins (tél, accueil...) ?
Question 9, p. 26
3. L'équipe soignante porte-t-elle systématiquement un masque chirurgical pendant chaque soin ?
Quel type de masque avez-vous au cabinet ?
A quelle fréquence le changez-vous ?
Question 11, p. 30
4. Avez-vous des lunettes (ou des visières) de protection à disposition de toute l'équipe soignante ?
Dans quels cas les utilisez-vous et les imposez-vous à votre personnel ?
Question 12, p. 32
5. La fiche outil « Conduite à tenir en cas d'AES » est-elle affichée dans le cabinet ?
Est-elle connue du personnel ?
Le numéro de téléphone du service à contacter en cas d'AES figure-t-il sur la fiche ?
Question 14, p. 36

- 6.** La zone d'examen et de soins comporte-t-elle :
- un lavabo, de préférence à commande non manuelle ?
 - un distributeur de solution hydro-alcoolique et de savon liquide, de préférence avec recharge entièrement jetable (pompe y compris) ?
 - un distributeur d'essuie-mains à usage unique ?

Question 18, p. 43

- 7.** La zone de tri de la salle de soins comporte-t-elle :
- un collecteur OPCT (boite plastique) pour les déchets piquants, coupants, tranchants ?
 - un collecteur permettant de transporter sans risque les autres déchets ?

Question 19, p. 44

- 8.** Réalisez-vous une purge des équipements en début de séance avant la 1^{ère} utilisation de l'unit pendant au moins 5 mn ?

Question 26, p. 52

- 9.** Effectuez-vous une purge des équipements après chaque patient pendant 20 à 30 secondes ?

Question 27, p. 54

- 10.** Un nettoyage des surfaces à proximité de l'unit avec un produit détergent/désinfectant est-il réalisé entre deux patients ?

Question 31, p. 59

- 11.** Existe-t-il un local spécifique pour le traitement des dispositifs médicaux ?

Question 33, p. 62

- 12.** Un bain de bouche antiseptique est-il utilisé avant tout soin ?

Question 35, p. 65

- 13.** Pratiquez-vous la désinfection de l'opercule de chaque cartouche d'anesthésie avant utilisation ?

Question 39, p. 70

- 14.** Jetez-vous systématiquement après chaque patient tous les dispositifs médicaux à usage unique (notamment lame de bistouri, pompe à salive, pinceau d'application...) ?
Question 40, p. 72
- 15.** Les dispositifs médicaux autoclavables sont-ils tous autoclavés ?
Question 41, p. 73
- 16.** Immergez-vous tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes ?
Question 43, p. 79
- 17.** Le mode d'emploi du détergent/désinfectant est-il disponible et connu du personnel ?
La dilution, le temps de trempage préconisés par le fabricant sont-ils respectés ?
La fréquence de renouvellement du bain d'immersion respecte-t-elle les recommandations du fabricant ?
Question 44, p. 81
- 18.** Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau est-il conforme à la norme NF EN 13060 ?
Question 57, p. 96
- 19.** Le cycle de stérilisation utilisé est-il exclusivement un cycle de type B avec une température de 134 °C maintenue pendant 18 minutes (dénommé cycle PRION) ?
Question 58, p. 98

Index des questions

1. FORMATION, HYGIÈNE ET PROTECTION DU PERSONNEL

Question 1.....15

Qualification et formations du personnel ?
Quelles sont les définitions des fonctions du personnel ?
Le personnel est-il suivi régulièrement par la médecine du travail ?

Question 2.....17

L'équipe soignante a-t-elle été vaccinée contre l'hépatite B ?
Le praticien connaît-il le statut vaccinal de ses employés ?

Question 3.....18

Avez-vous connaissance du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » ?
Ce guide est-il consultable dans le cabinet ?

Question 4.....19

Vos vêtements de travail sont-ils exclusivement à manches courtes ?

Question 5.....20

Avez-vous dans le cabinet plusieurs vêtements de travail à disposition ? Où sont-ils stockés ?

Question 6.....21

Le mode opératoire pour l'utilisation de produit hydro-alcoolique (quand, comment, pendant combien de temps) est-il connu de tout le personnel ?

Question 7.....23

La fiche outil « Désinfection des mains par friction hydro-alcoolique » est-elle affichée dans le cabinet ?

Question 8.....24

Réalisez-vous systématiquement une friction avec un produit hydro-alcoolique avant et après chaque soin/examen ?

Question 9.....26

Les gants à usage unique portés par l'équipe soignante sont-ils changés systématiquement entre chaque patient et lors de chaque interruption de soins (tél, accueil...)?

Question 10.....28

Avez-vous différentes sortes de gants ?

Question 11.....30

L'équipe soignante porte-t-elle systématiquement un masque chirurgical pendant chaque soin ?
Quel type de masque avez-vous au cabinet ?
A quelle fréquence le changez-vous ?

Question 12.....32

Avez-vous des lunettes (ou des visières) de protection à disposition de toute l'équipe soignante ?
Dans quels cas les utilisez-vous et les imposez-vous à votre personnel ?

Question 13.....33

Le personnel chargé des procédés de traitement des dispositifs médicaux a-t-il reçu une formation spécifique et régulièrement réactualisée ?
Ce personnel connaît-il les procédures à mettre en œuvre ?
Le praticien a-t-il reçu une formation spécifique et régulièrement réactualisée ?
Le praticien est-il en mesure de juger de la qualité des procédures de traitement des dispositifs médicaux ?

Question 14.....36

La fiche outil « Conduite à tenir en cas d'AES » est-elle affichée dans le cabinet ?
Est-elle connue du personnel ?
Le numéro de téléphone du service à contacter en cas d'AES figure-t-il sur la fiche ?

Question 15.....38

Utilisez-vous un dispositif de recapuchonnage d'une seule main ?

2. LOCAUX

Question 16.....40

Des revêtements non poreux et facilement lessivables sont-ils privilégiés pour toutes les surfaces (sols, murs, mobilier, plan de travail, unit...) dans la salle de soins comme dans la salle de traitement des dispositifs médicaux ?
Le sol des salles chirurgicales est-il en revêtements thermoplastiques avec remontées en plinthes et gorge arrondie ?
Les angles vifs et les recoins (plan de travail, poignées de meuble...) ont-ils été supprimés ?

2.1 Zone d'examen et de soins

Question 17 42

La zone d'examen et de soins est-elle individualisée des autres zones techniques ?

Question 18 43

La zone d'examen et de soins comporte-t-elle :

- un lavabo, de préférence à commande non manuelle ?
- un distributeur de solution hydro-alcoolique et de savon liquide, de préférence avec recharge entièrement jetable (pompe y compris) ?
- un distributeur d'essuie-mains à usage unique ?

Question 19 44

La zone de tri de la salle de soins comporte-t-elle :

- un collecteur OPCT (boite plastique) pour les déchets piquants, coupants, tranchants ?
- un collecteur permettant de transporter sans risque les autres déchets ?

Question 20 45

Le tri des déchets (les objets piquants, coupants, tranchants, les DASRI, les DAOM et les déchets mercuriels) et des dispositifs médicaux se fait-elle, dès la fin du soin, dans la salle de soins ?

Question 21 46

Le mobilier et les équipements sont-ils réduits au strict minimum (si possible, surélevés ou sur roulettes pour faciliter le nettoyage) ?

Question 22 47

Quels moyens utilisez-vous pour protéger ou nettoyer les claviers informatiques en salle de soins (film plastique, clavier lisse...) ?

Question 23 48

Avez-vous un équipement facile d'entretien (fauteuil lisse et sans coutures, cordons lisses, système d'aspiration de préférence démontable, commandes à pédales) ?

Avez-vous un scalytique avec poignée recouverte d'une protection à usage unique changée entre chaque patient (ou traitement de la poignée entre chaque patient) ?

Question 24 49

Quels moyens utilisez-vous pour maîtriser la qualité microbiologique des fluides du fauteuil (seringue air/eau ; tubulures et circuit d'alimentation) ?

Question 25 51

Tous les instruments détachables (turbines, contre-angles, pièces à main, pièces à main à ultrasons ...) sont-ils retirés après chaque soin pour être traités séparément ?

Question 26 52

Réalisez-vous une purge des équipements en début de séance avant la 1ère utilisation de l'unit pendant au moins 5 mn ?

Question 27 54

Effectuez-vous une purge des équipements après chaque patient pendant 20 à 30 secondes ?

Question 28 56

Le corps de la seringue air/eau est-il nettoyé et désinfecté extérieurement entre chaque patient ?

Question 29 57

Votre équipement possède-t-il des valves anti-retour sur toutes les tubulures et les circuits d'alimentation en eau (turbine, contre-angle, ultra-sons, seringue air/eau) ?

Question 30 58

L'alimentation en eau de l'unit par le réseau d'eau potable ou un réservoir indépendant répond-elle aux critères de potabilité ?

Avez-vous un dispositif de traitement de l'eau ?

Question 31 59

Un nettoyage des surfaces à proximité de l'unit avec un produit détergent/désinfectant est-il réalisé entre deux patients ?

Question 32 61

Quelle est la procédure d'entretien de votre aspiration chirurgicale ?

2.2 Zone d'entretien des dispositifs médicaux

Question 33 62

Existe-t-il un local spécifique pour le traitement des dispositifs médicaux ?

Question 34 63

Le local est-il organisé pour que le sale (dispositifs médicaux souillés) n'entre pas en contact avec le propre (là où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés et stérilisés) ?

3. ASEPSIE, ANTISEPSIE ET ACTE DENTAIRE

Question 35 65

Un bain de bouche antiseptique est-il utilisé avant tout soin ?

Question 36 67

La date d'ouverture est-elle inscrite sur les antiseptiques et les autres flacons en service ?

Question 37 68

Contrôlez-vous périodiquement le respect des dates de péremption et la durée d'utilisation après ouverture ?

Question 38 69

Pour quels actes utilisez-vous de l'eau stérile ou du sérum physiologique stérile ?

Question 39 70

Pratiquez-vous la désinfection de l'opercule de chaque cartouche d'anesthésie avant utilisation ?

4. UTILISATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Question 40 72

Jetez-vous systématiquement après chaque patient tous les dispositifs médicaux à usage unique (notamment lame de bistouri, pompe à salive, pinceau d'application...)?

Question 41 73

Les dispositifs médicaux autoclavables sont-ils tous autoclavés ?

Question 42 75

Dans le cas particulier où vous utiliseriez des dispositifs médicaux thermosensibles, sont-ils soumis à un traitement adapté au niveau de risque ? Précisez les dispositifs médicaux concernés et leurs modalités de traitement.

5. LE TRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

5.1 La pré-désinfection

Question 43 79

Immergez-vous tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes ?

Question 44 81

Le mode d'emploi du détergent/désinfectant est-il disponible et connu du personnel ?

La dilution, le temps de trempage préconisés par le fabricant sont-ils respectés ?

La fréquence de renouvellement du bain d'immersion respecte-t-elle les recommandations du fabricant ?

Question 45 82

Dans les cas particuliers où, en fin de journée, certains dispositifs médicaux n'ont pas été traités, quelle procédure appliquez-vous ?

5.2 Le nettoyage

Question 46 83

Tout dispositif médical réutilisable neuf (ou de retour d'entretien) est-il nettoyé avant qu'il soit procédé à sa 1ère stérilisation ?

Question 47 84

Pour le cas particulier des fraises, quel type de traitement utilisez-vous ?

Question 48 85

La cuve du bac à ultrasons est-elle d'une taille suffisante pour permettre une immersion complète sans que les dispositifs médicaux soient entassés ?

Dispose-t-elle d'un couvercle d'obturation ?

L'efficacité de l'action des ultrasons est-elle régulièrement vérifiée ?

Question 49 86

L'action des ultrasons est-elle utilisée en complément du nettoyage et non en substitution de celui-ci ?

Question 50 87

Utilisez-vous un laveur-désinfecteur dont l'efficacité de nettoyage est régulièrement contrôlée ?

Question 51 89

Lors du nettoyage manuel utilisez-vous le même produit détergent-désinfectant que celui utilisé lors de la pré-désinfection ?

Question 52 90

Pour réaliser le nettoyage manuel, quel type de gants de protection utilisez-vous ?

Question 53 91

Les brosses utilisées pour le nettoyage manuel sont-elles nettoyées et désinfectées ?

5.3 Le rinçage

Question 54 92

Un rinçage abondant est-il effectué après l'action mécanique de détergence ?

5.4 Le séchage

Question 55 93

Un séchage manuel soigneux à l'aide d'un non-tissé à usage unique et/ou d'air comprimé filtré est-il réalisé ?

5.5 Le conditionnement

Question 56 94

Avant le conditionnement, l'efficacité du nettoyage et du séchage de chaque dispositif médical est-elle vérifiée ?

Tous les dispositifs médicaux sont-ils conditionnés (sachet ou double papier crêpe) immédiatement après séchage et stérilisés ensuite ?

Dans le cas particulier de l'utilisation d'autres types de conditionnement (conteneur à soupapes...), comment vous assurez-vous de la bonne pénétration de la vapeur ?

5.6 La stérilisation

Question 57 96

Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau est-il conforme à la norme NF EN 13060 ?

Question 58 98

Le cycle de stérilisation utilisé est-il exclusivement un cycle de type B avec une température de 134 °C maintenue pendant 18 minutes (dénommé cycle PRION) ?

Question 59 100

Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau dispose-t-il d'un contrat de maintenance avec contractualisation des conditions d'interventions (fréquence, types d'interventions, pièces détachées, délais d'intervention en cas de panne...) ?

Question 60 101

Existe-t-il un document où sont consignés tous les événements (entretien, maintenance, pannes...) survenus sur votre autoclave ?

Question 61 102

Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau a-t-il fait l'objet d'une qualification opérationnelle sur site de son procédé de stérilisation ?

Question 62 103

Lors du chargement de votre petit stérilisateur à vapeur d'eau, respectez-vous les préconisations du fabricant ou à défaut, les dispositifs ensachés sont-ils disposés sur la tranche, papier contre papier et plastique contre plastique, sans toucher les parois et pas trop serrés entre eux ?

Question 63 104

Pour garantir l'efficacité de la stérilisation, les paramètres suivants sont-ils vérifiés et enregistrés à la fin de chaque cycle ?

- température et durée du plateau de stérilisation,
- virage correct de l'intégrateur physicochimique conditionné en sachet et placé au sein de la charge,
- virage de tous les indicateurs de passage figurant sur les sachets,
- absence d'humidité des sachets et intégrité des emballages,
- résultat du dernier test de pénétration de vapeur d'eau (Hélix).

Question 64 106

À la fin de chaque cycle de stérilisation, après la vérification du bon déroulement du cycle, les sachets sont-ils étiquetés (sur une surface propre et sèche) ?

Question 65107

L'étiquetage des sachets stérilisés comporte-t-il les informations suivantes ?
- le n° du cycle de stérilisation,
- la date de la stérilisation,
- la date limite d'utilisation selon l'emballage choisi et les conditions de stockage.

5.7 Le stockage

Question 66 108

Les dispositifs médicaux stérilisés enséchés sont-ils stockés selon les conditions suivantes ?
- dans un endroit propre et sec,
- dans une pièce différente de la pièce de nettoyage/stérilisation ou à défaut dans une armoire fermée ou dans des tiroirs fermés.

5.8 Cas des porte-instruments dynamiques (contre-angles, pièces à main, turbines)

Question 67 110

Les informations fournies par leur fabricant indiquent-elles que vos porte-instruments dynamiques (turbines, contre-angles et pièces à main) sont aptes à être pré-désinfectés, nettoyés et stérilisés ?

Quel(s) moyen(s) de traitement(s) est/sont préconisé(s) par le fabricant ?

Avant la stérilisation, respectez-vous toutes les étapes préconisées par le fabricant ?

Ces procédures sont-elles mises en œuvre entre chaque patient ?

Question 68 111

Dans le cas où toutes les étapes préconisées par le fabricant ne sont pas mises en œuvre, quel traitement effectuez-vous pour les PID ?

6. LE TRAITEMENT DES MATERIAUX D'EMPREINTE ET DES PROTHESES

Question 69 113

Les dispositifs posés ou essayés en bouche (films radio, prothèses, empreintes, teintier...) sont-ils, après chaque usage, nettoyés et désinfectés à l'aide d'un détergent/désinfectant ?

Question 70 114

Utilisez-vous des porte-empreintes à usage unique ?
Sinon, comment traitez-vous vos porte-empreintes ?

Question 71 115

La réalisation des opérations de désinfection des empreintes est-elle précisée par écrit au laboratoire de prothèse ?

7 - GESTION DES DECHETS

Question 72 117

Disposez-vous à portée de main d'un collecteur permettant l'élimination immédiate des objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) ?

Question 73 118

Disposez-vous d'un collecteur spécifique pour les déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI autre qu'OPCT) ?

Disposez-vous d'un contrat d'enlèvement des DASRI avec une entreprise spécialisée ?

Question 74 120

Votre installation est-elle équipée d'un séparateur d'amalgame ?

Les déchets d'amalgames sont-ils recueillis et traités dans une filière spécifique ?

8 - VIGILANCES

Question 75 122

En terme de matériovigilance, connaissez-vous les dispositions relatives à la déclaration à l'Ansm des incidents mettant en cause un dispositif médical (critères et procédures) ?

Connaissez-vous les dispositions relatives à la pharmacovigilance, c'est-à-dire les modalités de signalement d'incidents liés à l'utilisation d'un médicament ?

1.

FORMATION,
HYGIÈNE ET
PROTECTION
DU PERSONNEL

QUESTION 1

- **Qualification et formations du personnel ?**
- **Quelles sont les définitions des fonctions du personnel ?**
- **Le personnel est-il suivi régulièrement par la médecine du travail ?**

Justification de la question

La qualification du personnel conditionne les tâches qu'il peut réaliser. Le personnel risque de se blesser ou de se contaminer en effectuant des tâches pour lesquelles il n'aurait pas été formé. Le suivi par la médecine du travail est obligatoire pour tous.

Explications et moyens pratiques

• Qualification, formation et fonctions du personnel

La convention collective nationale des cabinets dentaires identifie plusieurs catégories d'emplois au sein d'un cabinet dentaire :

- les emplois de la fabrication de la prothèse dentaire ;
- les emplois d'assistant(e) dentaire ;
- les emplois d'aide dentaire ;
- les emplois de réceptionniste ou d'hôtesse d'accueil ;
- les emplois de secrétaire technique, option santé ;
- les emplois d'entretien.

Pour chacun de ces emplois, la convention collective définit précisément :

- les qualifications et les formations requises ;
- et les tâches qui leur sont associées.

Les actes relevant de la médecine bucco-dentaire ne peuvent être effectués que par un chirurgien-dentiste.

Parmi le personnel, seules les assistant(e)s et les aides dentaires qualifiées peuvent :

- nettoyer, désinfecter les surfaces des meubles et appareils dentaires ;
- débarrasser, décontaminer, nettoyer, stériliser et ranger les instruments.

Les réceptionnistes, secrétaires ou personnel d'entretien ne sont pas habilités à manipuler des dispositifs médicaux souillés.

S'assurer que chaque membre du personnel a les qualifications requises pour effectuer les tâches qui lui sont allouées est primordial pour le bon fonctionnement du cabinet et contribuera à la sécurité des soins, tant vis-à-vis des patients que vis-à-vis de l'équipe elle-même.

• Médecine du travail

Les dispositions du Code du travail en matière de suivi par la médecine du travail sont applicables à tous les travailleurs (salariés et libéraux). Ces dispositions prévoient notamment un suivi régulier par la médecine du travail, dès l'embauche, puis selon une périodicité annuelle ou biannuelle en fonction du classement en Surveillance Médicale Renforcée ou non du travailleur.

Pour chaque emploi, une fiche de poste, qui est un descriptif de la fonction exercée dans une structure donnée, en prenant en compte l'environnement de travail et l'encadrement éventuel, peut être établie.

Bon à savoir / Astuces

Confier à une personne des tâches pour lesquelles elle n'a pas la qualification requise présente des risques importants pour le praticien.

Si un préjudice était causé au personnel durant l'exécution desdites tâches, le praticien verrait ses responsabilités civile, disciplinaire et pénale (voir notamment l'article 121-3 du Code pénal) engagées.

Le certificat d'aptitude délivré par la médecine du travail est très important. Il engage sa responsabilité en le délivrant. En cas d'accidents corporels liés à une inaptitude non décelée, le praticien employeur peut se retourner contre le médecin du travail.

Les travailleurs indépendants (praticiens libéraux), utilisant les rayonnements ionisants, sont tenus d'organiser leur suivi médical dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés.

Les praticiens peuvent former auprès de la CPAM une demande d'admission à l'assurance volontaire individuelle accidents du travail et maladies professionnelles (article R. 743-1 du Code de la sécurité sociale). En l'absence de cette couverture spécifique, le praticien sera pris en charge au titre de la branche maladie comme pour toute maladie (selon le taux de remboursement et le tarif conventionnel applicables).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992, étendue par un arrêté du 2 avril 1992, JO du 9 avril 1992)

Code du travail (articles R4624-10 et suivants)

Code de la santé publique (articles L4141-1 et L4161-2)

QUESTION 2

- **L'équipe soignante a-t-elle été vaccinée contre l'hépatite B ?**
- **Le praticien connaît-il le statut vaccinal de ses employés ?**

Justification de la question

La vaccination contre l'hépatite B fait partie des obligations vaccinales pour toute personne exposée à des risques de contamination. La vaccination évite les contaminations.

Explications et moyens pratiques

• Vaccination de l'équipe soignante

Le **Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015** précise deux types de vaccinations pour les étudiants et professions médicales.

Les vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B, tuberculose) et les vaccinations recommandées (grippe, coqueluche, rubéole, rougeole, varicelle).

• Connaissance par le praticien du statut vaccinal de ses employés

Le statut vaccinal des salariés est vérifié par le médecin du travail dans le cadre des visites obligatoires (cf. Question n° 1). Ces informations sont confidentielles.

Suite à ces examens, une fiche médicale d'aptitude est établie en double exemplaire par le médecin du travail, un exemplaire étant destiné à l'employeur.

Bon à savoir / Astuces

Le médecin du travail peut constater que le salarié répond ou ne répond pas aux obligations légales de vaccination. Pour déterminer l'avis d'aptitude du salarié, le médecin du travail doit tenir compte de l'importance du risque, des moyens de prévention collective et individuelle mis en place, de l'état de santé du salarié et son état immunitaire. Les inaptitudes partielles, totales ou temporaires impliquent pour l'employeur une recherche de reclassement et, à défaut de possibilité de reclassement, le conduit à licencier. La procédure de licenciement prévue par le Code du travail doit être respectée. La jurisprudence a estimé qu'un licenciement qui respectait ces différents éléments était justifié par une cause réelle et sérieuse.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Sur les vaccinations obligatoires :

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015

Sur la fiche médicale d'aptitude :

Code du travail (article D4624-47)

QUESTION 3

- **Avez-vous connaissance du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » ?**
- **Ce guide est-il consultable dans le cabinet ?**

Justification de la question

Ce Guide, rédigé par des représentants de la profession et la DGS, doit servir de base pour la mise en place des procédures d'hygiène et d'asepsie dans le cabinet. Les membres du cabinet doivent pouvoir s'y référer en cas de nécessité.

Explications et moyens pratiques

Le *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* présente les recommandations qui visent à prévenir la transmission d'agents pathogènes lors de la réalisation des soins d'odonto-stomatologie.

Les recommandations du guide soulignent les objectifs à atteindre ainsi que les mesures préventives de réduction du risque infectieux à adapter en fonction des situations.

Il est important que l'équipe de soins puisse le consulter aisément.

Le *Guide* est téléchargeable sur le site du Ministère de la Santé et sur la plupart des sites professionnels.

Bon à savoir / Astuces

Le *Guide* doit être disponible au cabinet quelle qu'en soit la forme : document papier, fichier PDF stocké sur l'ordinateur...

Sept fiches résumant les points importants du *Guide* ont été publiées en mai 2010. Elles ont été adressées à l'ensemble des confrères avec *La Lettre N°87 du Conseil de l'Ordre*. Ces fiches synthétisent 7 points importants du *Guide* :

- Traitement des dispositifs médicaux
- La stérilisation
- La désinfection des mains
- La désinfection chirurgicale des mains
- Précautions standard
- Accident exposant au sang
- La gestion des déchets d'activités de soins

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, Ministère de la Santé, DGS, Juillet 2006

Sept fiches ONCD/DGS tirées du « Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et en stomatologie », ONCD/DGS, mai 2010

Ordre National des Chirurgiens Dentistes / Hygiène et asepsie : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/hygiene-et-asepsie.html>

QUESTION 4



Vos vêtements de travail sont-ils exclusivement à manches courtes ?

Justification de la question

L'hygiène des mains ne peut être effectuée correctement qu'en portant des vêtements à manches courtes. L'hygiène des mains est un élément clé de la lutte contre les infections associées aux soins et la transmission d'agents pathogènes.

Explications et moyens pratiques

Il est recommandé pour tous les soins le port d'une tenue de travail (blouse ou tunique à manches courtes, pantalon, chaussures de travail) dénommée « tenue de base ». En début de service, l'équipe soignante doit quitter ses vêtements de ville y compris ses chaussures puis réaliser une hygiène des mains (lavage si mains visiblement souillées ou friction hydro-alcoolique si mains non visiblement souillées) avant d'enfiler sa « tenue de base ». Ces préconisations font partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

Bon à savoir / Astuces

Sous la « tenue de base », seul un T-shirt manches courtes et col ras du cou est autorisé pour le confort et l'intimité. Cette tenue peut être complétée d'un tablier lors du traitement des dispositifs médicaux ou d'une casaque stérile lors d'une intervention chirurgicale. La « tenue de base » ne doit pas être portée lors du nettoyage des sols et pendant les pauses déjeuner.

Des vêtements à manches courtes ne sont pas suffisants pour assurer une bonne hygiène des mains. Les mains et poignets doivent être exempts de bagues, montres, bracelets... et les ongles doivent être courts, sans vernis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, Ministère de la Santé, DGS, Juillet 2006

Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, OMS, 2010

QUESTION 5



Avez-vous dans le cabinet plusieurs vêtements de travail à disposition ? Où sont-ils stockés ?

Justification de la question

Un vêtement de travail sale doit être immédiatement changé car les souillures sont sources de contaminations. Cela peut se produire plusieurs fois par jour.

Les vêtements de travail souillés ne doivent pas contaminer les vêtements de ville.

Explications et moyens pratiques

Le vêtement de travail doit être enlevé en fin d'activité, changé quotidiennement et en cas de souillure.

Il convient donc d'avoir plusieurs vêtements de travail à disposition dans le cabinet.

Bon à savoir / Astuces

Il est préférable de disposer dans le vestiaire de casiers individuels avec une double penderie : l'une pour les vêtements de travail et l'autre pour les vêtements de ville.

Un collecteur pour les vêtements de travail sales peut être disposé dans le vestiaire.

Un flacon de solution hydro-alcoolique permet de se désinfecter les mains lors du changement de vêtements.

Les vêtements de travail sont fournis gratuitement par l'employeur qui assure leur maintien dans un état hygiénique satisfaisant par les entretiens, réparations et remplacements nécessaires.

Si une surblouse est utilisée, celle-ci est à usage unique. Elle doit être éliminée dans les DASRI après le soin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006
Code du travail (article R4323-95)

QUESTION 6

→ **Le mode opératoire pour l'utilisation de produit hydro-alcoolique (quand, comment, pendant combien de temps) est-il connu de tout le personnel ?**

Justification de la question

Une utilisation adéquate de produit hydro-alcoolique permet de diminuer de façon significative les contaminations croisées manuportées.
Certaines situations contre-indiquent l'utilisation de produit hydro-alcoolique.

Explications et moyens pratiques

L'hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique (PHA) fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

• Quand

Avant et après chaque soin et examen

- Avant l'enfilage des gants
- Immédiatement après le retrait des gants non poudrés

• Comment

A réaliser sur les mains

- sans bijou ni alliance ni montre ou bracelet ;
- avec des ongles courts sans vernis ;
- visuellement propres et sèches ;
- non poudrées.

Technique en 7 temps selon la fiche disponible en Annexe 4 (cf. Questions 7)

• Pendant combien de temps

En général dose suffisante pour 30 s de contact.

Former l'ensemble des personnes impliquées (praticiens, assistantes, aides dentaires) aux règles de bases en hygiène et aseptie.

Afficher ou tenir à disposition des personnes impliquées une fiche de synthèse sur la « Désinfection des mains par friction hydro-alcoolique » (cf. Question 7)

Bon à savoir / Astuces

Un lavage simple est pertinent **uniquement** lorsque les mains sont **visiblement** souillées, mouillées ou poudrées. Une partie des intolérances observées dans la littérature est due à l'utilisation persistante des savons dans les situations où la friction serait adaptée. Les personnes atopiques ne présentent pas plus de réactions aux PHA que les personnes non atopiques (mais préférer des PHA sans parfum et comme émoullient la glycérine plutôt que la lanoline). De nombreuses études démontrent que les PHA sont moins irritants que les savons doux. Cette meilleure tolérance est corrélée à la présence d'un agent émoullient dans les PHA (glycérine en général). La friction des mains peut donc être répétée fréquemment. La sensation de doigts « collants » est sans doute due à l'agent émoullient protecteur.

La succession d'un lavage et d'une friction doit être évitée. Les savons sont détergents et suppriment la couche lipidique cutanée favorisant la pénétration du PHA dans le derme.

De plus, l'humidité persistante dans la couche cornée entraîne une moindre tolérance et une diminution de l'efficacité. Il faut attendre 10 minutes entre le lavage et la friction pour un séchage correct des mains.

L'affiche ci-contre présente les 5 indications en ce qui concerne l'hygiène des mains. Celle-ci ne se pratique pas uniquement avec un produit hydro-alcoolique. Un lavage est nécessaire lorsque les mains sont souillées, mouillées ou poudrées.

Les 5 indications de l'hygiène des mains

Soins dentaires

1	AVANT DE TOUCHER UN PATIENT	QUAND ?	Pratiquer l'hygiène des mains avant de toucher un patient.
2	AVANT UN GESTE ASEPTIQUE	QUAND ?	Pratiquer l'hygiène des mains immédiatement avant d'effectuer un geste aseptique.
3	APRÈS UN RISQUE D'EXPOSITION À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE	QUAND ?	Pratiquer l'hygiène des mains après toute exposition potentielle ou effective à un liquide biologique et après le retrait des gants.
4	APRÈS AVOIR TOUCHÉ UN PATIENT	QUAND ?	Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché le patient, au terme de la rencontre ou lorsque celle dernière est interrompue.
5	APRÈS AVOIR TOUCHÉ L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT	QUAND ?	Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché un objet dans l'environnement du patient pour autant qu'une zone à risque de contamination et un environnement dédiés, même lorsque le patient n'a pas été touché.

Organisation mondiale de la Santé **SAVE LIVES**
Clean Your Hands

Une version de cette fiche plus grande et détachable est disponible en Annexe 3.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière | Publications
<http://www.sf2h.net/outils-pedagogiques-sf2h.html>
 Mission Mains propres 2011 - Dossiers - Ministère de la Santé
<http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres-2011>
 Réflexe "SHA", CCLIN Sud Est, Janvier 2012

QUESTION 8



Réalisez-vous systématiquement une friction avec un produit hydro-alcoolique avant et après chaque soin/examen ?

Justification de la question

L'usage raisonné de la friction hydro-alcoolique permet une diminution significative des contaminations croisées qui sont les plus fréquentes.

Explications et moyens pratiques

L'hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

L'hygiène des mains regroupe des procédures différentes, adaptées à des situations différentes permettant de répondre à des objectifs différents :

- Le **lavage simple des mains** : permet l'élimination des salissures, avec un niveau limité de désinfection.
- Le **traitement hygiénique des mains par friction** permet une désinfection des mains efficace sur la flore transitoire (bactéries, levures ou virus), en cas de présence réduite de matières organiques (mains non visiblement souillées). L'activité sur la flore permanente est limitée. La tolérance est améliorée par l'utilisation de produits spécifiques contenant des agents protecteurs et sans parfum.
- La **désinfection chirurgicale par friction** permet une désinfection des mains active sur l'ensemble de la flore (flore permanente et flore transitoire) dont l'effet se prolonge plusieurs heures sous gants.

La réalisation d'une friction avec un produit hydro-alcoolique n'est possible que si les mains sont :

- sans bijou ni alliance ni montre ou bracelet ;
- avec des ongles courts sans vernis ;
- visuellement propres et sèches ;
- non poudrées.

La **Liste positive des produits désinfectants dentaires** éditée par l'ADF permet un choix éclairé des produits hydro-alcooliques.

Les produits hydro-alcooliques doivent satisfaire aux normes listées en Annexe 12 pour les *Produits pour la désinfection des mains*.

Types de procédures	Produits/matériel	Objectifs	Indications
Lavage simple Risque infectieux limité	Savon doux non AS Eau du réseau Essuie-mains à usage unique non stérile	Éliminer les salissures Réduire la flore transitoire	Mains visiblement sales : gestes de la vie courante (après s'être mouché, être allé aux toilettes...) ; en début et fin de journée Mains mouillées En présence de poudre sur les mains au retrait des gants Après tout contact accidentel avec du sang ou des liquides biologiques contaminés (AES) avant immersion dans un antiseptique au moins 5 minutes
Friction hygiénique Risque infectieux limité ou Risque infectieux intermédiaire	Solution ou gel hydro-alcoolique Procédure décrite dans l'Annexe 4	Éliminer la flore transitoire	Gestes de la vie courante (après s'être mouché, être allé aux toilettes...) si mains non visiblement sales. En début et fin de journée si mains non visiblement sales. Avant et après chaque examen ou soin dentaire Avant enfilage et après retrait des gants Si FHA après lavage attendre 10 min FHA seulement si mains non visiblement sales, sèches, gants non poudrés
Désinfection chirurgicale par friction hydro-alcoolique Risque infectieux élevé	Savon doux non AS Eau du réseau Essuie-mains à usage unique non stérile + Solution ou gel hydro-alcoolique Procédure décrite dans l'Annexe 5	Éliminer la flore transitoire et réduire la flore résidente de façon prolongée	Avant tout acte de chirurgie invasive au bloc Avant tout geste nécessitant une asepsie de type chirurgical

Bon à savoir / Astuces

Pour effectuer à chaque fois que cela est nécessaire une friction hydro-alcoolique, il est préférable de disposer des flacons à de nombreux endroits dans le cabinet : accueil, salle de stérilisation, salle de soins « côté assistante », zone de stockage...

La durée de conservation d'un PHA après ouverture est de 1 à 3 mois selon les fabricants.

Pour limiter l'agression des mains :

- Règles lors du lavage : Pas de double dose de savon, rinçage méticuleux, essuyage doux et complet
- Remplacer les techniques de lavage par les techniques de friction chaque fois que possible. Ne jamais faire de friction immédiatement après le lavage. Attendre au moins 10 min.
- Utiliser une crème protectrice au moment des pauses, après le travail et le soir (ne pas les utiliser en même temps qu'un savon ou un produit de friction).

En cas de problème cutané, consulter rapidement un dermatologue ou la médecine du travail afin d'identifier l'élément mal toléré (gant inadapté, bilan allergologique...).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2015

ProdHybase

<http://prodhybase.chu-lyon.fr/activites2.htm>

SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière | Publications 2015

<http://www.sf2h.net/outils-pedagogiques-sf2h.html>

Mission Mains propres 2011 - Dossiers - Ministère de la Santé

<http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres-2011>

QUESTION 9

→ **Les gants à usage unique portés par l'équipe soignante sont-ils changés systématiquement entre chaque patient et lors de chaque interruption de soins (tél, accueil...) ?**

Justification de la question

Les gants servent de protection physique entre les membres de l'équipe soignante et les patients limitant ainsi les contaminations. Pour éviter les contaminations croisées, ils doivent être changés systématiquement entre chaque patient.

Explications et moyens pratiques

Le port de gants fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

Les gants assurent la protection des soignants et des patients en prévenant les transmissions croisées si :

- ils sont utilisés de manière appropriée,
- l'hygiène des mains est toujours pratiquée.

Le port de gants ne se substitue pas à la pratique de l'hygiène des mains.

Les gants ont avant tout un effet barrière vis-à-vis des micro-organismes transmissibles par le sang. Ils préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques contenant du sang, surtout en cas de peau lésée. Ils ont également un effet protecteur en cas de piqûre, surtout avec une aiguille pleine, par un phénomène d'essuyage de l'objet perforant, qui réduit significativement l'inoculum.

La technique d'enfilage des gants doit être maîtrisée afin de prévenir leur contamination, de même que la technique de retrait des gants afin de prévenir la contamination des mains des soignants.

Les gants se portent sur des mains à ongles courts, sans bijou.

Ces gants sont changés entre deux patients et en cours de soins à chaque fois qu'ils sont détériorés (piqûres, coupures). Il peut donc être nécessaire de changer plusieurs fois de gant pour un même patient. Toute interruption des soins (téléphone, accueil...) impose le retrait des gants puis leur changement. Pendant le déroulement de l'acte, ces mêmes gants ne doivent pas être souillés par le contact avec des équipements et des mobiliers, car ils pourraient ainsi contribuer à la transmission indirecte des agents infectieux aux patients et au personnel.

Former l'ensemble des personnes impliquées (praticiens, assistantes, aides dentaires) sur la « Technique d'enfilage et de retrait des gants de soins non stériles ». Afficher ou tenir à disposition de ces mêmes personnes une fiche décrivant la méthode (page suivante).



Une version de cette fiche plus grande et détachable est disponible en Annexe 6

En Annexe 7a et 7b se trouve une fiche sur la « Technique d'enfilage et de retrait des gants stériles ».

Bon à savoir / Astuces

Privilégier l'utilisation de gants non poudrés, car ils sont moins irritants et moins sensibilisants que les gants poudrés avec de l'amidon de maïs.

La présence de poudre est proscrite en association avec l'utilisation d'un produit hydro-alcoolique

Le lavage des gants ou l'utilisation d'un produit hydro-alcoolique sur ceux-ci est à proscrire. Cela les rend poreux et donc inefficaces.

Après un certain temps d'utilisation (de quelques dizaines de minutes à quelques heures selon les gants), les gants deviennent poreux, ils doivent alors être changés.

L'usage inutile et inapproprié des gants représente un gaspillage et un risque accru de transmission de germes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

OMS, Usage des Gants : Fiche d'Information, Avril 2010

OMS, Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, 2010

ADF, Protection des mains au cabinet dentaire, 2003

ADF, Accidents d'Exposition au sang au cabinet dentaire, 2006

QUESTION 10

→ Avez-vous différentes sortes de gants ?

Justification de la question

Selon la nature de l'acte à réaliser (chirurgical ou non), la technique d'hygiène des mains et le type de gants choisis (stériles ou non) changeront.

Pour les manipulations de dispositifs médicaux souillés ou de produits chimiques, ce sont les qualités de protection des gants qui primeront.

Explications et moyens pratiques

Le port de gants fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

Les **gants médicaux** sont destinés à l'usage médical pour la protection du patient et de l'utilisateur de toute contamination croisée. Ils doivent être conformes à la réglementation (marquage CE selon la directive 93/42 relative aux dispositifs médicaux) et aux normes européennes (NF EN 455-1, -2, -3 et -4).

Ces gants peuvent être stériles ou non stériles et sont systématiquement non réutilisables.

Parmi les gants médicaux, on peut distinguer :

- *Les gants d'examen et de soins*

Gants stériles ou non qui peuvent ou non être de forme anatomique, conçus pour la pratique d'examens médicaux, de diagnostics, d'actes thérapeutiques et pour la manipulation de matériel médical contaminé.

- *Les gants de chirurgie*

Gants stériles de forme anatomique, dont le pouce est légèrement décalé par rapport au plan de la main et placé devant l'index, et conçus pour être utilisés en chirurgie.

Les **gants de protection** sont destinés à protéger vis-à-vis de différents risques : chimiques, thermiques, mécaniques, radiations ... associés ou non à un risque infectieux.

Ces gants peuvent être en latex naturel, nitrile, vinyle ou polyuréthane.

Les gants utilisés doivent être stériles pour les procédures chirurgicales, mais peuvent être non stériles pour les examens ou procédures non chirurgicales.

Le double gantage en chirurgie est une pratique appropriée pour des interventions chirurgicales de longue durée (supérieure à 30 minutes), pour des procédures de soins impliquant un contact avec de grandes quantités de sang ou de liquides biologiques.

Le port de gants de protection est indispensable lors de la manipulation de produits chimiques (désinfectants et produits d'entretien).

Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de gants résistants non stériles à usage unique. Il faut aussi porter lunettes et masque contre le risque de projection.

Avoir à disposition 3 types de gants :

- *médicaux non stériles* pour les procédures ou examens non chirurgicaux pour le personnel soignant.
- *médicaux stériles* pour les procédures chirurgicales pour le personnel soignant.
- *épais de protection* pour les premières étapes de la chaîne de stérilisation, lors du contact avec des désinfectants et des produits d'entretien (assistante et/ou aide dentaire, personnel d'entretien).

Bon à savoir / Astuces

Le port de gants n'exclut pas l'hygiène des mains.

La technique d'hygiène des mains doit correspondre au type de gants choisis. Avant l'utilisation de gants de chirurgie, il faut pratiquer une désinfection chirurgicale des mains par friction hydro-alcoolique.

Les gants ne constituent pas une protection absolue contre la contamination des mains. Celle-ci peut se produire lorsque les gants présentent des défauts ou lors du retrait des gants.

La friction hydro-alcoolique des mains reste la mesure essentielle garantissant leur désinfection après le retrait des gants si les mains sont propres (non poudrées).

Les lotions et crèmes protectrices contenant des huiles, de la vaseline ou d'autres produits à base de pétrole ne doivent pas être employées sous les gants (risque d'altération du matériau).

Il est fortement recommandé que les gants médicaux soient sans latex et non poudrés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

OMS, Usage des Gants : Fiche d'Information, Avril 2010

OMS, Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, 2010

ADF, Protection des mains au cabinet dentaire, 2003

ADF, Accidents d'Exposition au sang au cabinet dentaire, 2006

QUESTION 11

- **L'équipe soignante porte-t-elle systématiquement un masque chirurgical pendant chaque soin ?**
- **Quel type de masque avez-vous au cabinet ?**
- **À quelle fréquence le changez-vous ?**

Justification de la question

Lors des soins de nombreuses gouttelettes et projections peuvent atteindre le visage du personnel soignant. Le masque chirurgical les en protège.

Les appareils de protection respiratoire sont nécessaires pour se protéger des infections transmises par voie aérienne.

Explications et moyens pratiques

Le port du masque chirurgical fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

Le **masque chirurgical**, anciennement appelé masque de soins ou masque médical, sert à éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte, la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » ou « aérienne ». Il peut être équipé d'une visière pour protéger les yeux

Porté par le personnel soignant :

- il prévient la contamination du patient et de son environnement (air, surfaces, matériels) ;
- il le protège contre les agents infectieux transmissibles par voie gouttelettes et contre un risque de projection de liquides biologiques (présence d'une couche imperméable). Il peut être équipé d'une visière pour protéger les yeux

Pour tous les soins en chirurgie dentaire, il convient de porter un masque chirurgical. Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de lunettes et masque contre le risque de projection et de gants résistants non stériles à usage unique.

Le masque chirurgical est un dispositif médical. La mention marquage CE doit apparaître sur l'emballage. Il doit également correspondre au Type IIR de la norme NF EN 14683 (efficacité de filtration bactérienne $\geq 98\%$, résistant aux éclaboussures).

Test	Type I	Type IR	Type II	Type IIR
1. Efficacité de filtration bactérienne (EFB)	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 98\%$	$\geq 98\%$
2. Pression différentielle	< 29,4	< 49	< 29,4	< 49
3. Pression de la résistance aux éclaboussures (mmHg)	Non exigée	≥ 120	Non exigée	≥ 120

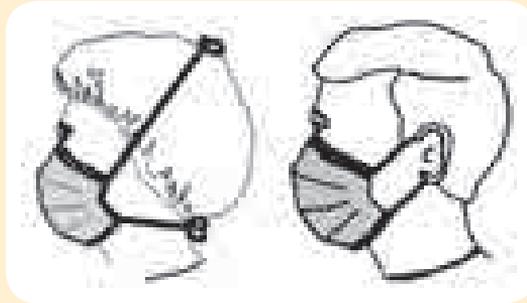
Performance des masques chirurgicaux selon la norme EN 14683.

Note : les types IR et IIR sont « résistants aux éclaboussures »

Le masque chirurgical ne protège pas contre les agents infectieux transmissibles par voie aérienne (agents infectieux < 5 µm). Seuls les **appareils de protection respiratoire (APR)** protègent le porteur contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie aérienne (tuberculose, SRAS, grippe aviaire ...). Pour se protéger de ces infections, l'APR doit correspondre à la classification FFP2 de la norme NF EN 149.

Technique de pose d'un masque chirurgical :

- Faire une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.
- Ne prendre qu'un seul masque dans la boîte par sa partie centrale externe.
- Respecter le sens de pose : barrette rembourrée sur le nez en haut et plis plongeants (mention imprimée à l'extérieur du masque).
- L'appliquer sur le visage en le tenant par les liens :
 - Pour les masques à lanières : les liens supérieurs sont noués sur le haut de la tête ou au dessus des oreilles et les liens inférieurs au niveau du cou en plaquant bien le masque sous le menton.
 - Pour les masques à élastiques : les élastiques sont passés derrière les oreilles.
- Afin d'assurer une bonne étanchéité du masque chirurgical, le nez, la bouche et le menton doivent être recouverts. Ajuster la barrette nasale avec les 2 index pour l'étanchéité.
- Limiter la manipulation du masque à sa pose et à son retrait.



Bonnes modalités d'attache des liens.
D'après un dessin original de Xavier Gatineau

Le **masque doit être changé** entre chaque patient et chaque fois qu'il est humide. Son utilisation est limitée à 4 heures en continu.

Bon à savoir / Astuces

Les masques chirurgicaux doivent être portés selon un sens déterminé, car leur propriété de filtration en dépend.

Avant et après chaque changement de masque, faire une friction hydro-alcoolique. Le masque doit être mis avant de mettre les gants.

Un masque est porté ou jeté. Il ne doit pas être replié sous le cou.

Le masque doit être éliminé avec les DASRI.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

CCLIN Sud-Ouest, Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection respiratoire dans les établissements de santé, Janvier 2007

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

QUESTION 12

- **Avez-vous des lunettes (ou des visières) de protection à disposition de toute l'équipe soignante ?**
- **Dans quels cas les utilisez-vous et les imposez-vous à votre personnel ?**

Justification de la question

Lors des soins de nombreuses gouttelettes et projections peuvent atteindre les yeux du personnel soignant. Les lunettes les en protègent.

Lors de la réalisation de certains soins, des matériaux durs peuvent être projetés. Il est donc nécessaire de se protéger les yeux.

Explications et moyens pratiques

Le port de lunettes de protection fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

Des lunettes de protection larges et munies d'un retour sur les côtés doivent être systématiquement portées pour tout acte générant des projections ou des aérosols.

Elles peuvent être remplacées par des visières (masques à visière ou visière indépendante).

Pour qui :

- personnel soignant : praticien, assistante dentaire
- patient : lors de soins par aéro-abrasion, par aéro-polissage

Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de lunettes et masque contre le risque de projection et de gants résistants non stériles à usage unique.

Bon à savoir / Astuces

En cas de port de lunettes de vue, il est possible d'utiliser un masque à visière ou des lunettes de protection adaptées à la vue. Le masque à visière a l'avantage de protéger non seulement les yeux mais l'ensemble du visage, les cheveux étant en principe protégés par un article coiffant.

Sauf exception, les lunettes de vue n'offrent pas une protection suffisante, notamment latérale. Des lunettes de protection larges peuvent aussi être portées au dessus des lunettes de vue. Celles-ci doivent être conformes aux normes NF EN 166, NF EN 167 et NF EN 168 et à la directive européenne 89/686 relative aux équipements de protection individuelle.

Il peut être recommandé, dans certaines circonstances, de faire porter des lunettes de protection par le patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

QUESTION 13

- **Le personnel chargé des procédés de traitement des dispositifs médicaux a-t-il reçu une formation spécifique et régulièrement réactualisée ?**
- **Ce personnel connaît-il les procédures à mettre en œuvre ?**
- **Le praticien a-t-il reçu une formation spécifique et régulièrement réactualisée ?**
- **Le praticien est-il en mesure de juger de la qualité des procédures de traitement des dispositifs médicaux ?**

Justification de la question

Le traitement des dispositifs médicaux souillés répond à des procédures très strictes. Cette tâche ne peut être accomplie que par certaines catégories de personnels qui doivent avoir validé une formation adéquate.

Le praticien est responsable de la bonne réalisation de la procédure de stérilisation.

Explications et moyens pratiques

Le traitement des dispositifs médicaux comprend obligatoirement plusieurs étapes qui, pour être correctement appliquées, doivent être écrites et connues du personnel affecté à cette tâche.

Parmi le personnel, seules les assistantes et les aides dentaires qualifiées peuvent manipuler les dispositifs médicaux utilisés pour les soins qu'ils soient souillés ou non. Les réceptionnistes, secrétaires ou femmes de ménage n'ont pas le droit de manipuler des dispositifs médicaux souillés.

Certaines catégories de dispositifs médicaux (les PID par exemple) nécessitent des procédures spécifiques qui évoluent en fonction des connaissances et du développement du matériel. La formation initiale du personnel doit être complétée par de la formation continue.

Affichage des différentes procédures (à privilégier) ou fiches techniques répertoriées dans un classeur.

Formation des nouveaux personnels en utilisant les fiches de procédures élaborées au sein du cabinet.

L'entrée en vigueur du DPC impose une participation régulière de tous les chirurgiens dentistes à des séances de formation continue. Les orientations nationales du DPC comportent une partie en relation avec les infections liées aux soins.

Le chirurgien-dentiste doit prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit. La responsabilité du chirurgien-dentiste libéral sera engagée en cas de faute technique ou de négligence de sa part ayant causé un préjudice au patient.

Bon à savoir / Astuces

L'utilisation d'un classeur mural permet d'afficher un grand nombre de procédures et de fiches descriptives en un minimum de place.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Code de la santé publique (article R4127-204)

Code de la santé publique (article L1142-1)

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

Campus numérique Hygienosia - Hygiène - Désinfection - Stérilisation - Formation en ligne, www.hygienosia.com

Le DPC (développement professionnel continu)

La loi HPST (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi (article L. 4143-1 du Code de la santé publique), le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Le décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes prévoit que les chirurgiens-dentistes doivent participer annuellement à un programme de DPC. Il définit le contenu de l'obligation de DPC, son organisation et son financement. Le décret prévoit également les modalités de contrôle du respect de cette obligation par l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Le DPC comporte deux versants :

- l'analyse, par les chirurgiens-dentistes, de leurs pratiques professionnelles,
- l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences.

Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente.

La « Grille technique d'évaluation » constitue un outil parfaitement adapté pour accompagner des formations dans le cadre du DPC. En effet, l'autoévaluation permet d'analyser ses pratiques et de définir des actions d'amélioration. Les réponses aux questions permettent l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances.

L'arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du DPC pour l'année 2013 se compose de 6 orientations :

- Orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
- Orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
- Orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques. La prévention des événements indésirables liés aux soins tels que les infections nosocomiales et les infections liées aux soins fait partie de cette orientation.
- Orientation n° 4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles
- Orientation n° 5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale
- Orientations n° 6 : contribuer à la formation professionnelle continue

Dans le cadre de leur obligation annuelle de DPC, les chirurgiens-dentistes peuvent donc participer à une formation sur le thème de l'hygiène et asepsie.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit une réorganisation du DPC dans son ensemble.

Les **coordonnées du service à contacter** en cas d'AES peuvent être obtenues auprès de :
Ligne VIH INFO SOIGNANTS : 0 810 630 515 de 9h à 21h
Ligne VIH INFO SERVICES : 0 800 840 800 24h/24

Déclarer l'accident de travail d'un salarié

Lorsqu'un salarié est victime d'un accident du travail ou de trajet, il dispose de 24 heures pour en avvertir son employeur. Il doit lui préciser le lieu, les circonstances de l'accident et l'identité du ou des témoins éventuels. Afin de faire constater les lésions éventuelles, il doit aussi rapidement consulter un médecin qui établira alors un certificat médical initial.

Le salarié transmet ensuite les volets 1 et 2 de ce certificat à sa caisse d'Assurance Maladie et conserve le volet 3. En cas d'arrêt de travail, il adresse le volet 4, intitulé « Certificat d'arrêt de travail » à son employeur.

Les démarches de l'employeur

Une fois informé de l'accident, vous devez :

- remettre immédiatement à votre salarié une « Feuille d'accident ». Elle permet à ce dernier de bénéficier du remboursement à 100 % des frais médicaux liés à l'accident du travail (sur la base et dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie) sans avance de frais ;
- déclarer l'accident dans les 48 heures, soit :
 - par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse d'Assurance Maladie du salarié à l'aide du formulaire de « Déclaration d'accident du travail ou de trajet », en précisant les lieux, circonstances et l'identité des témoins éventuels ;
 - en ligne, sur Net-Entreprise (www.net-entreprises.fr/html/dat.htm). Pour pouvoir déclarer en ligne, il faut au préalable être inscrit sur Net- Entreprises.

En cas d'arrêt de travail, vous devez joindre à votre déclaration d'accident du travail ou de trajet une « Attestation de salaire ».

Déclarer l'accident de travail d'un praticien libéral

La déclaration se fait dans les 48 heures, auprès de son assureur, à condition d'avoir antérieurement souscrit une assurance volontaire « Accident du travail - Maladie professionnelle » auprès de la sécurité sociale ou une assurance privée.

Bon à savoir / Astuces

Noter sur la fiche « Conduite à tenir en cas d'AES » les numéros de téléphone du service des urgences de l'hôpital le plus proche du cabinet et celui de la ligne directe du médecin référent AES de cet établissement. Vérifier ces informations périodiquement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

ADF, Accidents d'Exposition au sang au cabinet dentaire, 2006.

ADF, Grille technique d'évaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2013

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Vos démarches, Accident de travail et de trajet, Formalités et déclaration sur www.ameli.fr

Formulaires :

- Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle : Cerfa n°11383*02

- Déclaration d'accident du travail ou de trajet : Cerfa n°14463*01 (ex n°60-3682)

- Attestation de salaire - accident du travail ou maladie professionnelle : Cerfa n°11137*02

QUESTION 15

→ Utilisez-vous un dispositif de recapuchonnage d'une seule main ?

Justification de la question

30% des Accidents d'Exposition au Sang sont dus aux aiguilles d'anesthésie. Il ne faut jamais recapuchonner les aiguilles à deux mains.

Explications et moyens pratiques

La prévention des Accidents d'Exposition au Sang fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

Un AES peut survenir en recapuchonnant une aiguille à deux mains.

Il ne faut pas recapuchonner les aiguilles ou même les désadapter avec deux mains. Il est préférable de déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.

Si le recapuchonnage ne peut être évité, il s'effectue à l'aide d'un dispositif spécifique à une main.

Le recapuchonneur permet de recapuchonner l'aiguille entre 2 anesthésies ou en fin d'anesthésie lors d'un soin dentaire pour un même patient en n'utilisant qu'une main.

Bon à savoir / Astuces

Pour limiter les risques, il faut utiliser des pinces pour la désinsertion de l'aiguille ou du matériel de sécurité :

- recapuchonneur ;
- seringue double corps ;
- aiguille rétractable ;
- destructeur d'aiguille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES), Guide des matériels de sécurité et des dispositifs barrières, édition 2010
www.geres.org

2.

LOCAUX

- 2.1 ZONE D'EXAMEN ET DE SOINS
- 2.2 ZONE D'ENTRETIEN DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

QUESTION 16

- **Des revêtements non poreux et facilement lessivables sont-ils privilégiés pour toutes les surfaces (sols, murs, mobilier, plan de travail, unit ...) dans la salle de soins comme dans la salle de traitement des dispositifs médicaux ?**
- **Le sol des salles chirurgicales est-il en revêtements thermoplastiques avec remontées en plinthes et gorge arrondie ?**
- **Les angles vifs et les recoins (plan de travail, poignées de meuble...) ont-ils été supprimés ?**

Justification de la question :

Les matériaux lisses et sans aspérités sont facilement nettoyables.

La propreté du local et des surfaces constitue un préalable indispensable pour assurer des soins en toute sécurité.

Le respect de ces recommandations facilite le bio nettoyage de la salle de soins et permet de le réaliser plus rapidement et plus efficacement.

Explications et moyens pratiques

La prévention du risque infectieux implique, pour l'ensemble du cabinet, un choix de revêtements non poreux et facilement lessivables : sols, murs, plafonds, mobiliers, étagères, plans de travail, unit et fauteuil, siège du praticien.

Pour les sols, et en particulier dans les pièces techniques (salle de soins...), préférer nettement les revêtements thermoplastiques en lés soudés à chaud par des joints parfaitement arasés ; les carrelages également lessivables sont acceptables dans les locaux à grand passage (couloirs, salle d'attente, sanitaires...) et sont posés de préférence avec des joints souples de très faible largeur.

Si les plafonds comportent des dalles, celles-ci devront comporter une finition de surface imperméable et lessivable.

Divers éléments constitutifs vont également contribuer à l'hygiène du cabinet en facilitant le nettoyage des locaux :

- la protection murale derrière les points d'eau pour éviter la dégradation des murs (lavabos, bacs, sanitaires, vidoirs...) ;
- la suppression des angles vifs, des recoins et des joints de différentes natures grâce à :
 - des sols remontés en plinthes avec une gorge arrondie,
 - une paillasse monobloc remontée en dossier avec une gorge arrondie,
 - des meubles aux angles arrondis avec des poignées d'ouverture aux formes simples...

Les sols en revêtements thermoplastiques avec remontés en plinthes et gorges arrondies ne s'imposeront que dans les salles dédiées à la chirurgie.

Les meubles avec poignées d'ouverture aux formes simples et arrondies seront utilisés dans les salles de soins. Pour les salles dédiées à l'implantologie, les meubles seront en nombre très limité. Les dessertes sur roulettes seront préférées.

Bon à savoir / Astuces

Attention à l'incompatibilité de certains produits décontaminant avec les matériaux des meubles. Le Corian® par exemple ne peut pas être nettoyé avec des produits contenant des phénols. L'eugénol tâche aussi ce matériau.

Si des carrelages sont utilisés dans la salle de soins, ceux-ci devront être les plus grands possibles et rectifiés (= sans biseau marginal) permettant ainsi de limiter la taille des joints, parfaitement lisses et non poreux. Des produits spécifiques permettent d'étanchéifier les joints de carrelage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

QUESTION 17

→ La zone d'examen et de soins est-elle individualisée des autres zones techniques ?

Justification de la question

Un agencement adapté favorise le respect des règles d'hygiène et d'asepsie en évitant que ne cohabitent des dispositifs médicaux souillés et d'autres propres ou stériles.

Explications et moyens pratiques

La disposition des pièces doit être déterminée par rapport au risque potentiel de contamination, à savoir :

- les zones administratives : accueil, bureau, attente patients ;
- les zones potentiellement contaminées : zone de traitement de matériel, zone de stockage des déchets, zone pour le matériel de ménage, sanitaires ;
- les zones dites protégées : zone d'examen et de soins, zone de conditionnement, de stérilisation et de stockage du matériel stérile et des médicaments.

En tout état de cause, la zone de soins doit toujours être individualisée des autres zones techniques.

Bon à savoir / Astuces

Dans la mesure du possible il est préférable que cela soit le cas pour des raisons d'hygiène et de confidentialité.

Le bureau indépendant de la salle de soins permet à l'assistante d'effectuer ses tâches de nettoyage plus efficacement.

Il permet au patient de mieux s'exprimer avec son praticien sans être entendu par une tierce personne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

QUESTION 18

- La zone d'examen et de soins comporte-t-elle :**
- un lavabo, de préférence à commande non manuelle ?
 - un distributeur de solution hydro-alcoolique et de savon liquide, de préférence avec recharge entièrement jetable (pompe y compris) ?
 - un distributeur d'essuie-mains à usage unique ?

Justification de la question

L'hygiène des mains fait partie des Précautions Standard et permet à elle seule de diminuer de façon très importante les contaminations croisées. L'installation des locaux doit permettre une hygiène des mains optimale.

Explications et moyens pratiques

La zone de soins comportera un équipement pour l'hygiène des mains comportant :

- un lavabo sans trop-plein, de préférence isolé des plans de travail ; s'il y est intégré, il faut éviter de déposer des objets à proximité du poste d'eau, car ils y seraient exposés aux éclaboussures générées par le lavage des mains,
- une distribution d'eau, de préférence à commande non manuelle,
- un distributeur de solution hydro-alcoolique ou de savon liquide, de préférence avec une recharge entièrement jetable (pompe y compris),
- un distributeur d'essuie-mains à usage unique,
- une poubelle (dont l'ouverture est à commande non manuelle).

Bon à savoir / Astuces

La commande non manuelle n'est pas indispensable lorsque l'équipe respecte le protocole de lavage des mains qui consiste à fermer le robinet avec la serviette jetable qui a servi à s'essuyer les mains.

Néanmoins, cette commande non manuelle est préférable et peut être une cellule photoélectrique, une commande au pied ou une commande au coude.

Le système à cellule photoélectrique présente des risques d'infections par localisation des germes sur la cellule qu'il est difficile de désinfecter.

Les serviettes en tissu, réutilisables ou les systèmes de séchage des mains par air pulsée ou aspiration ne sont pas admis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

QUESTION 19

- **La zone de tri de la salle de soins comporte-t-elle :**
- un collecteur OPCT (boite plastique) pour les déchets piquants, coupants, tranchants ?
- un collecteur permettant de transporter sans risque les autres déchets ?

Justification de la question

La nature des déchets conditionne leur filière d'élimination ou de valorisation. Le tri doit être effectué au plus proche de la production.

Explications et moyens pratiques

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, les déchets doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille) doit être présente dans la salle de soins. Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

A proximité immédiate de la salle de soins, se situeront, pour les emballages intermédiaires :

- une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers ;
- une poubelle pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI norme AFNOR NFX30-501) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (bavettes ...).

Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production.

Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques (Norme AFNOR NFX30-502).

Bon à savoir / Astuces

Les collecteurs doivent, par mesure d'hygiène, se situer dans la partie « humide et souillée » de la salle de stérilisation. Il faut trier les déchets dans la salle de soins, immédiatement déposer dans le container approprié les OPCT et transporter le reste dans de petits bacs qui seront vidés dans les collecteurs de la salle de stérilisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 20

→ **Le tri des déchets (les objets piquants, coupants, tranchants, les DASRI, les DAOM et les déchets mercuriels) et des dispositifs médicaux se fait-elle, dès la fin du soin, dans la salle de soins ?**

Justification de la question

La nature des déchets conditionne leur filière d'élimination ou de valorisation. Le tri doit être effectué au plus proche de la production.

Explications et moyens pratiques

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, les déchets doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille) doit être présente dans la salle de soins. Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

A proximité immédiate de la salle de soins, se situeront, pour les emballages intermédiaires :

- une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers ;
- une poubelle pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI norme AFNOR NFX30-501) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (bavettes ...).

Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production.

Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques (Norme AFNOR NFX30-502).

Bon à savoir / Astuces

Les collecteurs doivent, par mesure d'hygiène, se situer dans la partie « humide et souillée » de la salle de stérilisation. Il faut trier les déchets dans la salle de soins, immédiatement déposer dans le container approprié les OPCT et transporter le reste dans de petits bacs qui seront vidés dans les collecteurs de la salle de stérilisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie.
Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 21



Le mobilier et les équipements sont-ils réduits au strict minimum (si possible, surélevés ou sur roulettes pour faciliter le nettoyage) ?

Justification de la question

Il est inutile d'exposer du matériel en permanence à une contamination aérienne. Le mobilier inutile complique et fait prendre plus de temps au nettoyage.

Explications et moyens pratiques

Le mobilier et les équipements réduits au strict minimum sont, si possible, sur pieds pour faciliter l'hygiène des sols ou, mieux, sur roulettes pour en faciliter le déplacement. Ils peuvent ainsi être stockés hors de la pièce si nécessaire. Ils doivent être faciles à nettoyer.

Pour ne pas exposer inutilement des matériels aux projections générées par les soins, les plans de travail et les parties supérieures des meubles de rangement sont dégagés au maximum.

Bon à savoir / Astuces

Lors de la construction du cabinet prévoir des gaines de passage de câble larges par le sol pour éviter la profusion de fils autour de l'unit.

Certains dispositifs (les microscopes par exemple) peuvent être fixés au mur ou au plafond pour faciliter le nettoyage des sols.

Il est préférable de fixer les meubles indispensables sur des murs porteurs de façon à ce qu'ils n'aient pas de pieds. Cela facilite grandement le nettoyage des sols.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 22

→ **Quels moyens utilisez-vous pour protéger ou nettoyer les claviers informatiques en salle de soins (film plastique, clavier lisse...) ?**

Justification de la question

Le clavier est une source de contamination croisée manuportée.

Explications et moyens pratiques

L'équipement informatique est éloigné au maximum de l'unité et n'est pas touché pendant le soin. Le cas échéant, cet équipement notamment le clavier sera emballé d'un film plastique.

Il est préférable d'utiliser des claviers, intégrant une surface tactile, parfaitement plate et résistante aux produits de désinfection.

Bon à savoir / Astuces

Il existe des claviers souples et étanches bon marché et facilement nettoyables.

Si une souris est utilisée, il faut privilégier les systèmes optiques plutôt que les systèmes à boule qui se remplissent de poussière.

Le système informatique accumule la poussière. Il doit régulièrement être dépoussiéré et aspiré pour garantir sa propreté et sa longévité. Dans la mesure du possible, il est préférable d'installer les unités centrales hors de la salle de soins.

Des écrans tactiles en verre, facilement nettoyables, permettent pour les nouveaux ordinateurs (directement intégrés à cet écran) l'utilisation d'un clavier virtuel supprimant ainsi tout clavier et souris physique. Ce type d'ordinateur peut aisément se fixer au mur et libérer le plan de travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Cleankeys, www.cleankeys.fr

TACTYS, www.tactys.com

QUESTION 23

- **Avez-vous un équipement facile d'entretien (fauteuil lisse et sans coutures, cordons lisses, système d'aspiration de préférence démontable, commandes à pédales) ?**
- **Avez-vous un scialytique avec poignée recouverte d'une protection à usage unique changée entre chaque patient (ou traitement de la poignée entre chaque patient) ?**

Justification de la question

Les surfaces de l'équipement sont contaminées lors des soins par les projections et le spray émis par les porte-instruments dynamiques. Elles sont des sources de contaminations croisées manuportées. Pour diminuer ce risque, il faut que l'équipement puisse être facilement et rapidement nettoyé.

Explications et moyens pratiques

La zone de soins comportera un unit dont le choix intégrera, entre autres exigences, des critères d'hygiène :

- siège et dossier du fauteuil lisses et sans coutures,
- cordons lisses,
- système d'aspiration de préférence démontable,
- commandes à pédales ou par touches digitales sans relief,
- un scialytique avec une poignée recouverte d'une protection à usage unique pour chaque patient ou de poignées stérilisables.

Ces critères doivent être pris en compte à l'achat de l'équipement.

Bon à savoir / Astuces

De par leur position, les surfaces contaminées des poignées des scialytiques, des vibreurs, des lampes à photopolymériser et des générateurs de rayons X sont parfois oubliées lors du nettoyage entre chaque patient.

Il faut veiller à faire respecter la procédure prévue.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 24



Quels moyens utilisez-vous pour maîtriser la qualité microbiologique des fluides du fauteuil (seringue air/eau ; tubulures et circuit d'alimentation) ?

Justification de la question

Des études ont montré que les concentrations bactériennes (10^4 à 10^5 UFC/ml) retrouvées dans les circuits d'eau sont bien supérieures à celles du réseau de distribution d'eau potable dont elle provient.

Explications et moyens pratiques

Il faut diminuer la concentration microbienne de l'eau des circuits d'eau afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient et le personnel du cabinet dentaire par ingestion, contact direct ou par inhalation des aérosols générés par la seringue air/eau, la turbine, les contre-angles et pièces à mains ou les appareils à ultrasons.

Des méthodes physiques et chimiques sont employées pour maîtriser la qualité microbiologique de l'eau des unités : produits chimiques désinfectants, purge des tubulures, filtration de l'eau, systèmes anti-reflux.

Produits chimiques

Plusieurs dispositifs de désinfection sont proposés par les fabricants.

Les désinfectants utilisés sont à base de chlore (exemple : hypochlorite de sodium avec 0,5 à 1 ppm de chlore libre pendant 10 minutes chaque jour), de peroxyde d'hydrogène, d'ammoniums quaternaires ...

Ces produits chimiques désinfectants peuvent être utilisés pour une désinfection périodique (selon les recommandations du fournisseur) avec un produit à concentration élevée, nécessitant un rinçage abondant. Certains procédés permettent une utilisation en continu d'un produit faiblement concentré et non toxique.

Procédures physiques

La purge des tubulures permet de réduire de manière transitoire le nombre de bactéries en suspension dans l'eau (contamination liée à la stagnation de l'eau et à la contamination apportée par le patient le cas échéant).

Il est recommandé d'effectuer une purge d'au moins cinq minutes en début de chaque journée d'utilisation ainsi qu'une purge de 20 à 30 secondes entre deux patients.

La filtration permet d'améliorer la qualité microbienne de l'eau. On utilise à cet effet des filtres de $0,22 \mu\text{m}$ qui sont placés le plus près possible du PID. La filtration à $0,22 \mu\text{m}$ ne prévient néanmoins pas le relargage d'endotoxines.

Informez l'ensemble des personnes impliquées (praticiens, assistantes, aides dentaires) sur l'importance de la qualité de l'eau des circuits d'eau des équipements dentaires, sur la formation des biofilms, sur les différents systèmes de traitement des circuits d'eau des équipements dentaires, et de la nécessité de suivre les protocoles.

Bon à savoir / Astuces

Certains équipements proposent, parfois en option, des systèmes de traitement de l'eau des circuits. Il faut s'y intéresser lors de l'acquisition du fauteuil.
Tous les produits ne se valent pas. Certains ont tendance à entraîner des dépôts dans les tuyauteries.

Des systèmes permettant d'automatiser les purges sont aussi de plus en plus souvent proposés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire dans les établissements de santé. CCLIN Sud Est, 2011
CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

QUESTION 25

→ **Tous les instruments détachables (turbines, contre-angles, pièces à main, pièces à main à ultrasons ...) sont-ils retirés après chaque soin pour être traités séparément ?**

Justification de la question

Tous les porte-instruments dynamiques doivent être stérilisés. Pour cela il est nécessaire de les détacher de l'équipement dentaire après chaque soin pour les traiter.

Explications et moyens pratiques

Les pièces à main, contre-angles et turbines doivent être débranchées de l'unit et être traités selon un protocole qui leur est adapté.

Ce protocole comprendra nécessairement des étapes de pré-désinfection, nettoyage, rinçage, séchage et stérilisation.

Le retrait des PID permet d'assurer la désinfection des raccords avec les produits détergents désinfectants en même temps que l'unit entre chaque patient pour limiter la contamination croisée.

Commencer par démonter les PID et débiter le traitement de leur surface en laissant agir la solution détergente désinfectante selon les recommandations du fabricant. Pendant ce temps, s'occuper du reste de l'unit.

Bon à savoir / Astuces

Les protocoles de traitement décrits par les fabricants des PID doivent être suivis scrupuleusement.

Il est fréquent que ces protocoles aient recours à des automates.

Le traitement des PID étant au moins aussi long que celui des autres dispositifs médicaux, il faut disposer de plusieurs PID pour avoir le temps de les traiter entre chaque patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 26

→ **Réalisez-vous une purge des équipements en début de séance avant la 1^{re} utilisation de l'unit pendant au moins 5 mn ?**

Justification de la question

Cette purge permet de réduire transitoirement la concentration microbienne due à la prolifération des micro-organismes pendant la période de non-utilisation de l'unit dentaire. Par contre, cette purge n'a aucune action sur le biofilm.

Explications et moyens pratiques

Des études ont montré que les concentrations bactériennes (10^4 à 10^5 UFC (Unité Formant Colonie) /mL) retrouvées dans les circuits d'eau sont bien supérieures à celles du réseau de distribution d'eau potable dont elle provient.

Il faut diminuer la concentration microbienne de l'eau des circuits d'eau afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient et le personnel du cabinet dentaire par ingestion, contact direct ou par inhalation des aérosols générés par la seringue air/eau, la turbine, les contre-angles et pièces à mains ou les appareils à ultrasons.

De nombreux micro-organismes ont été isolés dans ces circuits d'eau : bactéries, virus, champignons, parasites eucaryotes, nématodes ... Si la majeure partie de ces micro-organismes est d'origine environnementale et provient de l'eau alimentant l'unit dentaire, les micro-organismes (bactéries, virus (HCV, VIH, VHB), champignons...) en provenance de la cavité buccale ont aussi été retrouvés. Ils pourraient être responsables d'infections chez les sujets aux défenses immunitaires diminuées (sujets âgés, patients sous corticoïdes, patients sous traitement antibiotique, patients fumeurs, insuffisants respiratoires chroniques, patients diabétiques, patients VIH+...).

L'équipement est alimenté par le réseau d'eau potable ou par un réservoir indépendant. La conception des équipements dentaires favorise la stagnation de l'eau et la formation de biofilm. Le faible diamètre des tuyaux aboutit à une surface développée importante au regard du volume de liquide ce qui est propice au développement d'un biofilm.

Les purges de l'unit doivent être effectuées :

- en début de journée : purge de 5 minutes. Cette purge se fait avant de connecter les PID.
- entre chaque patient : purge de 20 à 30 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place ou avant de brancher de nouveaux instruments.
- en fin de vacation : purge de 20 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place.

Un traitement de l'eau des circuits est mis en place. Le produit devrait avoir au moins le marquage CE et la norme NF EN 13727 en conditions de saleté (norme de phase 2/étape 1) version 2013. La version 2012 de cette norme est encore acceptée jusqu'à fin 2015.

Bon à savoir / Astuces

De nombreux units de dernière génération possèdent des emplacements spécifiques qui permettent d'effectuer ces opérations automatiquement, libérant ainsi l'assistante pour d'autres tâches.

Lors de l'achat d'unit penser à privilégier les fabricants ayant prévu de tels systèmes pour augmenter la sécurité de vos soins.

En cas de légionellose, les Agences Régionales de Santé (ARS) peuvent rechercher l'existence de soins dentaires parmi les expositions possibles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire dans les établissements de santé. CCLIN Sud Est, 2011

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

QUESTION 27

→ **Effectuez-vous une purge des équipements après chaque patient pendant 20 à 30 secondes ?****Justification de la question**

Cette purge permet d'éliminer la majorité des fluides buccaux ayant pu pénétrer dans les circuits d'eau des unités dentaires au cours des soins.

Cette purge doit être effectuée même si des dispositifs anti-reflux sont installés sur les unités dentaires.

Explications et moyens pratiques

Des études ont montré que les concentrations bactériennes (10^4 à 10^5 UFC/ml) retrouvées dans les circuits d'eau sont bien supérieures à celles du réseau de distribution d'eau potable dont elle provient.

Il faut diminuer la concentration microbienne de l'eau des circuits d'eau afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient et le personnel du cabinet dentaire par ingestion, contact direct ou par inhalation des aérosols générés par la seringue air/eau, la turbine, les contre-angles et pièces à mains ou les appareils à ultrasons.

De nombreux micro-organismes ont été isolés dans ces circuits d'eau : bactéries, virus, champignons, parasites eucaryotes, nématodes ... Si la majeure partie de ces micro-organismes est d'origine environnementale et provient de l'eau alimentant l'unité dentaire, les micro-organismes (bactéries, virus (HCV, VIH, VHB), champignons...) en provenance de la cavité buccale ont aussi été retrouvés. Ils pourraient être responsables d'infections chez les sujets aux défenses immunitaires diminuées (sujets âgés, patients sous corticoïdes, patients sous traitement antibiotique, patients fumeurs, insuffisants respiratoires chroniques, patients diabétiques, patients VIH+...).

L'équipement est alimenté par le réseau d'eau potable ou par un réservoir indépendant. La conception des équipements dentaires favorise la stagnation de l'eau et la formation de biofilm. Le faible diamètre des tuyaux aboutit à une surface développée importante au regard du volume de liquide ce qui est propice au développement d'un biofilm.

Les purges de l'unité doivent être effectuées :

- en début de journée : purge de 5 minutes. Cette purge se fait avant de connecter les PID.
- entre chaque patient : purge de 20 à 30 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place ou avant de brancher de nouveaux instruments.
- en fin de vacation : purge de 20 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place.

Un traitement de l'eau des circuits est mis en place. Le produit devrait avoir au moins le marquage CE et la norme NF EN 13727 en conditions de saleté (norme de phase 2/étape 1) version 2013. La version 2012 de cette norme est encore acceptée jusqu'à fin 2015.

Bon à savoir / Astuces

Lors de la décélération des porte-instruments rotatifs, il se produit une dépression qui peut engendrer l'aspiration de fluides contaminés et cela même en présence de valves anti-reflux.

De nombreux units de dernière génération possèdent des emplacements spécifiques qui permettent d'effectuer ces opérations automatiquement, libérant ainsi l'assistante pour d'autres tâches.

Lors de l'achat d'unit penser à privilégier les fabricants ayant prévu de tels systèmes pour augmenter la sécurité de vos soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire dans les établissements de santé. CCLIN Sud Est, 2011

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

QUESTION 28

→ Le corps de la seringue air/eau est-il nettoyé et désinfecté extérieurement entre chaque patient ?

Justification de la question

Lors de son utilisation, le corps de la seringue air/eau se contamine.

Explications et moyens pratiques

La seringue air/eau peut être contaminée à l'extérieur par projection et à l'intérieur par aspiration ou reflux. C'est pour cette raison qu'une valve anti-retour est conseillée. Le corps de la seringue doit être nettoyé et désinfecté extérieurement. Les embouts doivent être soit à usage unique, soit démontables et stérilisés entre chaque patient.

Bon à savoir / Astuces

La seringue air/eau fait partie des surfaces les plus touchées lors des soins. Le corps devient donc une surface particulièrement contaminée par les mains du personnel soignant d'une part et par les projections et sprays générés lors de son utilisation.

Les embouts à usage unique permettent un gain de temps considérable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 29

→ **Votre équipement possède-t-il des valves anti-retour sur toutes les tubulures et les circuits d'alimentation en eau (turbine, contre-angle, ultra-sons, seringue air/eau) ?**

Justification de la question

La dépression créée lors de l'arrêt des PID peut engendrer une remontée de micro-organismes dans les tubulures. Cela peut être la source d'une transmission de micro-organismes de patient à patient

Explications et moyens pratiques

Les tubulures peuvent être contaminées par la remontée de germes lors de l'utilisation des portes-instruments dynamiques, des détartreurs à ultrasons et de la seringue air/eau, spécialement en présence de réaspirateur de goutte (dispositif présent sur d'anciens porte-instruments rotatifs mais actuellement proscrit). Pour cette raison, un dispositif de valve anti-retour est fortement conseillé. Il doit être vérifié régulièrement : encrassage, usure...

Le système de valve anti-retour permet d'éviter le reflux de liquide de la cavité buccale du patient dans les circuits de l'unit dentaire. Cette valve peut être intégrée aux PID ou à l'équipement. Ce système demande un entretien et un remplacement régulier car des dépôts de biofilm et de l'usure peuvent apparaître.

Bon à savoir / Astuces

Les systèmes anti-retours peuvent se trouver au niveau de l'équipement lui-même ou au niveau de la tête des PID.

Même en présence de ces systèmes, les purges avant, entre et après les soins sont nécessaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

QUESTION 30

- **L'alimentation en eau de l'unit par le réseau d'eau potable ou un réservoir indépendant répond-elle aux critères de potabilité ?**
- **Avez-vous un dispositif de traitement de l'eau ?**

Justification de la question

L'utilisation d'une eau non potable pour réaliser les soins n'est pas compatible avec la sécurité des soins.

Le traitement de l'eau doit être efficace, car la conception des équipements dentaires est propice au développement d'un biofilm.

Explications et moyens pratiques

L'unit est alimenté par le réseau d'eau potable ou par un réservoir indépendant. La conception des units favorise la stagnation de l'eau et donc, la formation de biofilms et la prolifération de la flore hydrique. Des études ont montré que la charge bactérienne de l'eau non traitée des units peut souvent excéder 10^4 à 10^5 UFC/ml et comporter des micro-organismes potentiellement pathogènes.

Pour la réalisation d'actes chirurgicaux, l'utilisation d'eau stérile est recommandée.

Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité des soins, il est justifié d'utiliser pour des soins dentaires une eau dont les caractéristiques correspondent au moins aux critères de potabilité.

Une eau est considérée comme potable dès qu'elle contient moins d'une colonie fécale/100ml et moins de 100 UFC/ml (bactéries aérobies à 22°C).

L'optimisation de la qualité microbiologique de l'eau des units implique la lutte contre le biofilm, mais, une fois formé, celui-ci est pratiquement impossible à éliminer totalement malgré l'augmentation des doses de biocides. Les bactéries adhérentes sont 500 à 1000 fois plus résistantes aux biocides que leurs homologues planctoniques, et le biofilm peut alors devenir un réservoir primaire pour une contamination permanente du système.

L'unit dentaire doit être équipé d'un système de traitement de l'eau soit en continu, soit par intermittence. Les biocides utilisés doivent avoir une action à la fois sur les micro-organismes planctoniques et les micro-organismes en biofilm. Ils doivent permettre une élimination et/ou une inactivation du biofilm.

Bon à savoir / Astuces

Dans le cas d'un réservoir indépendant, ce dernier doit être nettoyé et désinfecté régulièrement à l'Eau de Javel®.

L'utilisation de produits comme le calbénium en continu, permet une réduction significative de la charge microbienne par l'utilisation d'EDTA et de chlorure de benzalkonium (bactéricide).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 31

→ **Un nettoyage des surfaces à proximité de l'unit avec un produit détergent/désinfectant est-il réalisé entre deux patients ?**

Justification de la question

Les surfaces à proximité de l'équipement sont contaminées lors des soins. Elles peuvent servir de réservoir à des micro-organismes responsables de contaminations croisées.

Explications et moyens pratiques

Toutes les surfaces de la salle de soins situées à proximité de l'unit sont contaminées de façon plus ou moins importante par des micro-organismes issus des patients, des intervenants et des matériels (contacts manuels, projections, aérosols provoqués par les turbines ...).

Cette contamination des surfaces constitue un réservoir potentiel pouvant jouer un rôle dans la contamination croisée. Il convient donc de mettre en œuvre des procédés visant à limiter ce risque.

Il est possible de limiter le risque de contamination par :

- l'utilisation d'une double aspiration : aspiration à haute vélocité et pompe à aspiration,
- l'utilisation d'une digue,
- l'utilisation de plateaux stérilisables ou à usage unique pour toute présentation ou dépose d'instruments ou de matériels stériles.

Une fois produite, la contamination peut être éliminée par :

- un entretien (nettoyage-désinfection) des surfaces entre deux patients,
- un entretien quotidien des locaux,
- un système de ventilation adapté (mécanique ou naturelle, par aération régulière de la salle de soins).

En ce qui concerne les surfaces des dispositifs médicaux non critiques (fauteuil dentaire par exemple) et des plans de travail, l'entretien entre chaque patient correspond à un nettoyage désinfectant.

Cette opération peut être réalisée en trois étapes : nettoyage avec un produit détergent, rinçage, application d'un produit désinfectant ou bien en une étape, en recourant à un produit détergent-désinfectant. Dans ce dernier cas, une lingette à usage unique imbibée de produit détergent-désinfectant est appliquée sur les surfaces (fauteuil, dispositifs médicaux à proximité). Ces produits ne nécessitent pas de rinçage.

Les produits désinfectants ou détergents désinfectants utilisés doivent présenter une activité bactéricide et fongicide.

En cas de contamination par des fluides biologiques, ceux-ci doivent être éliminés par nettoyage immédiat avec une lingette imbibée d'un produit détergent-désinfectant pour éviter tout séchage.

L'entretien des surfaces du mobilier et des sols de l'environnement qui ne sont pas des dispositifs médicaux consiste en un bionettoyage quotidien ou un nettoyage désinfectant immédiat en cas de souillure par des fluides biologiques

Dans tous les cas, il convient de se référer au mode d'emploi du produit détergent- désinfectant, désinfectant ou détergent utilisé (concentration d'utilisation, durée de conservation, mode d'emploi, protections lors de l'utilisation).

Bon à savoir / Astuces

L'utilisation de boîtes à rangement par acte (TUBS) permet de préparer le matériel à l'avance et donc limite les ouvertures intempestives des tiroirs qui seront ainsi moins souillés et contaminés par ces manipulations au cours des actes de soin.

Il ne faut pas laisser sécher de fluide biologique sur les surfaces. Il est plus facile de le nettoyer non séché.

Il ne faut pas essuyer les produits désinfectants ou détergents-désinfectants sous peine de ne pas avoir l'effet de rémanence attendu.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

QUESTION 32



Quelle est la procédure d'entretien de votre aspiration chirurgicale ?

Justification de la question

L'aspiration chirurgicale est un lieu particulièrement propice au développement des micro-organismes. Toutes les parties de l'aspiration doivent être régulièrement nettoyées et désinfectées.

Explications et moyens pratiques

Il faut distinguer séparément les deux parties du système d'aspiration :

• Les embouts

- Pour la pompe à salive, ces embouts ou canules doivent être systématiquement jetés entre deux patients.
- Pour l'aspiration à haute vélocité, les embouts ou canules doivent être soit jetés, soit stérilisés.

• Les tubulures

- Le réseau de tubulures doit faire systématiquement l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection après tout acte sanglant. Il doit être l'objet d'un rinçage à l'aide d'un demi-litre d'eau après tout autre acte et doit être quotidiennement détartré et traité par l'aspiration d'une solution détergente/désinfectante adaptée.
- Les filtres doivent être nettoyés et désinfectés quotidiennement.

Bon à savoir / Astuces

Actuellement aucun fabricant ne recommande une utilisation abusive des produits d'entretien. L'eau représente donc la solution la plus efficace après une chirurgie.

L'aspiration comme tout élément de l'unit doit être traitée par des solutions détergentes et désinfectantes.

Un usage excessif de ces produits peut endommager ou colmater les tubulures.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION **33**→ **Existe-t-il un local spécifique pour le traitement des dispositifs médicaux ?****Justification de la question**

Pour être menées correctement, toutes les étapes de la chaîne de stérilisation doivent se dérouler dans une pièce spécifiquement aménagée.

Explications et moyens pratiques

Un agencement adapté favorise le respect des règles d'hygiène et d'asepsie notamment en matière de chirurgie buccale.

La disposition des pièces doit être déterminée par rapport au risque potentiel de contamination, à savoir :

- les zones administratives : accueil, bureau, attente patients ;
- les zones potentiellement contaminées : zone de traitement de matériel, zone de stockage des déchets, zone pour le matériel de ménage, sanitaires ;
- les zones dites protégées : zone d'examen et de soins, zone de conditionnement, de stérilisation et de stockage du matériel stérile et des médicaments.

La zone de traitement des dispositifs médicaux doit toujours être individualisée des autres zones techniques.

Bon à savoir / Astuces

Bien qu'individualisée de la zone de soins, la salle de stérilisation doit être proche pour éviter des déplacements inutiles et être située dans une zone de faible passage.

Des revêtements non poreux et facilement lessivables sont privilégiés pour toutes les surfaces (sols, murs, mobilier, plan de travail, unit ...) dans les salles de soins comme dans la salle de stérilisation.

Il faut prévoir une bonne ventilation de cette pièce (VMC) en raison de l'utilisation fréquente de solutions de produits désinfectants, de bacs à ultrasons et d'autoclaves qui augmentent la température ambiante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 34

→ **Le local est-il organisé pour que le sale (dispositifs médicaux souillés) n'entre pas en contact avec le propre (là où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés et stérilisés) ?**

Justification de la question

Il est indispensable que le principe de « marche en avant » soit respecté. Cela signifie que les instruments sales sont réceptionnés puis traités dans un mouvement de progression continue.

Explications et moyens pratiques

Même en cas d'exiguïté des locaux, la zone d'entretien des dispositifs médicaux doit respecter certaines règles.

Elle sera pourvue de préférence d'un point d'eau indépendant pour le lavage des mains et d'un bac double pour l'entretien des dispositifs médicaux (1 bac pour le trempage et nettoyage, 1 bac pour le rinçage).

La zone est organisée de façon à ce que le matériel sale ne croise pas le matériel stérile : une partie sale où rentre l'instrumentation souillée pour y être nettoyée et une partie propre où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés, stérilisés et stockés.

Bon à savoir / Astuces

Plusieurs organisations sont possibles pour l'installation de la salle de stérilisation. Les dispositions en U et en longueur sont les plus courantes.

L'emplacement du laveur désinfecteur, qui avec sa porte ouverte risque de bloquer l'accès à la salle de stérilisation, doit être choisi en fonction des impératifs de la « marche en avant ».

Les instruments stériles sont stockés en bout de chaîne ou dans des emplacements dédiés à proximité des salles de soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

3.

ASEPSIE, ANTISEPSIE ET ACTE DENTAIRE

QUESTION 35

→ **Un bain de bouche antiseptique est-il utilisé avant tout soin ?****Justification de la question**

L'utilisation d'un antiseptique en pratique dentaire vise à réduire la flore microbienne buccale, ainsi que la flore cutanée péri-buccale, susceptible d'être à l'origine d'une complication infectieuse liée aux soins.

Explications et moyens pratiques

L'activité recherchée est essentiellement une activité bactéricide et fongicide. La plupart des produits antiseptiques sont bactéricides, voire fongicides. En ce qui concerne les activités virucides et sporicides, elles supposent des temps de contact, et souvent des concentrations en principes actifs, bien supérieurs à ceux compatibles avec la pratique des soins.

Le choix d'un antiseptique tiendra compte de son spectre d'activité antimicrobienne, de sa tolérance et du temps de contact nécessaire à son efficacité.

Avoir à disposition, dans la salle de soins, un flacon d'un bain de bouche antiseptique (chlorhexidine, hexetidine, ammoniums quaternaires, triclosan...).

Prévoir, pour les enfants, capables de cracher, un bain de bouche sans alcool.

L'efficacité des produits peut être considérablement réduite par la dilution, par la présence de matières organiques (sang et sérum) ou de substances incompatibles (tensioactifs). Aussi, l'antisepsie proprement dite doit toujours être précédée d'une phase de déterision et d'une phase de rinçage. Le brossage des dents constituera cette phase de déterision, il doit être fortement recommandé au patient par le praticien avant chaque consultation.

En cas d'intervention à haut niveau de risque, le brossage soigneux des dents, suivi d'un rinçage abondant sera effectué avant l'antisepsie proprement dite.

Geste de haut niveau de risque : acte chirurgical	Geste de niveau de risque intermédiaire						
<p>1. Bain de bouche</p> <p>2. Application par badigeon sur la zone d'intervention ou irrigations sous gingivales avec l'un des protocoles suivants :</p> <table border="1" data-bbox="109 390 826 668"> <tr> <td data-bbox="109 390 466 480">1^{er} Amukine® ou Dakin® (Application sans dilution avec une compresse imbibée)</td> <td data-bbox="466 390 826 480">1^{er} Bétadine® bain de bouche dilué</td> </tr> <tr> <td data-bbox="109 480 466 542">2^e Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile</td> <td data-bbox="466 480 826 542">2^e Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile</td> </tr> <tr> <td data-bbox="109 542 466 668">3^e Amukine® ou Dakin® (Application sans dilution avec une compresse imbibée)</td> <td data-bbox="466 542 826 668">3^e Bétadine® dermique en application (zone péri-buccale)</td> </tr> </table>	1 ^{er} Amukine® ou Dakin® (Application sans dilution avec une compresse imbibée)	1 ^{er} Bétadine® bain de bouche dilué	2 ^e Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile	2 ^e Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile	3 ^e Amukine® ou Dakin® (Application sans dilution avec une compresse imbibée)	3 ^e Bétadine® dermique en application (zone péri-buccale)	<p>1. Bain de bouche</p> <p>Tout produits de soins de bouche selon les indications du laboratoire pharmaceutique.</p>
1 ^{er} Amukine® ou Dakin® (Application sans dilution avec une compresse imbibée)	1 ^{er} Bétadine® bain de bouche dilué						
2 ^e Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile	2 ^e Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile						
3 ^e Amukine® ou Dakin® (Application sans dilution avec une compresse imbibée)	3 ^e Bétadine® dermique en application (zone péri-buccale)						
<p>L'efficacité de ces 2 protocoles est équivalente</p>							

Modalités de réalisation de l'antisepsie en fonction du niveau de risque infectieux lié à l'acte.

Bon à savoir / Astuces

Les précautions générales d'utilisation des antiseptiques sont à respecter :

- proscrire les mélanges et rester dans la même gamme de principes actifs lors de la réalisation de soins successifs (exemple : bains de bouche suivis de badiageonnage) ;
- ne pas déconditionner, ni transvaser ;
- utiliser de préférence les petits conditionnements ou des doses unitaires. Les monodoses sont indispensables pour les solutions aqueuses qui se contaminent fréquemment.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Les agents locaux en odonto-stomatologie, 2009

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

QUESTION 36



La date d'ouverture est-elle inscrite sur les antiseptiques et les autres flacons en service ?

Justification de la question

Il y a un risque de contamination des produits une fois qu'ils sont ouverts.
En fonction du produit, une durée d'utilisation maximum doit être respectée.

Explications et moyens pratiques

Noter sur une étiquette ou sur le flacon la date d'ouverture et respecter la durée d'utilisation.
Conserver les antiseptiques à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Bon à savoir / Astuces

Lors des contrôles effectués par les pharmaciens inspecteurs des ARS, ceux-ci recherchent systématiquement la présence de produits périmés et s'assurent que les dates d'ouvertures des flacons sont connues.

Par ailleurs, des inspections de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) peuvent avoir lieu dans les cabinets. Ces inspecteurs recherchent les produits périmés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 37



Contrôlez-vous périodiquement le respect des dates de péremption et la durée d'utilisation après ouverture ?

Justification de la question

En fonction du produit, une durée d'utilisation maximum doit être respectée. Le respect de la date de péremption est indispensable pour que les produits restent efficaces.

Explications et moyens pratiques

Vérifier les dates de péremption lors du stockage des produits.

Certains logiciels dentaires vous permettent en utilisant la gestion des stocks, de réaliser cette vérification automatiquement.

Bon à savoir / Astuces

Ranger les produits par dates de péremption.

Respecter le principe du premier entré / premier sorti (FIFO ou First In, First Out).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 38



Pour quels actes utilisez-vous de l'eau stérile ou du sérum physiologique stérile ?

Justification de la question

Les micro-organismes présents dans l'eau des unités peuvent entraîner une infection du site opératoire lors de la réalisation d'actes chirurgicaux invasifs (exposant un tissu normalement stérile) : mise en place de matériaux inertes comme les implants, mise en place de matériaux de comblement ou de membranes, chirurgie périapicale, extraction de dents incluses...

Explications et moyens pratiques

Les bactéries isolées de l'eau des unités peuvent entraîner une colonisation, voire une infection, dans certaines circonstances : patients immunodéprimés, cancéreux, diabétiques, très jeunes enfants et personnes âgées.

Pour la réalisation d'actes chirurgicaux, l'utilisation d'eau ou de sérum physiologique stériles est recommandée.

Ne pas utiliser les circuits d'eau (seringue air/eau, turbine, pièce à main, contre-angle, appareils à ultra-sons...) des unités dentaires, même équipés d'un système de traitement de l'eau.

Bon à savoir / Astuces

Utiliser des moteurs et des PID reliés par des tubulures à usage unique à un réservoir d'eau ou de sérum physiologique stérile uniquement dédiés à cette activité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

CDC 2003. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

QUESTION 39**Pratiquez-vous la désinfection de l'opercule de chaque cartouche d'anesthésie avant utilisation ?****Justification de la question**

L'aiguille qui perce un opercule contaminé peut entraîner la contamination de l'anesthésique qui sera ensuite injecté.

Explications et moyens pratiques

La désinfection des opercules de flacons utilisés en médecine fait partie des bonnes pratiques de soins. Il en va de même pour les cartouches d'anesthésique. En effet, ces conditionnements peuvent se contaminer au cours du stockage par des germes de l'environnement, mais aussi lors de manipulations ou par les aérosols présents dans le cabinet.

La désinfection du diaphragme de la cartouche d'anesthésique s'effectue avec de l'alcool éthylique à 70 % (ou alcool isopropylique à 90 %, pour usage pharmaceutique).

Bon à savoir / Astuces

Le nettoyage de l'opercule et la préparation de la seringue sont des tâches réalisées par l'assistante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

CNSD, Un geste simple pour plus de sécurité, <http://www.cnsd.fr/exercice-a-cabinet/environnementreglementaire/hygiene/745-un-geste-simple-pour-plus-de-securite>

4.

UTILISATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

QUESTION 40

→ **Jetez-vous systématiquement après chaque patient tous les dispositifs médicaux à usage unique (notamment lame de bistouri, pompe à salive, pinceau d'application...)?**

Justification de la question

Ces dispositifs ne sont pas conçus pour être stérilisés. Leurs caractéristiques pourraient être altérées par une stérilisation à l'autoclave.

Explications et moyens pratiques

La stérilisation de dispositifs médicaux à usage unique est interdite par la réglementation.

Certains plastiques peuvent être stérilisés aux rayons gamma, mais ne supportent pas une température de 134°C (fonte, fissures). Les aciers inox ne sont pas les mêmes que ceux des dispositifs médicaux prévus pour être stérilisés à de multiples reprises. Ils sont plus sensibles à la corrosion et leur état de surface s'altère rapidement. Le tranchant des lames s'émousse les rendant impropres à l'usage.

Les dispositifs médicaux à usage unique contaminés par des liquides biologiques doivent être considérés comme des DASRI et donc éliminés dans la filière des DASRI. Ainsi les gants, les masques, les rouleaux salivaires, les compresses seront éliminés avec les DASRI. Par contre les dispositifs médicaux à usage unique non contaminés et non OPCT seront considérés comme des DAOM.

Bon à savoir / Astuces

Il faut que les dispositifs médicaux dont l'emballage est pourvu du logo  soient clairement connus des assistantes.

Pour ne pas être tenté de restériliser des dispositifs médicaux à usage unique issus des kits de chirurgie, il faut choisir attentivement le kit (qu'il ne contienne pas de dispositifs médicaux inutiles) ou s'en faire confectionner sur mesure par des entreprises spécialisées.

Il est interdit d'utiliser un DM à usage unique, même s'il n'a pas été utilisé, provenant d'un sachet ouvert pour un autre patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 41

**Les dispositifs médicaux autoclavables sont-ils tous autoclavés ?****Justification de la question**

L'autoclavage constitue la méthode de choix pour la stérilisation. Stériliser tous les dispositifs médicaux qui supportent ce traitement est un geste simple qui apporte le plus haut degré de sécurité.

Explications et moyens pratiques

Le niveau de traitement des dispositifs médicaux est déterminé prioritairement en fonction du risque infectieux potentiel lié à l'indication de ces dispositifs. Le matériel est ainsi classé en trois catégories :

critique : Cette catégorie concerne tout matériel ou dispositif médical qui, au cours de son utilisation, pénètre dans des tissus ou cavités stériles (après effraction muqueuse ou osseuse) ou dans le système vasculaire du malade. Ces instruments sont classés comme à haut risque de transmission d'infection (par exemple davier, élévateur, syndesmotome, instrument à détartre, etc.).

semi-critique : Cette catégorie concerne certains instruments en contact avec la muqueuse buccale et la salive. Ils sont classés comme présentant des risques médians de transmissions d'infections (par exemple miroir d'examen, porte-amalgame, etc.).

non critique : Les dispositifs sans contact direct avec le patient (notamment sa cavité buccale) ou en contact avec la peau saine du patient sont classés comme non critiques (par exemple la cuillère-doseuse pour ciment de scellement) car le risque infectieux direct est faible mais la contamination de ce matériel peut faciliter la transmission d'infections croisées.

Cette classification imposera le choix des méthodes de stérilisation ou de désinfection après un soin pour chaque malade et pour chaque dispositif médical.

En fonction du type d'acte effectué, les traitements possibles sont les suivants :

- Dispositifs médicaux critiques :
 - Dispositifs médicaux à usage unique : DASRI
 - Dispositifs médicaux réutilisables : stérilisation
- Dispositifs médicaux semi-critiques :
 - Dispositifs médicaux à usage unique : DASRI
 - Dispositifs médicaux réutilisables :
 - Thermorésistants : stérilisation
 - Thermosensibles : désinfection intermédiaire dans un laveur désinfecteur
- Dispositifs médicaux non critiques : désinfection de bas niveau (nettoyage désinfectant ou bio-nettoyage)

Compte tenu du fait que la quasi-totalité des dispositifs médicaux utilisés en cabinet dentaire sont, soit stérilisables par la vapeur d'eau sous pression, soit à usage unique, le champ d'application des autres procédures est très limité.

Le fait de n'avoir qu'une seule filière de traitement des dispositifs médicaux, la stérilisation, simplifie le travail du personnel du cabinet et simplifie les étapes de contrôle.

Bon à savoir / Astuces

Une désinfection de niveau intermédiaire est assurée par des laveurs désinfecteurs à la norme EN ISO 15 883-2. Il peut alors être envisageable de traiter des dispositifs médicaux semi-critiques (contact avec la muqueuse buccale et la salive) comme les écarteurs pour photographie, les portes-amalgame, les pinces d'orthodontie ... avec ce type d'appareil.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 42



Dans le cas particulier où vous utiliseriez des dispositifs médicaux thermosensibles, sont-ils soumis à un traitement adapté au niveau de risque ? Précisez les dispositifs médicaux concernés et leurs modalités de traitement.

Justification de la question

Très peu de dispositifs médicaux thermosensibles sont utilisés, mais s'ils le sont, ils doivent obligatoirement être désinfectés.

Explications et moyens pratiques

Compte tenu du fait que la quasi-totalité des dispositifs médicaux utilisés en cabinet dentaire sont, soit stérilisables par la vapeur d'eau sous pression, soit à usage unique, le champ d'application de la procédure de désinfection intermédiaire dans le domaine dentaire est très limité.

Ces dispositifs médicaux thermosensibles ne peuvent pas être utilisés pour des actes critiques qui nécessitent obligatoirement des dispositifs médicaux stérilisables ou à usage unique.

Bon à savoir / Astuces

Si le cabinet dispose d'un laveur désinfecteur à la norme EN ISO 15 883-2, il est alors possible de traiter les dispositifs médicaux thermosensibles avec ce type d'appareil.

Sinon, les instruments considérés devront être traités en fonction des spécifications du fabricant et en respectant les indications du produit de désinfection utilisé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

NF EN ISO 15883-2 : 2009 Laveurs désinfecteurs - Partie 2 : exigences et essais pour laveurs désinfecteurs destinés à la désinfection thermique des instruments chirurgicaux, du matériel d'anesthésie, des bacs, plats, récipients, ustensiles de la verrerie, etc.

5.

LE TRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

- 5.1 LA PRÉ-DÉSINFECTION
- 5.2 LE NETTOYAGE
- 5.3 LE RINÇAGE
- 5.4 LE SÉCHAGE
- 5.5 LE CONDITIONNEMENT
- 5.6 LA STÉRILISATION
- 5.7 LE STOCKAGE
- 5.8 CAS DES PORTE-INSTRUMENTS
DYNAMIQUES
(CONTRE-ANGLES, PIÈCES À MAIN, TURBINES)

Responsabilité civile du chirurgien-dentiste en matière d'hygiène et de stérilisation

Pour des contaminations résultant d'actes de soins effectués depuis le 5 septembre 2001, la responsabilité du chirurgien-dentiste libéral ne sera engagée qu'en cas de faute.

En effet, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a modifié les règles applicables en la matière.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique, qui traite de la responsabilité médicale, dispose que :

« I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».

Pour les professionnels de santé libéraux, le juge distingue désormais entre les contaminations résultant d'actes antérieurs au 5 septembre 2001 et les contaminations résultant d'actes postérieurs à cette date.

1) Pour les contaminations résultant d'**actes antérieurs au 5 septembre 2001**, la responsabilité du chirurgien-dentiste est une responsabilité sans faute. Pour ces actes, le praticien était tenu d'une obligation de sécurité de résultat. Pour ces actes, le patient victime d'une contamination n'a pas à prouver une faute de la part du chirurgien-dentiste. Néanmoins, il lui appartient de prouver :

- l'origine nosocomiale de l'infection, c'est-à-dire la preuve que l'infection a bien été contractée dans le cabinet dentaire ;

- et le lien de causalité entre cette infection et le préjudice qu'il subit.

Pour ces contaminations, le praticien ne peut s'exonérer de sa responsabilité que s'il parvient à prouver l'existence d'une cause étrangère, qui doit être extérieure, imprévisible et irrésistible. Cette preuve est difficile à rapporter.

2) Pour les contaminations résultant d'**actes postérieurs au 5 septembre 2001**, les chirurgiens-dentistes libéraux ne sont responsables qu'en cas de faute prouvée par la victime. Ainsi une faute technique ou une négligence de sa part dans l'application des règles d'hygiène et d'asepsie engageront sa responsabilité civile. Le chirurgien-dentiste libéral verra, par exemple, sa responsabilité engagée en cas d'absence ou de mauvaise stérilisation des instruments, en cas d'utilisation à plusieurs reprises des dispositifs à usage unique ou encore s'il ne change pas de gants entre deux patients...

De plus, il a été jugé que le praticien doit toujours informer son patient du risque d'infections associées aux soins en lien avec l'intervention pratiquée.

Par ailleurs, il convient de mentionner que tous les établissements de santé sont, en application du deuxième alinéa de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique, tenus, quant à eux, à une obligation de sécurité résultat. Des patients ont tenté de faire qualifier des cabinets de ville de professionnels de santé d'établissements de santé, afin de leur voir appliquer le régime de la responsabilité sans faute instituée par cet alinéa. Pour l'instant, aucune jurisprudence majeure n'a suivi ce raisonnement.

Enfin, en cas de manquement aux règles d'hygiène et de stérilisation, le praticien est susceptible d'engager, outre sa responsabilité civile, sa responsabilité disciplinaire, voire sa responsabilité pénale.

Quelques définitions pour mieux comprendre les enjeux

Obligation de sécurité

Principe selon lequel la personne obligée doit assurer en plus des mesures principales d'un contrat, la sécurité de l'autre partie du contrat.

C'est par exemple le cas lors de soins dentaires durant lesquels le praticien doit d'une part veiller à ce que les soins soient bien réalisés et d'autre part que la sécurité des patients soit assurée.

De plus, l'obligation de sécurité peut être une obligation de moyens dans certains cas et une obligation de résultat dans les autres.

Si l'obligation principale de soins est de moyens, l'obligation accessoire (par opposition à principale) de sécurité est ici de résultat.

Obligation de moyens

Cette obligation correspond pour celui qui est obligé, non de parvenir à un résultat déterminé, mais de mettre en œuvre toutes les capacités dont il dispose pour y parvenir. Par exemple, un médecin ou un chirurgien dentiste n'a pas pour obligation la guérison du patient, mais il doit tout mettre en œuvre pour l'obtenir même s'il ne peut la garantir. Ainsi la responsabilité du médecin ou du chirurgien dentiste ne pourra être engagée que si le patient prouve qu'il a commis une faute ou n'a pas utilisé tous les moyens qu'il avait à sa disposition.

Obligation de résultat

En vertu de cette obligation, la personne obligée est tenue de parvenir à un résultat précis. C'est le cas ainsi du praticien, qui doit soigner ses patients sans nuire à leur santé (apparition d'une IAS par exemple).

L'existence d'une telle obligation permet au patient d'engager la responsabilité du praticien par la seule preuve que le résultat escompté n'est pas atteint.

Pour se dégager de sa responsabilité, le praticien n'aura d'autres choix que de prouver que la non-réalisation de l'objectif (par exemple la stérilité des DM utilisés) est due à une cause étrangère.

Responsabilité sans faute

La responsabilité sans faute qualifie un régime juridique spécial de réparation de dommages où la responsabilité d'une personne peut être mise en jeu même si celle-ci n'a pas commis de faute.

L'absence de faute ne permet pas au professionnel de santé d'échapper à sa responsabilité ; il ne le pourra qu'en établissant un cas de force majeure ou la faute de la victime.

QUESTION **43**

→ **Immergez-vous tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes ?**

Justification de la question

L'étape de pré-désinfection diminue significativement la charge de micro-organismes. Cette étape est moins efficace si les substances biologiques ont eu le temps de sécher.

Explications et moyens pratiques

L'immersion immédiate du matériel souillé dans un bain de produit détergent/désinfectant fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

La procédure de stérilisation nécessite pour être efficace, des opérations préliminaires qui sont la pré-désinfection, le rinçage, le nettoyage, le rinçage, le séchage et le conditionnement. Ces étapes sont impératives et doivent, pour être correctement appliquées, être écrites et connues du personnel affecté à cette tâche.

Etapes du traitement des dispositifs médicaux

Une version de cette fiche plus grande et détachable est disponible en Annexe 9.

BONNES PRATIQUES
RISQUES INFECTIEUX
 → Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

Traitement des dispositifs médicaux (DM)

Traitement des DM en fonction du niveau du risque

TYPÉ D'ACTE	NIVEAU RISQUE INFECTIEUX	DISPOSITIF MÉDICAL	NIVEAU DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ
Pénétration dans des tissus ou des cavités stériles ou au niveau du système vasculaire (cavité, sang, endocard, endoprothèse)	Risque Haut	Critique	Usage unique ou stérilisation
Contact avec les muqueuses (braci, prothèse, porte analogique)	Intermédiaire	Semi-critique	Stérilisation Si le matériel est thermosensible : Lavage détergent/désinfectant du niveau intermédiaire*
Sans contact ou contact peu salin : amblyot de temps postérieure	Bas	Non critique	Désinfection de bas niveau

Traitement des dispositifs médicaux réutilisables

1 Conforme au PR EN ISO 15885-2
 2 Norme NF EN 13222 NF EN 13284 NF EN 14476 NF EN 14398

La pré-désinfection est l'immersion totale dans une solution détergente-désinfectante de tous les instruments utilisés lors du soin chez un patient. Dès la fin de leur utilisation, les dispositifs médicaux réutilisables doivent être trempés dans une solution impérativement détergente désinfectante afin d'éviter les incrustations et de diminuer le niveau de contamination des matériels. Elle doit être exécutée le plus rapidement possible et au plus près du fauteuil.

Elle est formellement à proscrire pour les dispositifs à usage unique, lesquels, par définition, ne sont pas réutilisables.

La phase de pré-désinfection a pour objectifs de :

- Réduire la population microbienne initiale
- Protéger le personnel lors des manipulations d'instruments
- Eviter la contamination de l'environnement
- Eviter le séchage des souillures et empêcher la formation d'un biofilm
- Faciliter le déroulement des étapes ultérieures de nettoyage.

Prévoir au moins deux bacs de trempage, en plastique, munis d'un couvercle à fente (évite les projections) :

- Un pour les petits dispositifs : fraises, inserts, instruments d'endodontie...
- Un pour les autres instruments réutilisables : miroirs, sondes, daviers, spatules, fouloirs, brunissoirs, écarteurs, syndesmotomes, élévateurs, ciseaux...

Ces bacs doivent être uniquement réservés à la pré-désinfection.

Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de gants résistants non stériles (ex. gants MAPA®). Il faut aussi porter lunettes et masque contre le risque de projection.

La **Liste positive des produits désinfectants dentaires** éditée par l'ADF permet un choix éclairé des produits détergents/désinfectants.

Les critères indispensables pour ces produits sont disponibles dans le tableau de l'Annexe 12.

Il ne doit pas y avoir d'aldéhydes dans la composition du produit (fixe les protéines) et les produits doivent être formulés pour éviter tout risque de corrosion.

Bon à savoir / Astuces

L'utilisation d'un laveur désinfecteur associant des actions mécanique, chimique et thermique permet d'éviter la pré-désinfection par trempage **uniquement si la prise en charge est faite sans délai.**

Il est donc recommandé de conserver une pré-désinfection par trempage.

Certains portes-instruments dynamiques (PID) ne supportent pas l'immersion. Référez-vous aux préconisations du fabricant pour leurs retraitements (cf Question 67).

Pour favoriser une immersion immédiate du matériel souillé, les bacs de pré-désinfection sont situés dans la salle de soins, de préférence le plus près possible de la zone de travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Afnor, FD S 98-135 : Stérilisation des dispositifs médicaux – Guide pour la maîtrise des traitements appliqués aux dispositifs médicaux réutilisables, 2005

ProdHybase <http://prodhybase.chu-lyon.fr/activites2.htm>

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2015

QUESTION 44

- **Le mode d'emploi du détergent/désinfectant est-il disponible et connu du personnel ?**
- **La dilution, le temps de trempage préconisés par le fabricant sont-ils respectés ?**
- **La fréquence de renouvellement du bain d'immersion respecte-t-elle les recommandations du fabricant ?**

Justification de la question

L'étape de pré-désinfection est une étape importante de la chaîne de stérilisation. La qualité de la solution (dilution, ancienneté) et le temps de trempage conditionnent la réussite de cette étape.

Explications et moyens pratiques

La phase de pré-désinfection a pour objectifs de :

- Réduire la population microbienne initiale
- Protéger le personnel lors des manipulations d'instruments
- Éviter la contamination de l'environnement
- Éviter le séchage des souillures
- Faciliter le déroulement des étapes ultérieures de nettoyage.

Si la préparation de la solution et le temps de contact ne sont pas respectés, tous les objectifs de l'étape de pré-désinfection, sauf celle consistant à éviter le séchage des souillures, sont compromises.

Afficher le mode de préparation du détergent-désinfectant.

Afficher le mode d'emploi du détergent-désinfectant.

Respecter les recommandations du fabricant (dilution, temps de trempage).

Respecter la fréquence de renouvellement du bain d'immersion préconisé par le fabricant.

Bon à savoir / Astuces

La désinfection thermique est plus reproductible que la désinfection chimique :

- La diffusion de la chaleur est plus homogène que le contact intime de toutes les surfaces des dispositifs médicaux avec la solution.
- La température comme la durée du plateau sont facilement enregistrables alors qu'une erreur de dilution et un temps de contact trop court sont toujours possibles.

Essayer de choisir des produits ayant tous le même pourcentage de dilution afin de limiter les erreurs de préparation.

Un traitement dans un laveur désinfecteur avec une thermo-désinfection permet de supprimer l'étape de pré-désinfection chimique si et seulement si le traitement est effectué immédiatement après utilisation des dispositifs médicaux

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

QUESTION 45

→ **Dans les cas particuliers où, en fin de journée, certains dispositifs médicaux n'ont pas été traités, quelle procédure appliquez-vous ?**

Justification de la question

Les substances biologiques ne doivent pas sécher sur les dispositifs médicaux avant d'être trempés.

Explications et moyens pratiques

La phase de pré-désinfection a pour objectifs de :

- Réduire la population microbienne initiale
- Protéger le personnel lors des manipulations d'instruments
- Éviter la contamination de l'environnement
- Éviter le séchage des souillures
- Faciliter le déroulement des étapes ultérieures de nettoyage.

Si les dispositifs souillés sont simplement plongés dans de l'eau, tous les objectifs de l'étape de pré-désinfection, sauf celle consistant à éviter le séchage des souillures, sont compromis. Si les souillures sèchent, toutes les étapes de la chaîne de stérilisation seront plus longues et délicates. Dans ces conditions, le succès de la stérilisation n'est pas assuré.

Laisser tremper toute la nuit les dispositifs médicaux souillés dans le bac de pré-désinfection. Dans ces conditions, les instruments risquent de voir leur état de surface s'altérer à cause de traces de corrosion.

Bon à savoir / Astuces

Le trempage durant une longue période risque de corroder les instruments. Certains produits sont conçus pour ne pas endommager les surfaces métalliques même après un long temps de contact (présence d'inhibiteurs de corrosion).

Une méthode moins agressive pour les instruments consiste à les laisser tremper 15 minutes dans une solution de pré-désinfection, puis de les laisser dans un bac d'eau (faiblement minéralisée) toute la nuit et de redémarrer un traitement complet au niveau de la pré-désinfection le lendemain afin de réaliser le protocole de la chaîne de stérilisation sans interruption.

L'utilisation d'un laveur désinfecteur permet le traitement des DM en dehors des heures d'ouverture du cabinet.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

QUESTION 46

→ **Tout dispositif médical réutilisable neuf (ou de retour d'entretien) est-il nettoyé avant qu'il soit procédé à sa première stérilisation ?**

Justification de la question

Les dispositifs médicaux neufs ou réparés sont recouverts d'une couche d'huile qu'il faut impérativement éliminer avant de réaliser la stérilisation. Sinon, celle-ci ne serait pas efficace.

Explications et moyens pratiques

Il est nécessaire de nettoyer un instrument neuf avant de procéder à sa première stérilisation ou à sa première désinfection.

Les fraises et forets qui ne sont pas livrés sous emballage stérile doivent aussi être nettoyés avant la première stérilisation.

Bon à savoir / Astuces

Dans le cas d'un dispositif médical neuf, le praticien doit se référer à la notice du fabricant pour connaître les modalités du traitement à effectuer.

Le nettoyage doit être particulièrement attentif, car l'huile de coupe est très difficile à retirer de la surface des instruments usinés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

QUESTION 47



Pour le cas particulier des fraises, quel type de traitement utilisez-vous ?

Justification de la question

La petite taille des fraises rend leur nettoyage manuel difficile.

Les poils de la brosse atteignent difficilement les débris accumulés dans les spires et entre les fragments de diamants.

L'aide au nettoyage procuré par les ultrasons est très appréciable.

Explications et moyens pratiques

Les ultrasons sont une aide au nettoyage et ne constituent plus actuellement une méthode de nettoyage à part entière.

Les deux méthodes de nettoyage (manuel ou avec un laveur désinfecteur) sont possibles, mais un passage préalable dans un bac à ultrasons améliore grandement le nettoyage de ces petits instruments fins et anfractueux.

Bon à savoir / Astuces

Les fraises peuvent être disposées dans un séquenceur en métal puis plongées dans le bac à ultrasons.

Si elles sont en vrac, il est préférable de les mettre dans une « boule à thé ».

Il existe des « pierres de nettoyage » spéciales pour les fraises diamantées qui se désagrègent en nettoyant les instruments sans les altérer.

Après brossage manuel ou passage au laveur désinfecteur, seule une observation à la loupe permet de déterminer si l'instrument est propre et prêt à être stérilisé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 48

- **La cuve du bac à ultrasons est-elle d'une taille suffisante pour permettre une immersion complète sans que les dispositifs médicaux soient entassés ?**
- **Dispose-t-elle d'un couvercle d'obturation ?**
- **L'efficacité de l'action des ultrasons est-elle régulièrement vérifiée ?**

Justification de la question

Pour être efficaces, les ultrasons doivent atteindre toutes les surfaces des dispositifs médicaux. Ce n'est pas le cas si ceux-ci sont entassés.

La nébulisation des produits contenus dans la cuve à ultrasons est un facteur de risques chimique et biologique pour le personnel se trouvant à proximité. Un couvercle, en plus de régler ce problème, diminue aussi significativement la nuisance sonore.

Les générateurs d'ultrasons sont des pièces d'usure qui vieillissent.

Explications et moyens pratiques

Les ondes émises par transduction décollent les dépôts de salissures des instruments immergés dans une solution de préférence détergente désinfectante utilisable en cuve à ultrasons.

La cuve doit être de bonnes dimensions afin que les instruments soient complètement immergés et ne soient pas entassés (sinon il y a perte d'efficacité des ondes ultrasonores). La cuve doit être obturée par un couvercle.

Bon à savoir / Astuces

Certains produits détergents désinfectants peuvent être utilisés dans le bac de pré-désinfection et le bac à ultrasons.

Privilégier un bac à évacuation direct, un bac rempli est lourd à transporter et risque de se renverser.

L'efficacité du bac à ultrasons peut être vérifiée avec une feuille de papier aluminium qui, disposée en surface, doit être percée de trous régulièrement espacés en quelques minutes. Des systèmes plus sophistiqués (SonoCheck®) permettent d'avoir une information précise de l'efficacité d'un bac à ultrasons.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 49



L'action des ultrasons est-elle utilisée en complément du nettoyage et non en substitution de celui-ci ?

Justification de la question

Les ultrasons sont une aide au nettoyage et ne constituent plus actuellement une méthode de nettoyage à part entière.

Explications et moyens pratiques

S'il est certain que l'action des ultrasons dans une solution détergente contribue au nettoyage des instruments, il n'est cependant pas avéré à ce jour que cette action à elle seule soit suffisante pour assurer toute l'étape du nettoyage. Il est donc indispensable de compléter l'action des ultrasons par un nettoyage manuel (brossage) ou un nettoyage en laveur désinfecteur.

Passer les instruments dans le bac à ultrasons est une étape facultative. Néanmoins, celle-ci est particulièrement efficace sur les débris cassants (fine couche de ciment ...) et pour les très petits instruments difficiles à manipuler (comme les fraises ou les instruments endodontiques).

Bon à savoir / Astuces

Même si l'on dispose d'un laveur désinfecteur, un bac à ultrasons de petite taille, spécifique pour les fraises, est utile.

Les ultrasons ne peuvent décoller, en les cassant, que de fines épaisseurs de matériaux. Seuls les matériaux cassants se désagrègent avec les ultrasons. Ils sont inefficaces sur les produits souples (ex. silicone, composite non polymérisé...).

Après un changement de bain, la solution doit être dégazée pendant quelques dizaines de minutes avant d'exprimer son plein potentiel de nettoyage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 50

→ Utilisez-vous un laveur-désinfecteur dont l'efficacité de nettoyage est régulièrement contrôlée ?

Justification de la question

Il est possible d'effectuer une validation des laveurs désinfecteurs comme cela se fait pour les autoclaves. Les autres types de machines ne sont pas normalisés et leurs résultats ne sont pas vérifiables.

Explications et moyens pratiques

Dans un laveur désinfecteur, le nettoyage est réalisé à l'aide d'un détergent peu moussant, spécifique pour utilisation en machine automatique qui possède des aménagements spéciaux pour le matériel dentaire et notamment des systèmes de clip pour les instruments dynamiques permettant leur nettoyage interne et externe.

Après passage dans un laveur désinfecteur, les instruments ont subi une thermo-désinfection, conforme à la norme européenne EN ISO 15 883-2.

Lorsqu'il est utilisé pour les dispositifs qui ne nécessitent pas de stérilisation (dispositif médical de catégorie semi-critique ou non critique) ou qui sont thermosensibles, cet appareil réalise une désinfection de niveau intermédiaire.

Pour un procédé de désinfection à la chaleur humide comme le réalisent les laveurs désinfecteurs, une durée et une température particulières sont censées produire un effet léthal prévisible sur une population normalisée d'organismes. Cet effet léthal est quantifié en utilisant le concept de A_0 . À une valeur de A_0 peuvent correspondre plusieurs couples temps/température aboutissant au même effet léthal.

Le traitement des DM autoclavables se fait avec un A_0 de 600 s suffisant pour obtenir une désinfection de bas niveau. Les DM sont ensuite mis sous sachets et stérilisés.

Le traitement des DM semi-critiques thermosensibles se fait avec un A_0 de 3000 s permettant d'obtenir une désinfection de niveau intermédiaire efficace sur des virus thermorésistants comme celui de l'hépatite B.

$A_0 = 600 \text{ s}$	$A_0 = 3000 \text{ s}$
10 min à 80°C ou 1 min à 90 °C ou 100 min à 70 °C	50 min à 80°C ou 5 min à 90°C

La place de ces laveurs désinfecteurs dans le processus de stérilisation est décrite dans l'Annexe 9.

Bon à savoir / Astuces

Lors de l'installation d'un laveur désinfecteur, celui-ci peut être qualifié par l'installateur.

Le nettoyage manuel n'étant pas une procédure reproductible, il est préférable d'utiliser un laveur désinfecteur pour la réalisation de cette étape.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

NF EN ISO 15883-2 : 2009 Laveurs désinfecteurs - Partie 2 : exigences et essais pour laveurs désinfecteurs destinés à la désinfection thermique des instruments chirurgicaux, du matériel d'anesthésie, des bacs, plats, récipients, ustensiles de la verrerie, etc.

QUESTION 51

→ Lors du nettoyage manuel utilisez-vous le même produit détergent-désinfectant que celui utilisé lors de la pré-désinfection ?

Justification de la question

L'utilisation de produits différents selon les étapes de la chaîne de stérilisation complique la procédure et peut entraîner des incompatibilités.

Explications et moyens pratiques

Le nettoyage manuel avec brossage des matériels est mis en œuvre au sortir des instruments du bac d'immersion dans la solution pré-désinfectante. L'action de brossage permet d'éliminer les particules adhérentes et toutes les souillures. Il faut veiller à choisir des brosses ne détériorant pas les instruments et à utiliser un détergent-désinfectant identique à celui utilisé pour la pré-désinfection.

Bon à savoir / Astuces

Le même produit détergent désinfectant peut être utilisé dans le bac de pré-désinfection, le bac à ultrasons et pour le nettoyage manuel. Cela facilite la gestion des stocks et élimine des risques d'erreurs lors des dilutions des produits.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

QUESTION 52

→ Pour réaliser le nettoyage manuel, quel type de gants de protection utilisez-vous ?

Justification de la question

Lors du nettoyage manuel, il existe des risques de blessures avec des instruments qui ne sont pas encore désinfectés. Le personnel réalisant cette tâche doit être protégé.

Explications et moyens pratiques

Le port de gants de protection est indispensable lors de la manipulation d'instruments souillés, lors du contact avec les désinfectants et les produits d'entretien.

Pour tenir correctement de petits objets, les gants doivent être suffisamment souples et ajustés. Ils doivent être résistants aux déchirements et aux piqûres.

Bon à savoir / Astuces

Des gants d'entretien réutilisables de bonne taille permettent de correctement protéger le personnel tout en ayant de bonnes propriétés tactiles. Ils doivent être nettoyés et séchés après utilisation.

Les gants chirurgicaux permettent une bonne manipulation, mais protègent insuffisamment.

Les gants de protection contre les produits chimiques et les micro-organismes répondent aux normes NF EN 374-1, -2 et -3.

Certains fabricants proposent des gants de protection stérilisables, mais cela n'est pas indispensable pour la réalisation de l'étape de nettoyage des dispositifs médicaux.

Le port d'un masque et de lunettes de protection est indispensable à cette étape.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Protection des mains au cabinet dentaire, 2003

QUESTION 53



Les brosses utilisées pour le nettoyage manuel sont-elles nettoyées et désinfectées ?

Justification de la question

Les brosses peuvent devenir un réservoir de micro-organismes si elles ne sont pas désinfectées régulièrement.

Explications et moyens pratiques

Il faut penser à nettoyer, désinfecter ou stériliser les brosses.

Les cartes métalliques et les éponges sont proscrites. Les premières, car elles altèrent l'état de surface des instruments et les rendent plus difficilement nettoyables, les secondes, car leur désinfection est impossible.

Bon à savoir / Astuces

Il faut plusieurs formes et tailles de brosses douces qui permettent de répondre à toutes les situations rencontrées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 54



Un rinçage abondant est-il effectué après l'action mécanique de déterision ?

Justification de la question

Des traces de produit détergent désinfectant ou des résidus de salissures portés à haute température dans l'autoclave peuvent abimer les dispositifs médicaux.

Le rinçage permet d'éliminer les résidus de salissures et toutes traces de produit.

Explications et moyens pratiques

Réalisé de façon manuelle ou automatique, un rinçage abondant est obligatoire après l'action de déterision.

Il n'est possible de passer à l'étape suivante de la chaine de stérilisation que si les dispositifs médicaux sont parfaitement propres et rincés.

Bon à savoir / Astuces

Pour effectuer un bon rinçage, les surfaces des dispositifs médicaux doivent être rincées à l'eau courante. Un simple trempage dans l'eau ne suffit pas.

Cette étape est particulièrement délicate à réaliser dans le cas de corps creux comme les PID.

Une douchette facilite le rinçage manuel. Des machines type « rince verres » sont parfois citées, mais ne correspondent pas aux exigences d'une chaine de stérilisation et ne doivent donc pas être utilisées. Les laveurs désinfecteurs rincent et séchent automatiquement les dispositifs médicaux en fin de cycle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 55

→ Un séchage manuel soigneux à l'aide d'un non-tissé à usage unique et/ou d'air comprimé filtré est-il réalisé ?

Justification de la question

Le matériel qui sera ensaché doit être parfaitement sec. Dans le cas contraire, l'étape de stérilisation pourrait ne pas être validée.

Explications et moyens pratiques

Les matériels qui doivent être stérilisés doivent préalablement être soumis à un séchage soigneux à l'aide de support en non-tissé propre à usage unique ou d'une machine à sécher ou encore par l'air comprimé filtré.

Si le matériel reste humide, cela augmente le risque de prolifération de micro-organismes à sa surface.

En cas d'humidité résiduelle trop importante, la stérilisation peut échouer, car la vapeur ne rentrera pas en contact avec toute la surface du dispositif et l'autoclave ne parviendra pas à évacuer l'excès d'humidité en fin de cycle. Les sachets ressortiront alors humides.

Bon à savoir / Astuces

Il existe des sècheuses automatiques à air pulsé qui s'installent dans le plan de travail et se ferment hermétiquement. Ces systèmes déchargent le personnel d'une tâche chronophage.

Une soufflette d'air comprimé filtré, exempt d'eau et d'huile, permet d'initier le séchage et s'avère très pratique dans le cas d'instruments anfractueux ou creux.

Les laveurs désinfecteurs rincent et sèchent automatiquement les dispositifs médicaux en fin de cycle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 56

- **Avant le conditionnement, l'efficacité du nettoyage et du séchage de chaque dispositif médical est-elle vérifiée ?**
- **Tous les dispositifs médicaux sont-ils conditionnés (sachet ou double papier crêpe) immédiatement après séchage et stérilisés ensuite ?**
- **Dans le cas particulier de l'utilisation d'autres types de conditionnement (conteneur à soupapes...), comment vous assurez-vous de la bonne pénétration de la vapeur ?**

Justification de la question

Seuls des dispositifs médicaux propres et secs peuvent être stérilisés.

En France, seuls les instruments préalablement conditionnés peuvent être considérés stériles.

Explications et moyens pratiques

Avant le conditionnement, les instruments doivent être contrôlés visuellement, éventuellement à l'aide d'une loupe pour les plus petits comme les fraises.

En cas de nettoyage incomplet, la stérilisation sera incomplète, car l'agent stérilisant (vapeur) ne pourra atteindre toute la surface du dispositif médical.

Le conditionnement qui ne s'adresse qu'à des matériels parfaitement propres et secs, doit limiter tout apport de micro-organismes.

Le conditionnement peut être réutilisable ou à usage unique :

- Les conditionnements réutilisables comprennent des conteneurs en aluminium (anodisé) ou acier inoxydable qui sont étanches et munis de filtres ou de soupapes.
- Les conditionnements à usage unique sont constitués de sachets et gaines de stérilisation en papier ou papier et plastique dont les qualités requises sont définies dans la norme NF EN 868-5.

Pour qu'un objet stérilisé dans un autoclave conserve son état stérile, il doit être emballé préalablement à la stérilisation.

La bonne pénétration de la vapeur est objectivée par le virage d'intégrateurs physico-chimiques. Ce sont des indicateurs de classe 6 selon la norme ISO 11140-1. Leur virage est fonction du temps, de la température et de la pression de vapeur saturée (Intégrateurs TST : Time, Steam, Temperature). Ils permettent d'obtenir une bonne probabilité de stérilité aux points de l'autoclave où ils sont situés.

Bon à savoir / Astuces

Il n'est pas possible de considérer un produit comme stérile s'il n'a pas été conditionné avant passage à l'autoclave.

Les containers à soupape doivent bénéficier d'une maintenance (joints et filtres changés selon les recommandations des fabricants). Celle-ci doit être tracée.

Il existe plusieurs types d'intégrateurs. Il faut en choisir un adapté aux cycles prion (134°C pendant 18 min).

Avant le conditionnement, il est important de vérifier que tous les instruments sont en bon état. Les instruments corrodés, abimés ou qui présentent des risques de fracture (fissure, décollement d'insert ...) doivent être mis au rebut.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

NF EN ISO 11140-1 : 2009 Stérilisation des produits de santé - Indicateurs chimiques - Partie 1 : Exigences générales

QUESTION 57

→ **Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau est-il conforme à la norme NF EN 13060 ?****Justification de la question**

La stérilisation à la vapeur d'eau est le procédé de référence en l'état actuel des connaissances. Les autres procédés de stérilisation ne trouvent pas, à ce jour, d'indications pour la pratique courante en médecine bucco-dentaire.

Acheter un autoclave conforme à la norme certifiée que ce dispositif est en mesure de stériliser correctement.

Explications et moyens pratiques

Deux normes encadrent la fabrication des stérilisateur à la vapeur d'eau :

La norme NF EN 285+A2 « Stérilisateur à la vapeur d'eau. Grands stérilisateur » de Juillet 2009 pour les grands stérilisateur de volume supérieur à 60 litres.

La norme NF EN 13060+A2 « Petits stérilisateur à la vapeur d'eau » d'avril 2010 pour les petits stérilisateur de volume inférieur ou égal à 60 litres. Dans cette norme, trois types de cycles sont décrits : B, S et N selon la nature de la charge et les performances du stérilisateur.

Type B

Un petit stérilisateur à la vapeur d'eau de type B est indispensable si le praticien a besoin d'effectuer des stérilisations de dispositifs médicaux creux, fins ou de structure compliquée ainsi que des textiles et des dispositifs médicaux ou des textiles emballés pour préserver l'état stérile.

Le type de cycle B est défini dans la norme NF EN 13060 : « stérilisation de tous les produits emballés ou non emballés, pleins, à charge creuse de type A et produits poreux tels qu'ils sont représentés par les charges d'essais dans la présente norme ».

Un cycle de type B stérilise tous les dispositifs médicaux.

Exemples : fraise, instrumentation dynamique, pièce à main, canule d'aspiration chirurgicale, contre angle, instruments chirurgicaux, instruments endocanalaire.

C'est le seul type d'autoclave utilisable en routine en cabinet dentaire. Il est capable de stériliser tout type de charge.

La conformité à la norme NF EN 13060 type B est un moyen de conforter son choix lors de l'acquisition d'un nouvel autoclave.

Les préconisations liées à la stérilisation et à l'autoclave sont reprises sur la fiche en Annexe 10.

Bon à savoir / Astuces

La stérilisation à la vapeur d'eau dans un stérilisateur conforme à la norme NF EN 13060 est le procédé de référence en l'état actuel des connaissances. Les autres procédés de stérilisation ne trouvent pas, à ce jour, d'indications pour la pratique courante en médecine bucco-dentaire.

Les chemiclaves ne sont pas conformes à la législation française et ne peuvent donc être utilisés en cabinet dentaire. Les Poupinels sont interdits.

La conformité à la norme assure entre autre, la présence d'un triple vide fractionné en début de cycle. Cela permet d'évacuer correctement l'air contenu dans tout type de charge (poreuse, creuse, etc.).

Le vide fractionné terminal, permet quant à lui de sécher correctement la charge.

L'avant-propos national de la norme NF EN 13060 comporte un avertissement reproduit ci-dessous.

La présente norme décrit trois types de stérilisateurs :

- *type B : stérilisateur pour produits emballés et non emballés ;*
- *type N : stérilisateur pour produits non emballés ;*
- *type S : stérilisateur des produits spécifiés par le fabricant.*

En France, il est considéré que l'opération de stérilisation des dispositifs médicaux comporte une étape indispensable de conditionnement.

Aussi, pour la stérilisation des dispositifs médicaux, seuls les stérilisateurs de type B sont recommandés car ils permettent le traitement des dispositifs médicaux emballés.

Les deux autres types de stérilisateurs ne répondent pas aux spécificités françaises puisqu'ils sont destinés soit uniquement à des produits non emballés, soit à des produits spécifiques et sont considérés comme des appareils de désinfection.

Il est rappelé qu'un dispositif médical non emballé ne peut pas être considéré comme stérile.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

NF EN 13060+A2 Avril 2010, Petits stérilisateurs à la vapeur d'eau
ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 58

→ **Le cycle de stérilisation utilisé est-il exclusivement un cycle de type B avec une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes (dénommé cycle PRION) ?**

Justification de la question

Pour la stérilisation des dispositifs médicaux utilisés en médecine bucco-dentaire, seule l'utilisation d'un cycle de type B est recommandée, avec une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes.

Les autres cycles ou types d'autoclaves ne permettent pas d'assurer l'inactivation des prions.

Explications et moyens pratiques

Dans un autoclave, l'agent stérilisant est la vapeur d'eau saturée à une température supérieure à 100°C, donc sous pression. Cette vapeur doit être exempte d'impureté afin de ne pas causer de dégâts aux instruments et à l'autoclave. Il faut impérativement respecter les instructions du fabricant d'autoclave relatives à la qualité de l'eau qui alimente son appareil.

Un cycle de stérilisation, comprend l'évacuation de l'air, la montée en température, le plateau thermique (présence exclusive de vapeur d'eau saturée), la descente de température et le retour à la pression atmosphérique.

Le plateau thermique correspond à la phase de stérilisation : les paramètres choisis pour tout le cycle sont en fait ceux du plateau. La stérilisation nécessite une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes selon les préconisations de la circulaire DGS/5 C/ DHOS/E2 n°2001-138 du 14 mars 2001.

Pour la stérilisation des dispositifs médicaux utilisés en médecine bucco-dentaire et en stomatologie, seule l'utilisation d'un cycle de type B est recommandée, avec une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes.

Le choix se portera donc sur un autoclave conforme au type B défini par la norme NF EN 13060 et sur lequel un cycle de 134°C maintenus pendant 18 minutes sera programmé en routine.

Une température de 134°C maintenue pendant 18 mn est préconisée en vue de la meilleure réduction des risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC).

Les préconisations liées à la stérilisation et à l'autoclave sont reprises sur la fiche en Annexe10.

Bon à savoir / Astuces

Le type de l'autoclave correspond à sa capacité à stériliser telles ou telles sortes de charge (creuse, poreuse, pleine ...) selon un déroulement précis (triple vide fractionné initial ou non ...).

Le cycle de stérilisation (PRION correspondant à 134°C pendant 18 min par exemple) correspond aux paramètres du plateau thermique et non à la durée totale du cycle qui avoisine ou dépasse l'heure.

Le cycle PRION est dénommé ainsi car ses caractéristiques (134°C et 18 min) ont été décrites initialement dans la circulaire n°138 du 14 mars 2001 relative aux prions.

Pour la stérilisation de dispositifs médicaux, le personnel sélectionnera systématiquement le cycle PRION souvent déjà programmé. Si ce cycle n'est pas directement accessible, le praticien veillera à le programmer (ou le faire programmer). Les autoclaves type B conformes à la norme NF EN 13060 ont obligatoirement le cycle PRION de programmé.

Il existe d'autres types de cycles (134°C pendant 3,5 min par exemple). Il est interdit de stériliser des instruments avec ce cycle. Il est réservé à la réalisation de tests de pénétration de vapeur (Hélix ou Bowie-Dick) cuve vide.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Instruction N° DGS/R13/2011/449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs
ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007
NF EN 13060+A2 Avril 2010, Petits stérilisateur à la vapeur d'eau

QUESTION 59

→ **Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau dispose-t-il d'un contrat de maintenance avec contractualisation des conditions d'interventions (fréquence, types d'interventions, pièces détachées, délais d'intervention en cas de panne...) ?**

Justification de la question

Posséder un autoclave est fondamental. Assurer la pérennité de son fonctionnement l'est tout autant.

Explications et moyens pratiques

L'autoclave est un dispositif médical de classe IIb et doit, à ce titre être soumis à une maintenance et des contrôles réguliers.

La maintenance est assurée par le fournisseur de l'autoclave ou par un intervenant qui prend en charge l'entretien, la maintenance préventive et les réparations selon leur périodicité respective en tenant compte des recommandations du fabricant. Elle peut être fixée par contrat. Ces interventions devront être consignées dans un cahier d'entretien fourni par le fabricant précisant les opérations nécessaires, leur protocole ainsi que leur fréquence, afin de pouvoir assurer le maintien des performances. Si cela est possible, l'entretien courant défini par le fabricant pourra être réalisé par l'utilisateur (exemples : nettoyage de la cuve, des portes-plateaux, changement des filtres ou joints ...).

Sur le plan technique : de fortes contraintes thermiques (134°C) et mécaniques (pression >2 bar) répétées à chaque cycle rendent l'appareil faillible.

Le contrat de maintenance est le meilleur moyen d'assurer un fonctionnement correct et continu de l'autoclave.

Bon à savoir / Astuces

Bien vérifier les clauses lors de la contractualisation et se faire préciser par écrit, si nécessaire, les conditions exactes d'intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Article R5211-1, -5, -12, -21 et suivants du Code de la santé publique
NF EN 13060+A2 Avril 2010, Petits stérilisateurs à la vapeur d'eau
ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 60

→ Existe-t-il un document où sont consignés tous les événements (entretien, maintenance, pannes...) survenus sur votre autoclave ?

Justification de la question

Etablir la traçabilité des événements survenus à un dispositif médical relève d'une démarche globale de qualité et de sécurité.

Explications et moyens pratiques

Un remplacement à échéance régulière des consommables (filtres, joints) et des pièces d'usure doit être prévu.

Des pannes ou défaillances peuvent survenir, elles entraînent l'intervention d'un technicien. Des interventions préventives et curatives sont donc nécessaires pour assurer, tout au long de la vie de l'autoclave, une qualité constante de la stérilisation et une sécurité optimale des utilisateurs.

Le meilleur moyen de tracer les événements ponctuant la vie de l'autoclave est de les consigner dans un classeur spécialement prévu à cet effet.

Bon à savoir / Astuces

Dès l'acquisition de l'autoclave il faut mettre en place cette procédure et désigner une personne responsable de son suivi.

Il n'est jamais trop tard, et une pareille démarche peut être mise en place à tout moment de la vie de l'autoclave.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 61

→ **Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau a-t-il fait l'objet d'une qualification opérationnelle sur site de son procédé de stérilisation ?**

Justification de la question

Le processus de stérilisation, en tant que procédé spécial, doit faire l'objet d'une validation avant d'être mis en œuvre pour la première fois. Cette validation doit apporter la preuve que l'autoclave et le cycle programmé sont appropriés pour atteindre une stérilisation correcte.

Explications et moyens pratiques

Les essais de validation doivent répondre à la méthode décrite dans la norme NF EN ISO 17665-1 et aux exigences paramétriques issues de la norme NF EN 554. Ils permettent d'adapter l'appareil aux conditions de travail du praticien : nature des charges, positionnement des charges dans la cuve, environnement local (alimentation électrique, type d'eau, température de la pièce...).

La validation est à effectuer à réception de l'appareil, mais aussi à intervalles réguliers ou lors de modifications qui risquent de compromettre l'efficacité du procédé (changement de cuve par exemple).

Une qualification opérationnelle sur site est obligatoire à l'installation de l'autoclave. Son objectif est de constituer un dossier contenant les preuves du bon fonctionnement de l'appareil dans ses conditions réelles d'utilisation.

L'autoclave a été contrôlé en usine dans des conditions d'environnement particulières.

Après son transport (trépidations et chocs éventuels) l'autoclave est livré dans le cabinet et fonctionne dans un environnement différent de celui où il a été initialement contrôlé (aération, pression atmosphérique...) et stérilise des charges spécifiques à votre mode d'exercice (cassettes ou instruments unitaires sous sachets...).

Les personnes autorisées à réaliser une qualification opérationnelle sont les fabricants d'autoclaves, certains distributeurs et les organismes agréés (Apave, Dekra, Véritas...).

Ils doivent utiliser des capteurs, mesurant la pression et la température, pourvus de certificats d'étalonnage à jour (fournis par le Cofrac, Comité français d'accréditation).

Bon à savoir / Astuces

Pour que la qualification soit valide, il faut que la personne qui signe le rapport soit différente de la personne qui réalise les essais.

Afin de garantir la pérennité des performances constatées lors de la qualification, il est possible de souscrire un contrat de maintenance incluant des requalifications périodiques.

Pour assurer une pertinence des requalifications comparable à ce qui est réalisé en milieu hospitalier, la profession estime raisonnable de proposer que celles-ci soient au minimum prévues tous les 1000 cycles ou 2 ans (au premier des deux termes échu).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

NF EN ISO 17665-1 : 2006 Stérilisation des produits de santé - Chaleur humide - Partie 1 : exigences pour le développement, la validation et le contrôle de routine d'un procédé de stérilisation des dispositifs médicaux

QUESTION 62

→ **Lors du chargement de votre petit stérilisateur à vapeur d'eau, respectez-vous les préconisations du fabricant ou à défaut, les dispositifs ensachés sont-ils disposés sur la tranche, papier contre papier et plastique contre plastique, sans toucher les parois et pas trop serrés entre eux ?**

Justification de la question

La pénétration au cœur de la charge de l'agent stérilisant, la vapeur d'eau saturée sous pression, doit être optimale et le séchage parfait.

Explications et moyens pratiques

Ne pas trop serrer les dispositifs médicaux à stériliser sinon la stérilisation sera inefficace. Pour les sachets et en l'absence de préconisations du fabricant : ils doivent être disposés sur la tranche papier contre papier et plastique contre plastique sans toucher les parois de la chambre du stérilisateur ou sur des plateaux superposés sans chevauchement des emballages pour les sachets ne pouvant pas être disposés verticalement.

Bon à savoir / Astuces

Si un sachet touche la paroi, il risque de s'y coller, car la chaleur peut faire fondre le plastique du sachet.

Si les sachets sortent humides de l'autoclave, cela peut être dû à une surcharge de l'autoclave, une fuite au niveau du joint de porte ou une diminution de l'efficacité de la pompe à vide. Il faut alors effectuer un test de vide, un test Bowie-Dick ou un test Hélix pour avoir une idée de l'origine du dysfonctionnement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 63



Pour garantir l'efficacité de la stérilisation, les paramètres suivants sont-ils vérifiés et enregistrés à la fin de chaque cycle ?

- température et durée du plateau de stérilisation,
- virage correct de l'intégrateur physicochimique conditionné en sachet et placé au sein de la charge,
- virage de tous les indicateurs de passage figurant sur les sachets,
- absence d'humidité des sachets et intégrité des emballages,
- résultat du dernier test de pénétration de vapeur d'eau (Hélix).

Justification de la question

Le processus de stérilisation, en tant que procédé spécial, ne peut pas être contrôlé a posteriori. Il faut que tous les points de contrôles soient positifs pour déclarer une charge stérile.

Le fonctionnement correct de l'autoclave est vérifié à intervalles réguliers par des tests dits de « routine ».

Explications et moyens pratiques

Pour que les dispositifs médicaux soient considérés comme stériles, à la fin de chaque cycle de stérilisation, doivent être vérifiés :

- l'intégrité de l'emballage ;
- l'absence d'humidité de la charge, les sachets doivent être secs après l'ouverture de l'autoclave et le demeurer à température ambiante : un conditionnement humide n'assure plus son rôle protecteur de stérilité, même s'il sèche dans un deuxième temps ;
- le virage de tous les indicateurs de passage du sachet ;
- le virage des intégrateurs physico-chimiques ;
- l'enregistrement numérique (ticket) ou graphique (diagramme) du cycle. Il doit être conforme à l'enregistrement de référence obtenu lors de la validation de l'appareil. Il permet aussi de vérifier le fonctionnement correct de l'autoclave.

Si tous ces contrôles sont positifs, la charge peut être déclarée stérile.

Les tests de pénétration de vapeur (test Bowie-Dick ou test Hélix) permettent de vérifier que l'air est correctement évacué durant la phase de pré-traitement et de la qualité de la vapeur. Ils nécessitent un cycle avec un plateau de 3,5 min à 134°C ce qui interdit la stérilisation de charge lors de leur réalisation.

Le test de Bowie-Dick a été développé en 1963 pour évaluer la pénétration de la vapeur au sein de charges de textile. Ce type de charge n'est actuellement plus fréquemment stérilisé.

Le test Hélix mime un corps creux pouvant correspondre aux dispositifs médicaux dentaires les plus difficiles à stériliser (PID). De plus, la conception de ce test permet de réutiliser le support en plastique qui est changé tous les 250 à 350 tests. Cela permet d'en diminuer fortement le prix de revient. Il est donc préférable de privilégier ces tests en cabinet dentaire.

Ces éléments doivent être archivés dans un cahier afin d'assurer la traçabilité du processus de stérilisation.

Bon à savoir / Astuces

Pour assurer une pertinence des tests comparable à ce qui est réalisé en milieu hospitalier, la profession estime raisonnable de proposer que la réalisation du test de pénétration de vapeur (Hélix) se fasse au minimum tous les 6 cycles ou 1 fois par semaine (au premier des deux termes échu).

Après un test Hélix (ou Bowie-Dick), il est conseillé d'enchaîner aussitôt par un cycle de stérilisation d'une charge (après s'être assuré de la réussite du test), ceci à des fins d'économie de l'énergie.

Le test de vide complète les informations fournies par le test Hélix. Il doit être effectué toutes les semaines. Si le test de vide est défaillant, cela peut signifier que le joint de porte n'est plus étanche et qu'il doit être nettoyé ou changé. Dans ces conditions, le test Hélix ne peut pas non plus être positif.

Les intégrateurs physicochimiques constituent un premier niveau d'alerte en cas de dysfonctionnement de l'autoclave ainsi qu'un élément de preuve en cas de litige. Néanmoins, si un enregistrement de tous les paramètres du cycle de stérilisation est réalisé et sauvegardé, les intégrateurs physicochimiques ne contribuent que faiblement à garantir l'efficacité de la stérilisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

NF EN 867-5 : 2001 Systèmes non biologiques destinés à être utilisés dans des stérilisateur - Partie 5 : spécifications des systèmes indicateurs et dispositifs d'épreuve de procédé destinés à être utilisés pour les essais de performances relatifs aux petits stérilisateur de Type B et de Type S

NF EN ISO 17665-1 : 2006 Stérilisation des produits de santé - Chaleur humide - Partie 1 : exigences pour le développement, la validation et le contrôle de routine d'un procédé de stérilisation des dispositifs médicaux

QUESTION 64



À la fin de chaque cycle de stérilisation, après la vérification du bon déroulement du cycle, les sachets sont-ils étiquetés (sur une surface propre et sèche) ?

Justification de la question

Pour assurer la traçabilité de la procédure de stérilisation, il faut pouvoir relier tout dispositif médical stérilisé à son cycle de stérilisation et au patient pour lequel il a été utilisé. Des étiquettes comportant des numéros ou des codes-barres sont utilisées pour assurer cette traçabilité.

Explications et moyens pratiques

La traçabilité de la procédure permet de faire le lien entre un dispositif médical, un cycle et un patient. Elle doit être effectuée pour chaque cycle de stérilisation.

Elle est assurée grâce à l'étiquetage de chaque dispositif stérilisé qui indique le numéro de cycle, le numéro du stérilisateur (éventuellement), la date de la stérilisation, la date limite d'utilisation.

C'est ce numéro de cycle qui peut être indiqué dans le dossier du patient pour assurer le lien entre une procédure de stérilisation et un patient.

La traçabilité du processus est à différencier de la traçabilité des dispositifs médicaux qui fait le lien entre le dispositif médical (et non une charge) et le patient. Celle-ci ne pourra être mise en place qu'après marquage des dispositifs médicaux et informatisation du circuit.

L'étiquetage systématique des sachets en fin de cycle s'avère nécessaire.

Cette opération doit s'opérer dans les meilleures conditions de propreté en veillant à ne pas abîmer ou percer les sachets.

Bon à savoir / Astuces

Les personnes ayant conduit la stérilisation et l'étiquetage doivent être connues.

Toutes les procédures jusqu'ici décrites doivent faire l'objet de protocoles écrits afin d'assurer leur continuité dans les meilleures conditions de sécurité en cas de vacances des postes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

QUESTION 65



L'étiquetage des sachets stérilisés comporte-t-il les informations suivantes ?

- le n° du cycle de stérilisation,
- la date de la stérilisation,
- la date limite d'utilisation selon l'emballage choisi et les conditions de stockage.

Justification de la question

Pour assurer la traçabilité de la procédure de stérilisation, il faut pouvoir relier tout dispositif médical stérilisé à son cycle de stérilisation et au patient pour lequel il a été utilisé. Des étiquettes comportant des numéros ou des codes-barres sont utilisées pour assurer cette traçabilité.

Explications et moyens pratiques

La traçabilité de la procédure permet de faire le lien entre un dispositif médical, un cycle et un patient. Elle doit être effectuée pour chaque cycle de stérilisation.

Elle est assurée grâce à l'étiquetage de chaque dispositif stérilisé qui indique le numéro de cycle, le numéro du stérilisateur (éventuellement), la date de la stérilisation, la date limite d'utilisation.

C'est ce numéro de cycle qui peut être indiqué dans le dossier du patient pour assurer le lien entre une procédure de stérilisation et un patient.

Bon à savoir / Astuces

Relier systématiquement l'usage d'un dispositif médical à un patient relève du challenge. Chaque instrument devrait être marqué (durablement) et l'informatisation venir en renfort. La traçabilité « absolue » s'avère impossible. Il importe cependant de s'inscrire dans la démarche et d'y progresser par étapes en hiérarchisant les priorités.

La traçabilité « à la boîte » et non pas la traçabilité individuelle des instruments (T2I) est singulièrement facilitée avec l'emploi d'étiquettes à code barre et l'utilisation d'un logiciel *ad hoc*. Cela demande toutefois de travailler en suivant le principe « un acte = une cassette ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 66

- **Les dispositifs médicaux stérilisés ensachés sont-ils stockés selon les conditions suivantes ?**
- dans un endroit propre et sec,
 - dans une pièce différente de la pièce de nettoyage/ stérilisation ou à défaut dans une armoire fermée ou dans des tiroirs fermés.

Justification de la question

La durée de péremption des sachets stériles dépend des conditions de stockage.

Explications et moyens pratiques

Les emballages contenant les dispositifs stérilisés seront stockés dans un endroit sec, dans une pièce indépendante ou à défaut dans une armoire fermée ou éventuellement dans des tiroirs. Les dates de stérilisation et de péremption seront indiquées sur l'emballage.

La durée de péremption des sachets dépend de plusieurs paramètres (type d'emballage, type et lieu d'entreposage ...). A chaque paramètre est attribué un nombre de points. Un barème indique, en fonction de la somme des points, un délai de conservation de l'état stérile.

Bon à savoir / Astuces

Dans un environnement propre et sec, un délai de 2-3 mois est admis pour un simple emballage en sachet papier / plastique. Cette durée peut être doublée pour un double emballage. Les containers à soupapes avec filtres à usage unique, de plus en plus utilisés en implantologie pour contenir un grand nombre de dispositifs médicaux, ont un délai de conservation de 6 mois.

Les délais de conservation de l'état stérile peuvent être calculés à l'aide du document cité en référence.

Si cette date est dépassée, les instruments doivent suivre un nouveau cycle de stérilisation complet.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Directives indiquées pour la détermination de la limite de validité de l'état stérile selon le système décrit pour les Hôpitaux de Belgique et des Pays Bas (Kadergroep Richtlijnen Steriliseren-Richtlijnen 5301 - National Control Laboratory - Bethoven - N.L.) dans le Guide pour la maîtrise des traitements appliqués aux dispositifs médicaux réutilisables (Afnor FD S 98-135)

Durée de validité de l'état stérile

Une limite de validité tenant compte du type d'emballage, des lieux et moyens de stockage peut être déterminée en suivant les directives appliquées dans les hôpitaux de Belgique et des Pays-Bas. L'addition des points obtenus pour les différents modes de conditionnement et de conditions de stockage permet d'obtenir un total dont la correspondance à un délai de conservation de l'état stérile a été établie. Ce système de calcul est une aide qui détermine une durée de conservation maximum.

A - MODE DE CALCUL

Emballage primaire

(unique ou premier emballage)

Papier crêpé (première épaisseur)	20
Feuille non-tissée	40
Sachet papier / papier.....	40
Sachet papier / plastique.....	80
Blister fermeture papier.....	80
Blister fermeture Tyvek®.....	100
Conteneur avec filtre ou soupape	100
Conteneur + Emballage interne non tissé	210

Deuxième emballage primaire

(deuxième épaisseur)

Papier crêpé (deuxième épaisseur)	60
Feuille non-tissée	80
Sachet papier / papier.....	80
Sachet papier / plastique.....	100
Blister fermeture papier	100
Blister fermeture Tyvek®.....	120
Conteneur avec filtre ou soupape	250

Ce nombre de points ne s'applique pas si le premier emballage doit être présenté stérilement.

Emballage de transport

(transport, stockage)

Sac en polyéthylène hermétiquement clos	400
Boucliers de protection (conteneurs).....	250
Emballage de protection clos (bac, carton)	250

Les paragraphes suivants ne sont applicables que si l'on a obtenu plus de 50 points dans les paragraphes précédents.

Moyens de stockage

Chariot de soins.....	0
Etagère ou rayon ouvert	0
Armoire fermée (régulièrement entretenue)	100

Lieu de stockage

Couloir ou chambre de patient	0
Salle de soins	50
Magasin de matériel.....	75
Magasin de matériel stérile	250
Zone dite stérile (bloc opératoire).....	300

B - BAREME

1-25 :	péréemption	24 h
26-50 :	péréemption	1 semaine
51-100 :	péréemption	1 mois
101-200 :	péréemption	2 mois
201-300 :	péréemption	3 mois
301-400 :	péréemption	6 mois
401-600 :	péréemption	1 an
601-750 :	péréemption	2 ans
751 et plus :	péréemption	5 ans

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Afnor, FD S 98-135 : Stérilisation des dispositifs médicaux – Guide pour la maîtrise des traitements appliqués aux dispositifs médicaux réutilisables, 2005

QUESTION 67

- **Les informations fournies par leur fabricant indiquent-elles que vos porte-instruments dynamiques (turbines, contre-angles, pièces à main ...) sont aptes à être pré-désinfectés, nettoyés et stérilisés ?**
- **Quel(s) moyen(s) de traitement(s) est/sont préconisé(s) par le fabricant ?**
- **Avant la stérilisation, respectez-vous toutes les étapes préconisées par le fabricant ?**
- **Ces procédures sont-elles mises en œuvre entre chaque patient ?**

En attendant que des modalités de traitement de ces instruments soient validées scientifiqument, nous recommandons de suivre les indications des fabricants pour les étapes précédant la stérilisation.

Justification de la question

Les PID sont des vecteurs possibles de contaminations croisées. Il est recommandé de les stériliser entre chaque patient mais les étapes de nettoyage et de rinçage posent des difficultés.

Explications et moyens pratiques

La contamination bactérienne et virale des PID (pièces à main, contre-angles et turbines) provient du contact direct avec les tissus durs de la dent, la salive et le sang du patient, du spray et du contact indirect avec les autres instruments, objets ou substances.

Après réalisation de la purge, les PID doivent être débranchés de l'unit et être stérilisés en suivant les préconisations du fabricant.

Il convient donc lors de l'achat des PID de privilégier ceux qui répondent à toutes les exigences de sécurité en matière de nettoyage et de stérilisation. La qualification de « stérilisable » doit engager le fabricant à fournir un matériel permettant toutes les étapes de la procédure sans en exclure aucune. Les PID à petite vitesse, comme ceux utilisés en chirurgie implantaire, sont démontables et suivent le même traitement que les autres dispositifs médicaux : déconnexion des différentes parties, immersion dans un bain de pré-désinfection, nettoyage manuel, ou mieux en laveur-désinfecteur, puis reconnexion et lubrification avant conditionnement et stérilisation.

Bon à savoir / Astuces

L'étape du trempage peut être éliminée si les souillures n'ont pas le temps de sécher sur ou dans le dispositif médical.

Les PID peuvent alors être placés dans une boîte hermétique, entourés de lingettes qui humidifient leur surface et maintiennent l'atmosphère humide. Plusieurs PID peuvent être conservés de cette manière en attendant qu'un cycle du laveur désinfecteur soit lancé.

Normalement le marquage CE et la norme ISO 17664 font que les fabricants doivent fournir des détails sur les modalités de traitement de leurs dispositifs médicaux dès lors qu'ils les considèrent stérilisables. Ce qui est le cas de tous les PID sur le marché.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ISO 17664 : 2004 Stérilisation des dispositifs médicaux - Informations devant être fournies par le fabricant pour le processus de restérilisation des dispositifs médicaux

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

COMIDENT, Guide de traitement des porte-instruments dynamiques avant stérilisation, 2012

QUESTION 68

→ **Dans le cas où toutes les étapes préconisées par le fabricant ne sont pas mises en œuvre, quel traitement effectuez-vous pour les PID ?**

Justification de la question

Les PID sont des vecteurs possibles de contaminations croisées.

Il est recommandé de les stériliser entre chaque patient mais les étapes de nettoyage et de rinçage posent des difficultés.

Explications et moyens pratiques

Les méthodes de restérilisation préconisées par les fabricants conformément à la norme ISO 17664 sont parfois en contradiction avec les préconisations contenues dans le Guide de la DGS de 2006 (étape de trempage en particulier).

Très souvent deux méthodes sont proposées par les fabricants. Une méthode manuelle qui sauf exception prohibe le trempage du PID et une méthode automatisée à l'aide d'un automate ou d'un laveur désinfecteur.

Ces multiples possibilités de traitements font que dans la plupart des cas, un de ces traitements pourra être intégré à l'organisation du cabinet.

Bon à savoir / Astuces

Les systèmes de maintien des PID dans les laveurs désinfecteurs ne sont pas tous identiques. Il faudra privilégier les systèmes permettant le meilleur sertissage possible du PID afin d'éviter les fuites d'eau qui seraient préjudiciables à la qualité du nettoyage interne.

Les PID destinés spécifiquement à la chirurgie sont conçus pour être aisément démontés. Ils doivent l'être avant de commencer les différentes étapes du traitement aboutissant à leur stérilisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ISO 17664 : 2004 Stérilisation des dispositifs médicaux - Informations devant être fournies par le fabricant pour le processus de restérilisation des dispositifs médicaux

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

6.

LE TRAITEMENT DES MATÉRIAUX D'EMPREINTE ET DES PROTHÈSES

QUESTION 69

→ **Les dispositifs posés ou essayés en bouche (films radio, prothèses, empreintes, teintier...) sont-ils, après chaque usage, nettoyés et désinfectés à l'aide d'un détergent/désinfectant ?**

Justification de la question

Les dispositifs utilisés en bouche sont contaminés. Ils doivent être désinfectés ou jetés s'ils sont à usage unique.

Explications et moyens pratiques

La phase essentielle du traitement est le rinçage à l'eau froide et au détergent de tous les éléments (films radio, prothèses, porte-empreintes...) dès le retrait de la bouche, pour les débarrasser des mucosités et des débris salivaires et sanguins.

Le choix de la méthode de désinfection doit respecter la conservation des qualités physico-chimiques des matériaux d'empreinte (distinction entre matériaux hydrophiles ou hydrophobes) et l'efficacité du mode de désinfection (désinfection à visée virucide). Après rinçage et désinfection, les empreintes sont acheminées vers le laboratoire de prothèse dans un sachet plastique étanche enfermé dans une boîte de protection. Le laboratoire doit être informé de la réalisation de cette désinfection.

Certains produits sont préconisés pour le traitement des films radiographiques, des matériaux d'empreinte et des prothèses. Le NaOCl ou Eau de Javel® est commercialisée soit :

- sous forme concentrée (berlingot à 9,6% de chlore actif) à diluer impérativement pour reconstituer un litre d'Eau de Javel® à 2,6%,
- sous forme diluée en bouteille d'un litre (2,6% de chlore actif).

Les conditions de conservation (date de péremption, température, durée, lumière), de dilution et de durée d'application doivent être respectées pour que l'Eau de Javel® soit efficace.

Bon à savoir / Astuces

L'efficacité de l'Eau de Javel® est diminuée en présence de matières organiques et lors de mélange avec d'autres produits chimiques. Un nettoyage et un rinçage à l'eau sont donc indispensables avant son application.

L'Eau de Javel® à 2,6% de chlore actif doit être fraîchement préparée et appliquée dans ce cas là pendant 15 minutes.

Si le dispositif à désinfecter peut être passé dans un laveur désinfecteur, cette méthode présente l'avantage d'un résultat garanti et n'est pas chronophage pour l'assistante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

ADF, Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

ADF, Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire, 2008, réédition 2013

ADF, Liste positive des produits désinfectants dentaires, 2009

QUESTION 70

- Utilisez-vous des porte-empreintes à usage unique ?
- Sinon, comment traitez-vous vos porte-empreintes ?

Justification de la question

Les dispositifs utilisés en bouche sont contaminés. Ils doivent être désinfectés ou jetés s'ils sont à usage unique.

Explications et moyens pratiques

Les porte-empreintes sont des dispositifs médicaux semi-critiques et doivent donc être, stérilisés ou désinfectés s'ils ne sont pas à usage unique.

La catégorie des dispositifs médicaux semi-critiques concerne certains instruments en contact avec la muqueuse buccale et la salive. Ils sont classés comme présentant des risques médians et devraient être soit à usage unique, soit stérilisés après chaque utilisation ou à défaut, être désinfectés par une désinfection que l'on qualifiera de niveau intermédiaire. Cette désinfection fera appel à un désinfectant ou un procédé bactéricide, fongicide, virucide et mycobactéricide ou tuberculocide. Dans la pratique, les instruments de cette catégorie sont également, le plus souvent, stérilisables à l'autoclave.

Bon à savoir / Astuces

Sans aller jusqu'à stériliser systématiquement les porte-empreintes, il est possible de les passer dans un laveur désinfecteur. Cette méthode aboutit à une désinfection de niveau intermédiaire garantie et n'est pas chronophage pour l'assistante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

QUESTION 71

→ La réalisation des opérations de désinfection des empreintes est-elle précisée par écrit au laboratoire de prothèse ?

Justification de la question

Les empreintes étant une source potentielle de contamination pour les techniciens de laboratoire, il faut les informer des précautions prises pour les protéger.

Explications et moyens pratiques

La phase essentielle du traitement est le rinçage à l'eau froide et au détergent des empreintes dès le retrait de la bouche, pour les débarrasser des mucosités et des débris salivaires et sanguins.

Le choix de la méthode de désinfection doit respecter la conservation des qualités physico-chimiques des matériaux d'empreinte (distinction entre matériaux hydrophiles ou hydrophobes) et l'efficacité du mode de désinfection (désinfection à visée virucide).

Après rinçage et désinfection, les empreintes sont acheminées vers le laboratoire de prothèse dans un sachet plastique étanche enfermé dans une boîte de protection. Le laboratoire doit être informé de la réalisation de cette désinfection.

Certains produits sont préconisés pour le traitement des matériaux d'empreinte et des prothèses. Le NaOCl ou Eau de Javel® est commercialisée soit :

- sous forme concentrée (berlingot à 9,6% de chlore actif) à diluer impérativement pour reconstituer un litre d'Eau de Javel® à 2,6%,
- sous forme diluée en bouteille d'un litre (2,6% de chlore actif).

Les conditions de conservation (date de péremption, température, durée, lumière), de dilution et de durée d'application doivent être respectées pour que l'Eau de Javel® soit efficace.

Bon à savoir / Astuces

L'efficacité de l'Eau de Javel® est diminuée en présence de matières organiques et lors de mélange avec d'autres produits chimiques. Un nettoyage et un rinçage à l'eau sont donc indispensables avant son application.

L'Eau de Javel® à 2,6% de chlore actif doit être fraîchement préparée et appliquée dans ce cas là pendant 15 minutes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

7.

GESTION DES DÉCHETS

QUESTION 72

→ **Disposez-vous à portée de main d'un collecteur permettant l'élimination immédiate des objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) ?**

Justification de la question

Les déchets d'objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) doivent être triés dès leur production (dans la salle de soins) dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Explications et moyens pratiques

Doit être prévue dans la salle de soins une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille).

Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

Les préconisations liées à la gestion des déchets de soins sont reprises sur les fiches en Annexe 11a et 11b.

Bon à savoir / Astuces

Ces collecteurs ne doivent jamais être remplis au-delà du repère marqué sur la boîte. Cela est impératif pour que le système de fermeture définitive fonctionne correctement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006
Code de la santé publique (articles R1335-1 et suivants ; article R4127-269)

QUESTION 73

- **Disposez-vous d'un collecteur spécifique pour les déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI autre qu'OPCT) ?**
- **Disposez-vous d'un contrat d'enlèvement des DASRI avec une entreprise spécialisée ?**

Justification de la question

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

Explications et moyens pratiques

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

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

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

A proximité de la salle de soins :

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

Périodicité de la collecte :

La périodicité de collecte ne doit pas excéder :

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

Stockage avant collecte :

Aucun déchet n'est entreposé dans des zones dites « protégées ».

Les déchets conditionnés dans des emballages primaires (sacs jaunes, boîte OPCT) sont placés dans des conteneurs (boîtes en carton) adaptés à la collecte interne qui une fois remplis sont fermés définitivement et stockés dans un local distinct des autres zones techniques.

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

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

Bon à savoir / Astuces

Le producteur de déchets en est responsable jusqu'à leur élimination ou leur revalorisation. Même si un collecteur vient chercher vos déchets au cabinet, seule la remise d'un certificat de destruction de vos déchets (feuille 1 du Cerfa n°11351*02) vous décharge de cette responsabilité.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, Ministère de la Santé, DGS, Juillet 2006

Code de la santé publique (articles R1335-1 et suivants ; article R4127-269)

Arrêtés du 20 mai 2014 modifiant l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

Instruction N° DGS/R13/2011/449 du 1^{er} décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs. Code de l'environnement (article L541-9)

QUESTION 74

- **Votre installation est-elle équipée d'un séparateur d'amalgame ?**
- **Les déchets d'amalgames sont-ils recueillis et traités dans une filière spécifique ?**

Justification de la question

Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Ils ne peuvent pas être éliminés avec les eaux usées. Ils doivent être valorisés.

Explications et moyens pratiques

Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques.

Les effluents liquides contenant des résidus d'amalgame sont évacués vers le réseau d'eaux usées après leur passage dans un séparateur d'amalgame installé à distance du point de soins.

Les résidus d'amalgame contenus dans le séparateur d'amalgame sont éliminés selon une procédure bien définie en fonction du type du séparateur.

A ce titre, le responsable du cabinet dentaire doit établir avec un prestataire de service, pour le traitement ou la collecte des déchets d'amalgame, une convention écrite.

Si le praticien fait appel à une société de collecte, il utilisera les formulaires Cerfa n°10785*02 et n°10786*02.

S'il se charge lui-même de la collecte et du transport, il utilise le formulaire Cerfa n°10787*02.

Bon à savoir / Astuces

Les déchets résiduels d'amalgame restant sur le plateau lors de soins peuvent être éliminés de la même manière.

Une dent extraite contenant de l'amalgame doit être traitée avec les déchets d'amalgame.

Les bordereaux d'enlèvement des cartons et boîtes ainsi que ceux de revalorisation des déchets doivent être conservés par le producteur et la société pour une période de 3 ans. Le praticien est responsable de ses déchets tant qu'il n'a pas le bordereau de destruction signé par l'entreprise et l'usine de traitement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, Ministère de la Santé, DGS, Juillet 2006

Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires

Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »)

8.

VIGILANCES

QUESTION 75

- **En terme de matériovigilance, connaissez-vous les dispositions relatives à la déclaration à l'Ansm des incidents mettant en cause un dispositif médical (critères et procédures) ?**
- **Connaissez-vous les dispositions relatives à la pharmacovigilance, c'est-à-dire les modalités de signalement d'incidents liés à l'utilisation d'un médicament ?**

Justification de la question

Les professionnels de santé sont tenus de signaler tous types d'effets indésirables.

Explications et moyens pratiques

La **matériovigilance** se définit comme une veille sanitaire permanente dont les objectifs sont : la surveillance, le signalement, le traitement, l'investigation des événements indésirables liés à l'utilisation des dispositifs médicaux.

Elle vise les matériels et matériaux utilisés dans les cabinets dentaires et notamment les dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires, appareillages d'orthodontie).

La matériovigilance impose à certaines personnes (fabricants, utilisateurs et tiers) de signaler les incidents qu'elles ont pu constater. Les chirurgiens dentistes, fabricants et utilisateurs sont naturellement soumis à ces obligations.

Doivent être signalés obligatoirement et sans délai à l'Ansm :

- Les incidents ou risques d'incidents ayant entraîné ou susceptibles d'entraîner la mort, ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers.

Donnent lieu facultativement à un signalement auprès du directeur de l'Ansm (pour les praticiens exerçant en cabinet de ville) les incidents suivants :

- réaction nocive et non voulue se produisant lors de l'utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination ;
- réaction nocive et non voulue résultant d'une utilisation d'un dispositif médical ne respectant pas les instructions du fabricant ;
- tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical ;
- toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance.

La **pharmacovigilance** a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments.

Les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté être dû à un médicament dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Lorsque le médicament contient des substances psychoactives, la déclaration doit être effectuée dans le cadre du système de pharmacodépendance.

Ce dispositif permet aussi de recueillir les effets indésirables résultant :

- D'une utilisation au cours de la grossesse ou de l'allaitement,
- D'une interaction médicamenteuse,
- D'une perte d'efficacité,
- D'un défaut de qualité.

Bon à savoir / Astuces

Les déclarations se font sur les formulaires suivants :

- Signalement d'un incident ou d'un risque d'incident de matériovigilance, Cerfa n°10246*05
- Fiche de pharmacovigilance, Cerfa n°10011*04

Les obligations en matière de pharmacovigilance sont en train de changer (loi en discussion au Parlement en procédure accélérée) : les professions médicales auront l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Matériovigilance (articles L. 5212-1 et suivants, R. 5212-1 et suivants CSP).

Pharmacovigilance (articles L. 5121-22 et suivants, R. 5121-150 et suivants CSP).

Pharmacodépendance (articles R. 5132-97 et suivants CSP).

Ansm, Matériovigilance, <http://ansm.sante.fr/Activites/Materiovigilance>

Ansm, Pharmacovigilance, <http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance>

Ansm, Pharmacodépendance (Addictovigilance), <http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance>

FICHE D'AUTOÉVALUATION

Cette fiche vous permet de vous autoévaluer et de fixer vos actions prioritaires d'amélioration. Les cases en couleur correspondent aux recommandations essentielles dont le respect est indispensable à la sécurité des soins.

Tous manquements au niveau de ces items doivent être corrigés au plus vite.

Questions	Autoévaluation			Priorité d'action		
	😊	😐	😞	Haute	Moyenne	Basse
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

Questions	Autoévaluation			Priorité d'action		
	😊	😐	😞	Haute	Moyenne	Basse
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						

ABRÉVIATIONS ET GLOSSAIRE

- **AES** : Accident d'exposition au sang
Un AES est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.
- **Ansm** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ex Afssaps).
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **DAOM** : Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères
- **DAS** : Déchets d'Activité de Soins
- **DASRI** : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
Tout déchet potentiellement souillé par du sang ou un liquide biologique (ex. : compresses et champs opératoires souillés, gants usagés...)
- **DM** : Dispositifs médicaux
- **DPC** : Développement professionnel continu
- **EPI** : Équipement de Protection Individuelle
- **OPCT** : Objets Piquants Coupants Tranchants
Matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique (ex. : lame de bistouri, aiguilles...)
- **PHA** : Produit Hydro-Alcoolique (synonyme de SHA)
- **PID** : Porte-Instruments Dynamiques
Les turbines, contre-angles, pièces à mains mais aussi pièces à mains ultrasonores, de sonochirurgie, de prophylaxie ou d'endodontie. Ces instruments transmettent un mouvement rotatif ou oscillant aux instruments en contact direct avec la ou les dents traitées (fraises, inserts, instruments endodontiques, bossettes ...).
Les PIR ne représentent qu'une partie des porte-instruments dynamiques.
- **PIR** : Porte-Instrument Rotatif (voir PID)
- **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique (synonyme de PHA)
- **T2I** : Traçabilité Individuelle des Instruments
- **THF** : Traitement Hygiénique par Friction
- **UFC** : Unité Formant Colonie
- **UU** : Usage Unique

ANNEXES

ANNEXE 1

Cadre juridique des visites diligentées par les autorités sanitaires

Article L1421-1

Les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des dispositions du présent code et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique.

Ils peuvent être assistés par des experts désignés par l'autorité compétente et procéder à des inspections conjointes avec des agents appartenant à d'autres services de l'Etat et de ses établissements publics. Lorsque ces experts ou ces agents sont des professionnels de santé, ils ne peuvent être traduits, pour des faits relevant de leur contribution à ces missions d'inspection, devant la juridiction disciplinaire de l'ordre dont ils relèvent, que par le ministre chargé de la santé, le procureur de la République ou le directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article.

Article L1421-2

Pour l'exercice de leurs missions, les agents mentionnés à l'article L1421-1 ont accès, lorsqu'ils sont à usage professionnel, aux locaux, lieux, installations, moyens de transport, à l'exclusion des domiciles et de la partie des locaux servant de domicile, dans lesquels ont vocation à s'appliquer les dispositions qu'ils contrôlent. Ils ne peuvent y accéder qu'entre huit heures et vingt heures, ou en dehors de ces heures, lorsque l'accès au public est autorisé ou lorsqu'une activité est en cours.

Lorsque l'accès est refusé aux agents mentionnés au premier alinéa, il peut être autorisé par l'autorité judiciaire dans les conditions fixées à l'article L1421-2-1, sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées en application de l'article L1426-1.

Article L1421-2-1

I. - La visite est autorisée par ordonnance du juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel sont situés les lieux à visiter.

L'ordonnance comporte l'adresse des lieux à visiter, le nom et la qualité du ou des agents habilités à procéder aux opérations de visite ainsi que les heures auxquelles ils sont autorisés à se présenter.

L'ordonnance est exécutoire au seul vu de la minute.

II. - L'ordonnance est notifiée sur place au moment de la visite, à l'occupant des lieux ou à son représentant qui en reçoit copie intégrale contre récépissé ou émargement au procès-verbal de visite. En l'absence de l'occupant des lieux ou de son représentant, l'ordonnance est notifiée, après la visite, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La notification est réputée faite à la date de réception figurant sur l'avis. A défaut de réception, il est procédé à la signification de l'ordonnance par acte d'huissier de justice.

L'acte de notification comporte mention des voies et délais de recours contre l'ordonnance ayant autorisé la visite et contre le déroulement des opérations de visite. Il mentionne également que le juge ayant autorisé la visite peut être saisi d'une demande de suspension ou d'arrêt de cette visite.

III. - La visite s'effectue sous l'autorité et le contrôle du juge des libertés et de la détention qui l'a autorisée. Le juge des libertés et de la détention peut, s'il l'estime utile, se rendre dans les locaux pendant l'intervention. A tout moment, il peut décider la suspension ou l'arrêt de la visite. La saisine du juge des libertés et de la détention aux fins de suspension ou d'arrêt des opérations de visite n'a pas d'effet suspensif.

IV. - La visite est effectuée en présence de l'occupant des lieux ou de son représentant, qui peut se faire assister d'un conseil de son choix. En l'absence de l'occupant des lieux, les agents chargés de la visite ne peuvent procéder à celle-ci qu'en présence de deux témoins qui ne sont pas placés sous leur autorité.

Un procès-verbal relatant les modalités et le déroulement de l'opération et consignant les constatations effectuées est dressé sur-le-champ par les agents qui ont procédé à la visite. Le procès-verbal est signé par ces agents et par l'occupant des lieux ou, le cas échéant, son représentant et les témoins. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

L'original du procès-verbal est, dès qu'il a été établi, adressé au juge qui a autorisé la visite. Une copie de ce même document est remise ou adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'occupant des lieux ou à son représentant.

Le procès-verbal mentionne le délai et les voies de recours.

V. - L'ordonnance autorisant la visite peut faire l'objet d'un appel devant le premier président de la cour d'appel suivant les règles prévues par le code de procédure civile. Les parties ne sont pas tenues de constituer avoué.

Cet appel est formé par déclaration remise ou adressée par pli recommandé au greffe de la cour dans un délai de quinze jours. Ce délai court à compter de la notification de l'ordonnance. Cet appel n'est pas suspensif.

Le greffe du tribunal de grande instance transmet sans délai le dossier de l'affaire au greffe de la cour d'appel où les parties peuvent le consulter.

L'ordonnance du premier président de la cour d'appel est susceptible d'un pourvoi en cassation, selon les règles prévues par le code de procédure civile. Le délai du pourvoi en cassation est de quinze jours.

VI. - Le premier président de la cour d'appel connaît des recours contre le déroulement des opérations de visite autorisées par le juge des libertés et de la détention suivant les règles prévues par le code de procédure civile. Les parties ne sont pas tenues de constituer avoué.

Le recours est formé par déclaration remise ou adressée par pli recommandé au greffe de la cour dans un délai de quinze jours. Ce délai court à compter de la remise ou de la réception du procès-verbal, mentionné au premier alinéa. Ce recours n'est pas suspensif.

L'ordonnance du premier président de la cour d'appel est susceptible d'un pourvoi en cassation selon les règles prévues par le code de procédure civile. Le délai du pourvoi en cassation est de quinze jours.

VII. - Le présent article est reproduit dans l'acte de notification de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention autorisant la visite.

Article L1421-3

Les agents mentionnés à l'article L1421-1 peuvent demander communication de tous documents nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, quel qu'en soit le support, et en prendre copie, prélever des échantillons, recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement ou toute justification nécessaire. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'une des agences mentionnées au dernier alinéa de l'article L1431-1, le directeur général de cette agence. Pour les opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données ; ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

Article L1421-4

Le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène relève :

- 1° De la compétence du maire pour les règles générales d'hygiène fixées, en application du chapitre Ier du titre Ier du livre III, pour les habitations, leurs abords et dépendances ;
- 2° De la compétence de l'Etat dans les autres domaines sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales par des dispositions spécifiques du présent code ou du code général des collectivités territoriales.

Article L1421-6

Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L1427-1

Le fait de faire obstacle aux fonctions des agents mentionnés aux articles L1421-1, L1435-7 et L5313-1 est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.



BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

Précautions standard¹

Mesures d'hygiène de base à appliquer
par tous les praticiens et leurs assistant(e)s
et **pour tous** les patients²

Hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique

AVANT TOUT EXAMEN OU SOIN DENTAIRE

- Risque infectieux bas et moyen : désinfection par friction hydro-alcoolique
- Risque infectieux haut : désinfection chirurgicale par friction hydro-alcoolique

IMMÉDIATEMENT APRÈS LE RETRAIT DES GANTS

RAPPEL

LE LAVAGE SIMPLE DES MAINS EST INDIQUÉ :

- à la prise d'activité avec un brossage des ongles
- si mains visiblement souillées ou poudrées

Port de gants

- Systématique pour tout examen ou soin dentaire et lors de la manipulation d'instruments souillés
- Retrait immédiatement après le soin
- Changement systématique à chaque interruption des soins (contact avec l'environnement non protégé : téléphone, tiroir...)
- Port de gants non poudrés recommandé : permet dès leur retrait l'application des produits hydro-alcooliques

Port de masque chirurgical

- Systématique pour tout soin dentaire
- De préférence un masque chirurgical³, constitué de 4 couches dont une imperméable
- Recouvre le nez, la bouche et le menton
- Changé entre chaque patient et chaque fois qu'il est humide
- Éliminé dès son retrait dans la filière DASRI
- Utilisation limitée à 4 heures en continu

Port de lunettes de protection

- Systématique pour tout acte
- Larges et munies de protections latérales
- En cas de port de lunettes de vue : utilisation d'un masque à visière ou de lunettes de protection adaptées à la vue
- À nettoyer entre chaque patient avec une solution détergente désinfectante⁴

Tenue professionnelle

- Tunique à manche courte et pantalon
- Changée quotidiennement et en cas de souillures

Prévention des AES

- Respect de la limite de remplissage des boîtes à Objets Piquants/Coupants/Tranchants : < 3/4 de volume
- Boîte à OPCT disposée à portée des mains pour une élimination immédiate
- Manipulation avec précautions de l'instrumentation à risque AES (curette...)
- Si le recapuchonnage ne peut être évité pour les seringues spécifiques dentaires, il s'effectue à l'aide d'un dispositif spécifique à une main. Préférer l'usage d'un matériel sécurisé

Traitement des surfaces souillées

- Toutes surfaces souillées par des liquides biologiques font l'objet d'un nettoyage-désinfection avec un détergent-désinfectant de surface. Seuls les produits ayant un marquage CE peuvent être utilisés sur les surfaces⁴ de dispositifs médicaux (directive 93/42/CEE)

Matériels souillés

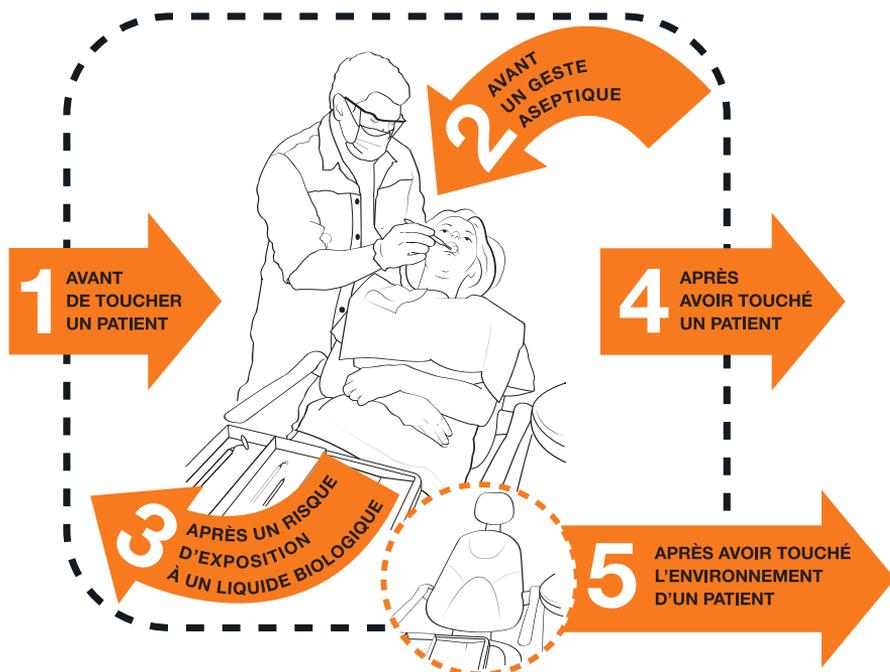


- Immergés immédiatement après l'usage dans un bain de produits détergents-désinfectants⁵, situé dans la salle des soins

1. Circulaire DGS/DH N° 98-249 du 20 avril 1998
2. http://www.sfh.net/telechargement/recommandations_preventiontransmissioncroiseeSFHH.pdf
3. Directive européenne EN 93/42/CEE, norme EN 14683, masque chirurgical type IR OU IIR
4. Normes NF EN 1040, NF EN 1275, NF EN 1276 pour une activité en 15 minutes maximum
5. Normes NF EN 13727, NF EN 13624, NF EN 14476

Les 5 indications de l'hygiène des mains

Soins dentaires



1 AVANT DE TOUCHER UN PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains avant de toucher un patient. POURQUOI? Pour protéger le patient des germes présents sur les mains.
2 AVANT UN GESTE ASEPTIQUE	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains immédiatement avant d'exécuter un geste aseptique. POURQUOI? Pour protéger le patient de l'inoculation de germes, y compris ceux dont il est porteur.
3 APRÈS UN RISQUE D'EXPOSITION À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après toute exposition potentielle ou effective à un liquide biologique (et après le retrait des gants). POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.
4 APRÈS AVOIR TOUCHÉ UN PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché le patient, au terme de la rencontre ou lorsque cette rencontre est interrompue. POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.
5 APRÈS AVOIR TOUCHÉ L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché un objet dans l'environnement du patient pour autant qu'une zone lui ait été temporairement et exclusivement dédiée, même lorsque le patient n'a pas été touché. POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.



Organisation mondiale de la Santé

SAVE LIVES
Clean Your Hands

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite.

La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

L'OMS remercie le Ministère de la Santé d'Espagne, ainsi que Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

ANNEXE 4

Désinfection des mains



BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

La désinfection des mains par friction avec un Produit hydro alcoolique (PHA)¹

Indications

AVANT CHAQUE SOIN ET EN FIN DE TRAITEMENT, au retrait des gants non poudrés

À RÉALISER SUR LES MAINS

- Sans bijou ni alliance ni montre ou bracelet
- Ongles courts sans vernis
- Visuellement propres et sèches
- Non poudrés

7 Poignets



1 Paume contre paume



2 Paume sur dos de main



Technique

Verser dans le creux de la main la quantité de PHA nécessaire pour être répartie sur la totalité des mains et poignets, puis frictionner

La désinfection est considérée comme accomplie lorsque les mains sont complètement sèches à la fin de la friction

Respecter la dose et le temps préconisés par le fabricant pour répondre à la norme EN 1500

3 Espaces interdigitaux



6 Pouces



5 Pulpe des doigts



4 Paumes contre dos des doigts



¹: http://www.sfh.net/telechargement/nice/seancepleniere1_resume.pdf
http://www.adfasso.fr/pdf/LPDD/ADF_DOS_LISTEPOS_2008-09.pdf
<http://prodhybase.chu-lyon.fr/activites.htm>



BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

La désinfection chirurgicale des mains

par friction avec un Produit hydro alcoolique (PHA)¹

Indications²

À RÉALISER AVANT TOUT ACTE CHIRURGICAL (chirurgie endodontique, avulsion avec fraissage de l'os, implantologie...)

PRÉALABLE À LA PRISE DE POSTE OU SI MAINS SOUILLÉES :

- Réaliser un lavage simple des mains et des avant bras avec un savon doux associé à un brossage des ongles avec une brosse stérile (30 secondes/main)
- Rincer abondamment à l'eau du réseau
- Sécher soigneusement en tamponnant avec des essuie-mains à usage unique

9 Avant-bras



1 Paume contre paume



2 Paume sur dos de main



8 Avant bras Coudes inclus



Technique³

Le geste nécessite 2 frictions

1^{RE} FRICTION

Répartir le produit sur la totalité des mains, avant bras, coudes inclus, et frictionner jusqu'au séchage complet

3 Espaces interdigitaux



7 Poignets



2^È FRICTION

Même technique de friction jusqu'à séchage complet, les coudes étant exclus de l'application

Respecter la dose et le temps préconisés par le fabricant pour répondre à la norme EN 12791

4 Palmes contre dos des doigts



6 Pouces



5 Pulpe des doigts



Rédaction: D. Landru/CCLIN Paris-Nord/D. Lesaffre/CH Créteil, R. Zéroum/SFHQS, K. Shikour/IOGS - Conception Paragamme - DICOM 5 10-004-07

1. Norme NF EN 12791, NF EN 1040, et NF EN 1275, Pr EN 12054
 2. Les études ont montré qu'il y a une meilleure tolérance des PHA par rapport aux savons
 3. Afin d'améliorer la tolérance cutanée et l'efficacité, un délai minimum de 10 minutes est conseillé entre le lavage et la friction

ANNEXE 6

Technique d'enfilage et de retrait des gants de soins non stériles

Figure II.4

Techniques d'enfilage et de retrait de gants non-stériles

Lorsqu'une indication de l'hygiène des mains se présente avant un contact nécessitant l'usage de gants, pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau.

I. COMMENT ENFILER LES GANTS



1. Prélever un gant de soins de son emballage d'origine.



2. Ne toucher qu'une surface limitée du gant correspondant au poignet (bord supérieur du gant).



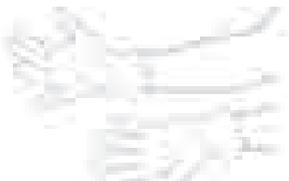
3. Enfiler le premier gant.



4. Prélever un second gant avec la main non gantée et ne toucher qu'une surface limitée du second gant, correspondant au poignet.



5. Afin de ne pas toucher la peau de l'avant-bras avec la main gantée, retourner la surface externe du gant à enfiler sur les doigts repliés de la main gantée, permettant ainsi d'enfiler le gant sur la seconde main.



6. Une fois les gants enfilés, les mains ne touchent rien d'autre que ce qui est défini par les indications et les conditions d'usage des gants.

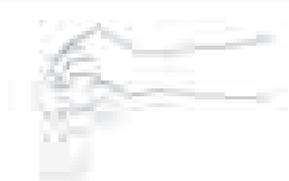
II. COMMENT RETIRER LES GANTS



1. Pincer un gant au niveau du poignet afin de le retirer sans toucher la peau de l'avant-bras, en le retournant sur la main, de façon à ce que la surface interne se retrouve à l'extérieur.



2. Tenir le gant retiré dans la main gantée et glisser les doigts de la main dégantée entre le gant et le poignet de l'autre main. Retourner le gant depuis l'intérieur sur la main de façon à ce que la surface interne se retrouve à l'extérieur, tout en enveloppant le gant déjà retiré.



3. Jeter les gants usagés.

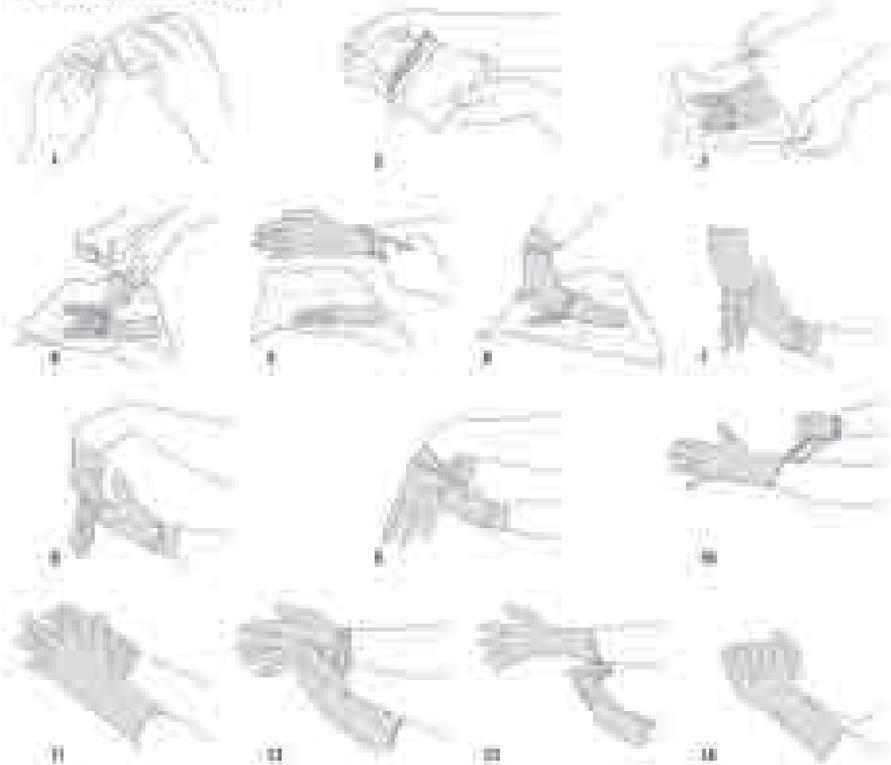
4. Pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau.

ANNEXE 7a

Technique d'enfilage et de retrait des gants stériles

Le but de cette technique est de garantir le maximum d'asepsie pour le patient et de protéger le soignant des liquides biologiques du patient. Pour cela, la peau du soignant doit exclusivement rester en contact avec la surface interne du gant et ne doit jamais toucher la surface externe de celui-ci. Toute erreur dans la réalisation de cette technique correspond à une erreur d'asepsie qui requiert nécessairement le changement de gants.

I. TECHNIQUE D'ENFILAGE DES GANTS STÉRILES



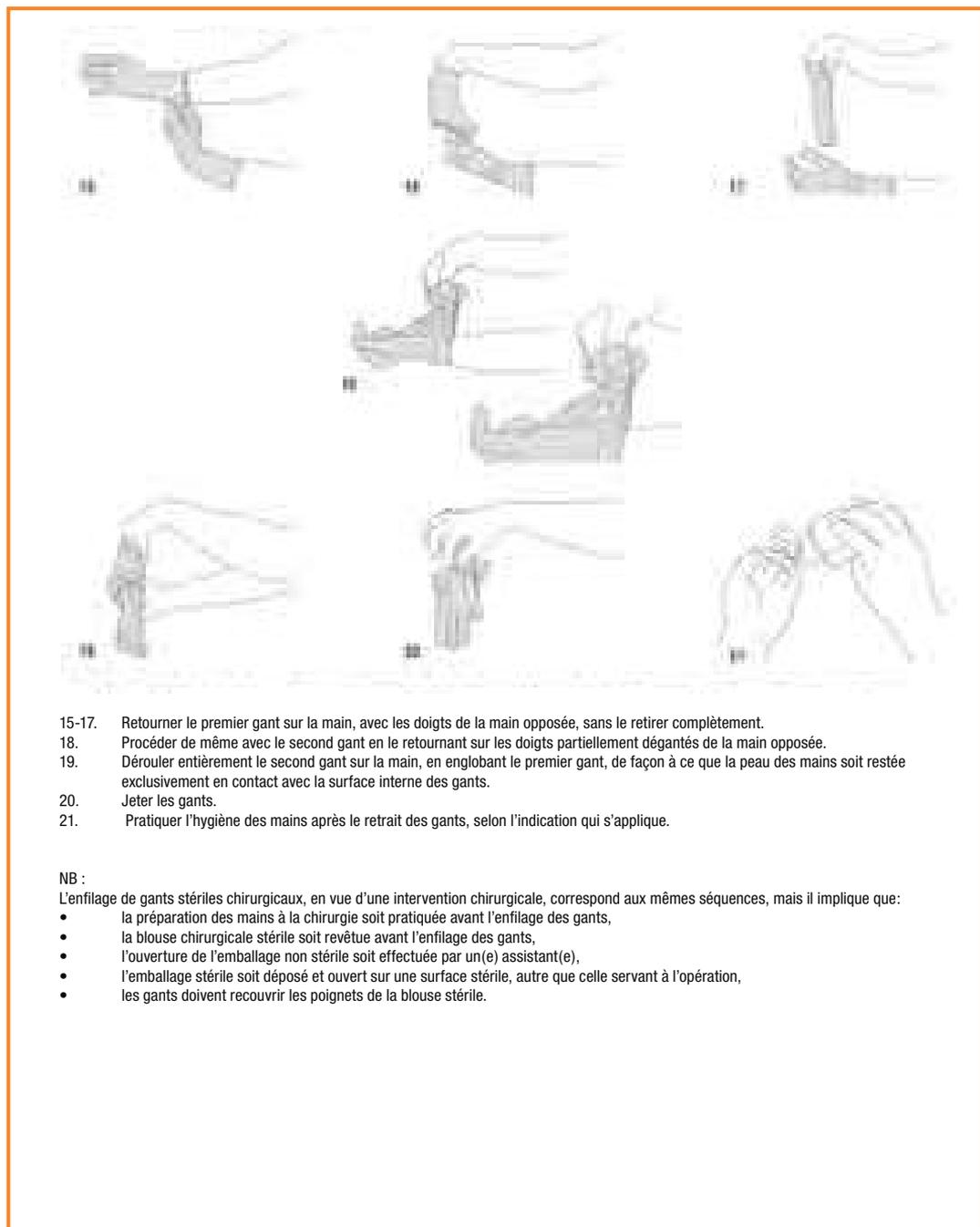
1. Réaliser l'action d'hygiène des mains appropriée par friction hydro-alcoolique ou par lavage, avant la réalisation de l'acte aseptique.
2. Vérifier l'intégrité de l'emballage externe, ouvrir cet emballage non stérile en le pelant sur toute la zone de soudure de façon à présenter le 2e emballage stérile sans le toucher.
3. Déposer le 2e emballage sur une surface propre et sèche, sans toucher la surface. Ouvrir l'emballage et effectuer un repli vers le dessous, ceci dans le but de déployer le papier et le maintenir ouvert.
4. Prendre délicatement un gant entre le doigt et l'index d'une main (au niveau du pli du poignet)
5. Enfiler l'autre main dans le gant d'un seul geste en gardant le pli du gant au niveau du poignet.
- 6-7. Avec la main gantée insérer les doigts à l'intérieur du pli de l'autre gant
- 8-10. Enfiler d'un seul geste le gant sur l'autre main en évitant absolument tout contact et pression avec une surface autre que le gant à enfiler avec la main gantée (erreur d'asepsie qui nécessiterait un changement de gants).
11. Si nécessaire, ajuster les gants sur les doigts et les espaces interdigitaux une fois les deux mains gantées.
- 12-13. Défaire le pli au poignet de la première main gantée en glissant délicatement les doigts de la main opposée à l'intérieur du pli en évitant tout contact et pression avec une surface autre que la surface externe du gant (erreur d'asepsie qui nécessiterait un changement de gants).
14. Les mains sont gantées et touchent exclusivement les dispositifs stériles ou le site corporel du patient préalablement aseptisé.

14

14

ANNEXE 7b

Technique d'enfilage et de retrait des gants stériles (suite)



ANNEXE 8

Conduite à tenir en cas d'AES



BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

Accident exposant au sang (AES) ou aux liquides biologiques

Conduite à tenir

1 Premiers gestes en urgence

SI PIQÛRE-COUPURE OU CONTACT PEAU LÉSÉE

- Ne jamais faire saigner
- Nettoyer **immédiatement** à l'eau et au savon doux
- Rincer abondamment
- Réaliser l'antisepsie par trempage au moins **5 minutes** dans le Dakin ou de l'alcool à 70°

SI PROJECTION SUR LES MUQUEUSES (ŒIL)

- Rincer abondamment à l'eau courante ou au sérum physiologique au moins 5 minutes

2 Contacter le référent médical AES ou les urgences, dans les plus brefs délais, de préférence dans les 4 heures, pour :

- Évaluer le risque infectieux
- Débuter une éventuelle chimio prophylaxie
- Demander au **patient source**, après son accord, de pratiquer les sérologies VIH, VHB et VHC

3 Déclarer l'accident de travail

DANS LES 24 H :

- L'employé > à son employeur

DANS LES 48 H :

- L'employeur > à la CPAM + Joindre le certificat médical initial
- Le praticien libéral > à son assureur

4 Suivi clinique et sérologique de la victime

5 Analyse des causes de l'accident et mise en place des actions correctives et préventives

CENTRE HOSPITALIER LE PLUS PROCHE
Nom et coordonnées :

MÉDECIN RÉFÉRENT AES
Nom et coordonnées :



BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

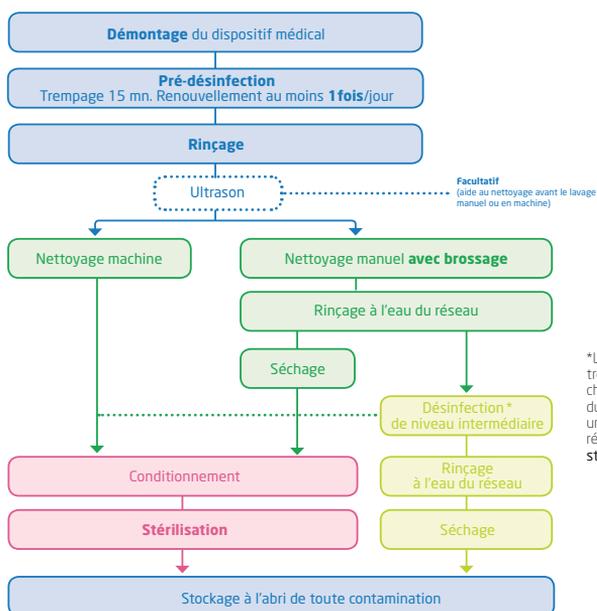
→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

Traitement des dispositifs médicaux (DM)

Traitement des DM en fonction du niveau du risque

TYPE D'ACTE	NIVEAU RISQUE INFECTIEUX	DISPOSITIF MÉDICAL	NIVEAU DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ
Pénétration dans des tissus ou des cavités stériles ou au niveau du système vasculaire (curette, fraise, instruments endo-canaux)	Risque Haut	Critique	Usage unique ou stérilisation
Contact avec les muqueuses (miroir, precelle, porte amalgame)	Intermédiaire	Semi-critique	Stérilisation Si le matériel est thermosensible : Laveur-désinfecteur ¹ ou désinfection ² de niveau intermédiaire*
Sans contact ou contact peau saine : embout de lampe polymérisée	Bas	Non critique	Désinfection de bas niveau

Traitement des dispositifs médicaux réutilisables



*La procédure de désinfection est très limitée dans le domaine de la chirurgie dentaire du fait de l'existence du matériel autoclavable ou à usage unique disponible. Tout instrument réutilisable thermorésistant doit être stérilisé.

Rédaction: D. Landru/CCLIM Paris-Nord, D. Lesaffre/CHU Créteil, R. Zetoun/SFHOS, K. Shakour/ODS - Conception Paragamme - DICOM 5 10.004.05

1. Conforme au PR EN ISO 15-883-2
2. Normes NF EN 13727, NF EN 13624, NF EN 14476, NF EN 14348



BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

La stérilisation

Recommandations

- Le résultat de la désinfection ou de la stérilisation est tributaire de la **réalisation correcte des opérations** de la **pré-désinfection et de nettoyage**
- Il est nécessaire d'**emballer les objets à stériliser** afin qu'ils conservent un état stérile après passage dans l'autoclave
- Le traitement des dispositifs médicaux fait l'objet de **procédure de traçabilité**

Stérilisation à la vapeur d'eau

En chirurgie dentaire et en stomatologie, seule l'utilisation d'un cycle de type B est recommandée, avec une température de 134°C pendant 18 minutes.

Contrôles et traçabilité

- Test de pénétration de la vapeur
- Indicateur physico-chimique de classe 6 par charge
- Enregistrement du cycle de stérilisation

L'étiquetage des dispositifs médicaux, la constitution d'un dossier de traçabilité et l'archivage de tous les cycles quotidiens accompagnés de leurs tests effectués en routine sont nécessaires pour assurer la traçabilité.

Recommandations pour l'autoclave

- Marquage CE au titre de la directive européenne 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux
- Conformité à la norme NF EN 13060 de novembre 2004
- Validation du procédé de stérilisation (norme NF EN ISO 17665-1) avant la 1^{re} mise en fonction
- Contrat de maintenance (interventions nécessaires, fréquence et protocoles d'entretien...)





BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

La gestion des déchets d'activités de soins

Le praticien est responsable des déchets, de leur production à leur élimination

TYPES DE DÉCHETS

DÉCHETS ASSIMILABLES AUX ORDURES MÉNAGÈRES (DAOM)

Papier emballage, essuie-mains, serviettes non souillées...

DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX (DASRI)

- Tout dispositif de soin mou souillé par du sang ou autres liquides biologiques (salive) :

- gants, rouleaux salivaires, pompes à salive, dents extraites...
- compresses, champs, tuyaux d'aspiration...
- OPCT : aiguilles d'anesthésie, carpule, lames de bistouris à UU, aiguilles de suture, fraises usagées...

DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS À RISQUE (DASR)

Ils sont soumis à la réglementation spécifique¹.

1 Tri des déchets dans le cabinet dentaire

DAOM : sac plastique dans support poubelle

DASRI : • Sac plastique jaune conforme à la norme NF X30-501, placé dans un support poubelle



- Boîte jaune dans la salle de soins pour l'élimination exclusive et immédiate des OPCT (boîte conforme à la norme NF X30-500)

DASR : boîte de récupération d'amalgames secs et séparateurs d'amalgames au niveau des fauteuils

3 Transport et élimination

DAOM : éliminer quotidiennement selon la filière des ordures ménagères

DASRI : le transport vers le lieu d'incinération impose un suremballage ou un conteneur agréé :

- < 15 Kg : transport personnel (bornes de collecte dans certaines déchetteries) ou prestataires agréés
- > 15 Kg : prestataires agréés

DASR : • Collecte par une société, utiliser les bordereaux 1 et 2 de CERFA (n° 10875 et 10786*01)

- Collecte et transport par le praticien, utiliser le bordereau 3 CERFA (n° 10787*01)

2 Stockage dans un local dédié

DAOM : stockage dans un conteneur adapté

DASRI : stockage dans un conteneur avant l'enlèvement

La durée de stockage est fonction de la quantité produite mensuellement

- > 5Kg/mois : 7 jours
- < ou = à 5Kg/mois : 3 mois

4 Traçabilité des DASRI

Il est nécessaire d'avoir la traçabilité de l'élimination :

- État récapitulatif annuel réalisé par le prestataire
- L'ensemble des documents à conserver pendant 3 ans

¹. Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgames issus des cabinets dentaires. Circulaire DGS/DH n° 97/305 du 22 avril 1997 relative à la gestion du risque mercurel dans l'activité médicale

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA TRAÇABILITÉ DES DASRI²

Type de collecte	Documents fournis par	Production ≤ à 5 kg	Production > à 5 kg
Absence de regroupement	Le producteur	Bon de prise en charge	Bordereau CERFA 11351*01
Regroupement	Le prestataire	Bordereau CERFA 11352*01	Bon de prise en charge + Bordereau CERFA 11352*01

². L'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

ANNEXE 12

Normes des produits désinfectants dentaires

Normes Produits désinfectants dentaires	Bactéricidie Exigence minimale d'activité antimicrobienne	Fongicidie Exigence minimale d'activité antimicrobienne	Virucidie
Détergents désinfectants des surfaces	NF EN 13727 en conditions de saleté (Norme de phase 2/étape 1), version 2013. La version 2012 de cette norme est encore acceptée, jusqu'à fin 2015.	NF EN 13624 en condition de saleté, exigence limitée à l'activité levuricide testée sur <i>Candida albicans</i> (Norme de phase 2/étape 1), version 2013. La norme NF EN 1650 version 2008 est encore acceptée en remplacement de la norme NF EN 13624 jusqu'à fin 2015.	
Lingettes détergentes désinfectantes des surfaces et des surfaces des DM	NF EN 13727 en conditions de saleté (Norme de phase 2/étape 1), version 2013. La version 2012 de cette norme est encore acceptée, jusqu'à fin 2015.	NF EN 13624 en condition de saleté exigence limitée à l'activité levuricide testée sur <i>Candida albicans</i> (Norme de phase 2/étape 1), application dispositifs médicaux ou surfaces, version 2013. La version antérieure de la NF EN 13624 de 2004 ou la NF EN 1650 version 2008 sont acceptées jusqu'à fin 2015.	Conformité souhaitée à la NF EN 14476 en conditions de saleté (Norme de phase 2 / étape 1), version 2013. La version antérieure de 2007 est acceptée jusqu'à fin 2015.
Détergents désinfectants des DM par immersion, pour la pré-désinfection	NF EN 13727 en conditions de saleté (Norme de phase 2/étape 1), version 2013 et NF EN 14561 en conditions de saleté (Normes de phase 2/étape 2), version 2007. La version antérieure (2012) de la NF EN 13727 est encore acceptée, jusqu'à fin 2015.	NF EN 13624 en condition de saleté exigence limitée à l'activité levuricide testée sur <i>Candida albicans</i> (Norme de phase 2/étape 1), application dispositifs médicaux, version 2013 et NF EN 14562 en condition de saleté exigence limitée à l'activité levuricide testée sur <i>Candida albicans</i> (Norme de phase 2/étape 2), version 2006. La version antérieure (2004) de la NF EN 13624 est acceptée jusqu'à fin 2015.	Conformité souhaitée à la NF EN 14476 en conditions de saleté (Norme de phase 2 / étape 1), version 2013. La version antérieure (2007) est acceptée jusqu'à fin 2015.
Produits détergents et désinfectants pour systèmes d'aspiration	NF EN 13727 en conditions de saleté (Norme de phase 2/étape 1), version 2013 et NF EN 14561 en conditions de saleté (Normes de phase 2/étape 2), version 2007. La version antérieure (2012) de la NF EN 13727 est encore acceptée, jusqu'à fin 2015.	NF EN 13624 en condition de saleté exigence limitée à l'activité levuricide testée sur <i>Candida albicans</i> (Norme de phase 2/étape 1), application dispositifs médicaux, version 2013 et NF EN 14562 en condition de saleté exigence limitée à l'activité levuricide testée sur <i>Candida albicans</i> (Norme de phase 2/étape 2), version 2006. La version antérieure (2004) de la NF EN 13624 est acceptée jusqu'à fin 2015.	Conformité souhaitée à la NF EN 14476 en conditions de saleté (Norme de phase 2 / étape 1), version 2013. La version antérieure (2007) est acceptée jusqu'à fin 2015.
Produits pour la désinfection des mains**	NF EN 13727 en conditions de propreté (Norme de phase 2/étape 1), version 2013. La version antérieure (2012) NF EN 13727 est encore acceptée, jusqu'à fin 2015. Et NF EN 1500 (Norme de phase 2/étape 2) version 2013. La version précédente (1997) est acceptée jusqu'à fin 2015. Et, si le produit revendique un usage pour la désinfection chirurgicale des mains NF EN 12791 (Norme de phase 2/étape 2) version 2005	NF EN 13624 (Norme de phase 2, étape 1, activité levuricide sur <i>Candida albicans</i>), version 2013. La NF EN 1275 de 2006 est acceptée jusqu'à fin 2015.	NF EN 14476 en conditions de propreté (Norme de phase 2/étape 1), version 2013. La version antérieure (2007) est acceptée jusqu'à fin 2015.

* DM : dispositifs médicaux.

** La tolérance cutanée des produits n'étant pas normalisée, il est fortement conseillé aux chirurgiens-dentistes d'évaluer leur acceptabilité.

RÉVISIONS DES ÉDITIONS

Modifications apportées à l'édition 2012 :

- Mise à jour des références réglementaires
- Le terme PIR (porte-instrument rotatif) est remplacé par PID (porte-instrument dynamique)
- Question 2 : précisions sur les Précautions Standard
- Question 4 : précisions sur l'hygiène des mains, la tenue de travail et la tenue de base
- Question 6 : ajouts d'informations sur le lavage simple et d'une affiche qui présente les 5 indications en ce qui concerne l'hygiène des mains
- Question 8 : précisions de la Société Française d'Hygiène Hospitalière
- Question 22 : ajout sur les écrans tactiles en verre
- Question 23 : précisions sur les surfaces contaminées
- Question 25 : précisions sur la question et la quantité de PID
- Question 26 : précisions sur la recherche de soins dentaires
- Question 29 : précisions sur les purges
- Question 30 : précisions sur le nettoyage et les tubs
- Question 40 : précisions sur le classement des déchets
- Question 41 : précisions sur les types de catégories de DM et les traitement qu'ils doivent subir
- Question 43 : précisions sur les critères des produits détergents/désinfectants
- Question 44 : précisions sur l'utilisation d'un laveur désinfecteur
- Question 46 : précision dans le cas d'un DM neuf
- Question 50 : précisions sur le procédé de désinfection à la chaleur humide
- Question 52 : ajout de normes pour les gants de protection contre les produits chimiques
- Question 65 : précisions sur la traçabilité
- Question 66 : précisions sur les délais de conservation
- Question 73 : précisions sur la périodicité de la collecte et les conditions de stockage
- Ajout de l'annexe 3 : Les 5 indications de l'hygiène des mains

Modifications apportées à l'édition 2013 :

- Mise à jour des références réglementaires
- Préambule: ajouts sur le DPC et les modalités d'évolution du document
- Question 13 : précisions sur la formation du praticien
- Ajout de l'encadré A : DPC
- Question 14 : précisions sur les modalités de déclaration d'accident du travail
- Ajout de l'encadré B : Responsabilité civile du chirurgien-dentiste en matière d'hygiène et de stérilisation
- Question 50 : précisions sur l'utilisation des laveurs désinfecteurs
- Question 63 : précisions sur le test de vide
- Ajout de l'encadré C : Durée de validité de l'état stérile
- Question 68 : précisions sur les PID de chirurgie
- Question 75 : précisions sur la pharmacovigilance
- Ajout de l'annexe 11b : Tri des déchets d'activités de soins

Modifications apportées à l'édition 2014 :

- Question 2 : mise à jour du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales
- Question 8 : mise à jour des normes et références. Renvoi vers la *Liste positive des produits désinfectants dentaires*
- Question 43 : mise à jour des normes et références. Renvoi vers la *Liste positive des produits désinfectants dentaires*
- Question 73 : mise à jour des références et de la périodicité de la collecte
- Question 74 : évolution des formulaires CERFA
- Question 75 : évolution des formulaires CERFA

Modifications apportées à l'édition 2015 :

- Préambule : ajouts sur la notion de référentiel
- Question 1 : précision sur les rayonnements ionisants
- Question 2 : mise à jour du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales
- Question 5 : précisions sur les surblouses
- Question 10 : précisions sur les gants
- Question 19 : précisions sur les collecteurs
- Question 20 : précisions sur les collecteurs
- Question 26 : mise à jour des normes et références
- Question 43 : précisions sur la pré-désinfection
- Question 58 : mise à jour des normes et références
- Question 61 : précisions sur les petits stérilisateurs
- Question 62 : précisions sur les tests et les intégrateurs physicochimiques
- Question 67 : précisions sur les PID à petite vitesse
- Ajout de l'annexe 12 : Normes des produits désinfectants dentaires

