

PLEIN FEU SUR

(ARCHIVÉ) La COVID-19 dans les milieux de soins dentaires

Publication : le 8 juillet 2020

Archivé : le 14 avril 2022

ARCHIVÉ

Ce matériel archivé est disponible uniquement à des fins de recherche historique et de référence. SPO ne met plus à jour ce matériel et il se peut qu'il ne reflète plus les directives actuelles.

Faits saillants

- Les interventions menant à la production importante de gouttelettes respiratoires, qui sont des particules liquides nécessitant un certain temps pour se déposer ou qui sont si petites qu'elles pourraient augmenter le risque de transmission, sont une grande source d'inquiétude dans les milieux de soins médicaux et dentaires. Ces procédures sont appelées « interventions médicales générant des aérosols (IMGA) ».
- En établissement de soins actifs, les IMGA sont les procédures qui à la fois génèrent potentiellement des aérosols et sont, sur le plan épidémiologique, des sources connues d'augmentation des risques de transmission de virus. Dans le milieu de soins dentaires, la distinction entre les interventions générant des aérosols avec une transmission prouvée de maladie et celles sans preuve de transmission est difficile à établir, puisque les signalements de tels cas sont peu nombreux.
- Certains appareils d'intervention dentaire sont associés à une importante production d'aérosols : détartreurs à ultrason et soniques, pièces à mains dentaires à haute vitesse (préparation dentaire à l'aide de jet abrasif, turbine à air), aéropolisseurs et seringues air-eau. Bien qu'il n'y ait que peu de signalements de transmission de maladie respiratoire associés aux IMGA, le potentiel existe en raison de leur omniprésence en milieu de soins dentaires.
- Le cadre hiérarchique des mesures de prévention fournit une approche systématique pour repérer et atténuer les risques de transmission de la COVID-19 en milieu de soins dentaires.
- Après une IMGA, un temps d'attente administratif, ou passage à vide, de 15 à 30 minutes entre chaque patient permet aux aérosols représentant un risque d'infection de se déposer. Ces mesures sont basées sur des données épidémiologiques démontrant que la vaste majorité des

transmissions de la COVID-19 se fait lors de contacts étroits avec des personnes infectées, souvent par le biais de gouttelettes qui se déposeraient éventuellement. Durant la période d'attente, les normes de renouvellement de l'air dans les salles de traitement dentaire exigent un changement de 90 à 95 % de l'air.

- Selon notre analyse des directives disponibles, bien des autorités canadiennes et internationales ne recommandent pas de temps d'attente administratif suite à une IMGA. Celles qui le recommandent utilisent une période fixe variant de 15 à 30 minutes et/ou précisent un pourcentage de renouvellement d'air à atteindre.

Contexte

La COVID-19 se transmet principalement d'une personne à l'autre par des contacts étroits sans protection avec une personne infectée, par le biais de gouttelettes et de contacts^{1,2}. Les pierres angulaires de la protection sont l'isolement volontaire des personnes infectées, la distanciation physique, les mesures d'hygiène (hygiène des mains, étiquette respiratoire, contrôle de la source au besoin), et le nettoyage et la désinfection des lieux. La prévalence locale des cas, le fait qu'une personne infectée présente des symptômes ou non et les circonstances de l'interaction sont des facteurs de risque de transmission importants. Les données probantes concernant la transmission sont résumées dans [Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les voies de transmission](#) de SPO.²

Il faut adopter une approche globale pour réduire les risques de transmission de la COVID-19. Ce document offre aux décideurs des règles à suivre en milieu de soins dentaires selon un cadre hiérarchique des mesures de prévention. La prestation de soins dentaires implique le traitement de patients de très près, souvent lors d'interventions générant des aérosols, ce qui nécessite l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI). Un travailleur de la santé effectue une évaluation des risques au point de service (ERPS) avant chaque interaction avec un patient pour évaluer le risque d'exposition à une infection³. Cette mesure contribue à déterminer l'EPI requis pour protéger les travailleurs de la santé lors d'interactions avec un patient et son environnement.

Les [Recommandation d'utilisation de l'EPI](#) de SPO conseillent les mesures suivantes lors du traitement d'une personne dont l'infection à la COVID-19 est présumée ou confirmée³ :

- Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes lors des soins directs quand aucune intervention médicale générant des aérosols (IMGA) n'est effectuée.
- Le port du masque N-95 en plus des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes lors des IMGA.

En raison de la fréquence des procédures générant des aérosols en pratique dentaire, le choix de l'EPI approprié se fera principalement selon l'évaluation indiquant si le patient représente un cas présumé ou confirmé d'infection à la COVID-19. Dans les régions où la transmission communautaire n'est pas faible, les résultats au dépistage avant un traitement ont plus de chances d'être faussement négatifs. Il serait donc raisonnable de considérer tous les patients comme des cas probables de COVID-19, et ce, peu importe le résultat. Dans les régions où le niveau de transmission est faible, un EPI comme celui utilisé avant la pandémie peut être suffisant si le patient a un résultat négatif au test de dépistage. L'épidémiologie locale peut être évaluée dans ce but, mais ce sujet n'est pas visé par le présent document.

Méthodologie

- Une recherche a été effectuée dans les bases de données Medline, Embase, CINAHL, Scopus, Global Health et Google Scholar sur la transmission de maladies lors des IMGAs en milieu de soins dentaires. En plus, des recherches documentaires ciblées ont été menées sur les interventions et mesures générant des aérosols visant à réduire les risques d'infection venant d'aérosols dans les milieux de soins dentaires.
- Une analyse à l'échelle des provinces et territoires des documents d'orientation sur la COVID-19 pour les milieux de soins dentaires a été effectuée.
- Un examen des données probantes disponibles, des directives actuelles pour les milieux de soins dentaires et des analyses et conseils pertinents de SPO concernant les risques de transmission de la COVID-19 et les mesures de réduction des risques en milieu de soins dentaires a été effectué.

COVID-19 et aérosols

La transmission de la COVID-19 ne se produit généralement pas par voie aérienne, mais certaines circonstances peuvent en augmenter le risque. Il est généralement admis que les gouttelettes de moins de 5 µm ont généralement tendance à rester en suspension pendant de longues périodes. Les petites gouttelettes prennent effectivement plus de temps à se déposer au sol : si les particules infectieuses sphériques de 10 µm de diamètre prennent environ 17 minutes pour tomber de 3 mètres, les gouttelettes plus petites prennent encore plus de temps⁴. De façon générale, la période pendant laquelle les gouttelettes restent en suspension dépend non seulement de leur taille, mais aussi des conditions environnementales (température, humidité et ventilation).

Actuellement, on ne connaît pas bien la capacité du virus de la COVID-19 à survivre dans les aérosols, en ce qui concerne la projection des particules des voies respiratoires, leur quantité ou leur survie dans l'air ambiant. Il est malgré tout raisonnable de croire que le virus est présent dans la bouche d'une personne infectée^{5,6}. Dans des conditions expérimentales, les aérosols de moins de 5 µm peuvent contenir un virus viable durant une longue période, bien que cela ne confirme pas que la transmission par voie aérienne est possible^{7,8}.

Interventions médicales générant des aérosols en milieu de soins dentaires

Les interventions menant à la production importante de gouttelettes respiratoires, qui sont des particules liquides nécessitant un certain temps pour se déposer ou qui sont si petites qu'elles pourraient augmenter le risque de transmission, sont préoccupantes pour les milieux de soins médicaux et dentaires. Ces interventions, appelées IMGAs, sont présentées dans les [Recommandations d'utilisation d'équipements de protection individuelle de SPO \(EPI\)](#) pour les soins aux patients dont l'infection à la COVID-19 est présumée ou confirmée. Parmi ces interventions, on compte l'intubation, l'extubation et les interventions connexes, et la ventilation non invasive³.

Il convient de noter que les IMGAs, en établissement de soins actifs, sont les procédures qui à la fois génèrent potentiellement des aérosols et sont, sur le plan épidémiologique, des sources connues d'augmentation des risques de transmission de virus. Pour cette raison, [certaines interventions pouvant causer des aérosols à partir de sécrétions \(soins buccaux, toux et éternuement\)](#) n'ont pas été incluses

dans la liste des IMGA⁹. Ces données sont dérivées de celles sur les établissements de soins actifs (principalement pour la recherche sur le SRAS); la généralisation aux soins dentaires est donc limitée⁸.

Dans le milieu de soins dentaires, la distinction entre les interventions générant des aérosols avec une transmission prouvée de maladie et celles sans preuve de transmission est difficile à établir. Lors d'un examen de la portée des bioaérosols dans les milieux de soins médicaux et dentaires, on a trouvé peu de données probantes (présence ou absence d'aérosols) sur les risques pour la santé du personnel et des patients en milieu de soins dentaires. Dans une étude de cas, il était question de l'infection d'un travailleur en soins dentaires au virus de l'herpès simplex de type I. Cependant, il est difficile de savoir si la transmission a eu lieu en raison de l'exposition à des bioaérosols par l'utilisation du détartreur à ultrasons ou en raison d'un contact direct (par exemple avec la conjonctive en se frottant les yeux)¹⁰. [Ricci et al.](#) décrivent un cas de légionellose chez une patiente attribuable à une conduite d'eau de l'unité dentaire¹¹. Une enquête séro-épidémiologique des infections virales respiratoires chez les dentistes a révélé une prévalence élevée d'anticorps aux gripes A et B et au virus respiratoire syncytial, en comparaison avec le groupe témoin.

En ce qui concerne la génération d'aérosols, sans tenir compte de la transmission de maladies, l'utilisation d'un détartreur à ultrason et soniques, d'une pièce à mains dentaire à haute vitesse (préparation dentaire à l'aide de jets abrasifs, turbine à air), d'un aéropolisseur ou d'une seringue air-eau produirait plus d'aérosols que les autres interventions¹³. Ces instruments retirent de la matière du site d'intervention à l'aide de rotations ou de vibrations, souvent en combinaison avec des atomiseurs air-eau et de l'air comprimé, ce qui libère des aérosols.

Selon les [directives en milieu de soins dentaires](#) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, toutes les interventions où l'on manipule les dents ou les muqueuses buccales avec des outils mécanisés (pièces à mains dentaires, seringues air-eau et détarteurs à ultrasons) ont le potentiel de devenir des IMGA¹⁴. Comme il est mentionné plus haut, les signalements de transmission de maladie par aérosol sont rares. Toutefois, aux fins du présent document, nous considérons que les interventions dentaires générant des aérosols sont des IMGA.

Stratégies pour réduire le risque de transmission

La [hiérarchie des mesures de prévention des risques en milieu de travail](#) du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) des États-Unis propose une approche systématique pour limiter le risque de transmission de la COVID-19 en milieu de soins dentaires¹⁵. Ce cadre s'applique à tous les patients, qu'ils aient la COVID-19 ou non. Un résumé et des exemples des directives de soins dentaires venant des CDC et d'autres autorités sont fournis dans le tableau 1 et dans les sections qui suivent.

Tableau 1. Hiérarchie des mesures de prévention pour réduire le risque de transmission de la COVID-19 dans les milieux de soins dentaires

Mesure de prévention	Description	Exemples
Suppression/Substitution	Éliminer complètement le risque	Éviter de pratiquer les IMGA si possible; prioriser l'utilisation d'instruments manuels
Mesure technique	Retirer ou bloquer le risque à la source, avant qu'il n'atteigne les travailleurs	Salles désignées et fermées, barrières physiques, succion rapide, digues dentaires, optimisation de la ventilation, appareils portables de filtration HEPA

Mesure de prévention	Description	Exemples
Mesure administrative	Optimiser les processus et le déroulement des activités pour limiter le risque de contact avec le danger	Test de dépistage ou examen des patients et des travailleurs précédant le traitement, distanciation physique, IMGA plus tôt si possible, report ou planification du traitement des patients atteints de la COVID-19 à la fin de la journée, nettoyage et désinfection, politique de congé de maladie, aucun accompagnateur, limite du nombre d'assistants, temps d'attente après les IMGA
Hygiène personnelle	Actions et habitudes des travailleurs pouvant réduire le risque d'exposition au danger	Étiquette respiratoire, hygiène des mains
Équipement de protection individuelle	Dernière « ligne de défense » quand les autres mesures sont impossibles, inadéquates ou épuisées.	Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes en pratique générale; utilisation de masques N-95 au lieu de masques chirurgicaux lors des IMGA

Mesures de prévention techniques

L'optimisation du système de chauffage, de ventilation et de conditionnement de l'air (CVCA) pourrait être envisagée :

- Augmenter le pourcentage d'approvisionnement du système en air extérieur.
- Limiter le contrôle de la ventilation selon la demande, pour réduire la diminution du débit d'air (par exemple quand l'espace n'est pas occupé).
- Faire en sorte que la sortie d'air ne soit pas entravée, par exemple par une obstruction de la conduite de ventilation ou par un ventilateur portable.
- Utilisation d'appareils portables de filtration à haute efficacité contre les particules de l'air (HEPA) dans les aires de soins¹⁶.

Voici des exemples de solutions à considérer dans le placement des patients :

- Un seul patient par salle, nombre limité de patients recevant des soins.
- Dans le cas d'une aire ouverte, maintenir au moins deux mètres entre chaque patient.

Voici des solutions à considérer concernant les interventions :

- Prodiguer des soins directs à un seul patient à la fois.
- Si possible, éviter ou réduire la fréquence de certaines interventions susceptibles d'augmenter le risque de génération d'aérosols, comme l'utilisation d'instruments à ultrasons^{17,18}.

- Prioriser les techniques qui réduisent le risque de production d'aérosols (instruments manuels, pièces à main à basse vitesse, instruments n'impliquant pas l'utilisation d'un jet d'eau, etc.)^{17,18}.
- Utiliser une succion rapide et des digues dentaires (voir plus bas) pour minimiser l'émission de gouttelettes, d'éclaboussures et d'aérosols.
- Bien qu'aucune donnée ne confirme que l'utilisation d'une succion rapide atténue les risques de transmission de la COVID-19, cette technique « pourrait réduire la quantité de microorganismes dans les aérosols buccaux ainsi que les éclaboussures produites lors d'une intervention dentaire¹⁴ ». Des études sur des virus analogues ont conclu à une réceptivité au rince-bouche de providone-iodé¹⁹.

SUCCION RAPIDE

L'efficacité de la succion rapide pour la réduction des aérosols a surtout été étudiée *in vitro*. Jacks a démontré que l'utilisation de la succion rapide en même temps que des instruments à ultrasons conduisait à une baisse de 90 % de la production de particules²⁰. Graetz *et al.* ont conclu qu'une succion rapide, au moyen d'une canule adéquatement calibrée, pouvait réduire de façon considérable la quantité d'éclaboussures générée lors d'un détartrage avec détartreur à ultrasons ou sonique²¹. Harrel *et al.* ont aussi démontré qu'une succion rapide combinée à un détartreur à ultrasons réduisait de 93 % la contamination par aérosols²².

L'étude *in vivo* de Klyn *et al.* sur les projections contenant des bactéries, lors du traitement de 15 patients, a conclu que les outils de succion réduisaient le niveau de bactéries produites lors de détartrages avec détarteurs à ultrasons par rapport au groupe témoin²³.

DIGUES DENTAIRES

Harrel *et Molinari* affirment que l'utilisation d'une digue élimine pratiquement toute contamination provenant de salive ou de sang¹³. Dans ce cas, la seule source de contamination par voie aérienne restante est la dent qui fait l'objet d'un traitement. La contamination sera limitée aux résidus dentaires volatiles ainsi qu'aux organismes contenus dans la dent. Cochran *et al.* affirment également que l'utilisation d'une digue réduit la contamination microbienne à la source principale de 90 à 98 %²⁴. Selon un guide des CDC de 2003 sur la prévention des infections dans les milieux de soins dentaires, la digue dentaire minimise les aérosols et les éclaboussures de sang²⁵.

Il faut toutefois préciser que les digues dentaires ne peuvent être utilisées dans toutes les interventions dentaires. En effet, les interventions d'hygiène buccale et de soins parodontaux comme le détartrage mineur, le polissage, le curetage du cément radiculaire et la chirurgie parodontale; les traitements restaurateurs comme la restauration sous-gingivale et les dernières étapes de la préparation pour la pose d'une couronne; et les extractions chirurgicales ne peuvent se prêter à cette mesure.

RINÇAGE AVANT LES TRAITEMENTS

Kohn *et al.* mentionnent que bien que peu de données probantes indiquent qu'un rinçage avant le traitement empêche les infections chez les fournisseurs de soins dentaires, ils réduisent le niveau de microorganismes buccaux dans les aérosols et les éclaboussures produits par les pièces à main rotatives. Ils mentionnent aussi qu'un rinçage serait plus bénéfique en l'absence de digue dentaire ou de succion rapide²⁵. Lors d'un récent examen rapide, nous n'avons trouvé aucune documentation ni directive sur l'efficacité des rince-bouches chez les patients souffrant du syndrome respiratoire aigu sévère ou de la COVID-19²⁶. Nous avons toutefois trouvé une étude expérimentale sur l'inactivation de la COVID-19 lorsque mise en contact avec de la providone-iodé à différentes concentrations et sur différentes périodes. Bidra *et al.* ont observé une réduction logarithmique du virus de 3 log après un contact de

15 secondes avec des concentrations de 1,5 %, 0,75 % et 0,5 % de providone-iodé²⁷. Il est à noter que les méthodes utilisées pour cette étude n'ont pas été décrites en détail (par exemple relativement aux analyses statistiques), et qu'elle a été financée par la compagnie produisant la providone-iodé utilisée aux fins de l'étude.

Mesures de prévention administratives

- Limiter le nombre de personnes dans les salles d'attente, par exemple en demandant aux patients d'arriver à une heure précise.

La prévalence locale de la COVID-19 peut faire partie intégrante d'une évaluation globale des risques. L'épidémiologie locale peut permettre de savoir si des mesures additionnelles doivent être envisagées, et de remettre en question l'utilité de mesures de prévention comme le dépistage et l'évaluation du facteur de risque de la COVID-19 avant un traitement ou un quart de travail.

NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DE L'ENVIRONNEMENT

- Les protocoles de nettoyage, de désinfection et de stérilisation quotidiens peuvent se poursuivre conformément aux directives de prévention et de contrôle des infections dans le milieu des soins dentaires. [SPO](#) fournit d'ailleurs un guide à ce sujet²⁸.
- Les mesures de prévention additionnelles peuvent consister en des procédures visant à accroître la prévention des infections dans l'environnement, notamment dans l'application d'une période d'attente ou « passage à vide » après les IMGA pour permettre aux gouttelettes de se déposer ou d'être ventilées hors de la salle. Le sujet est abordé plus loin.

Équipement de protection individuelle (EPI)

La recommandation actuelle de [SPO](#), de l'[Organisation mondiale de la Santé](#) et de l'[Agence de la santé publique du Canada](#) pour les milieux de soins, dans le cas où l'infection à la COVID-19 d'un patient est présumée ou confirmée, est d'appliquer les précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes (blouse, gants, masque et protection oculaire)^{3,29,30}. Lors des IMGA, le port d'un masque N-95 est recommandé en plus des autres précautions mentionnées.

Précautions supplémentaires lors du traitement de patients atteints de la COVID-19

Voici quelques exemples^{14,31,17,18} :

- Dépistage téléphonique avant la visite du patient pour confirmer qu'il est en mesure de recevoir le traitement, que celui-ci est nécessaire et qu'il ne peut être reporté.
- Prévoir le traitement à la fin de la journée, afin de diminuer le risque pour les autres patients. Effectuer le nettoyage [de fin de journée/final](#) après la visite du patient³².
- Demander au patient de [porter un masque](#) en tout temps avant de recevoir les soins directs. Durant le traitement, les masques doivent être [rangés](#) pour éviter la contamination de leur surface intérieure³³.
- Effectuer un triage et coordonner les entrées pour éviter ou réduire l'usage des aires communes.

- Les patients ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, mais qui sont maintenant guéris peuvent être traités avec les précautions standard³⁴.

Temps d'attente après les IMGA

Bien que la transmission par gouttelettes et par contacts soit le mode de transmission principal de la COVID-19, les IMGA sont considérées comme des sources potentielles d'exposition aux aérosols respiratoires^{35,3,36}. Le port d'un masque N-95 est recommandé lors de ces interventions au lieu d'un masque chirurgical, en plus des précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes.

Les connaissances à propos de la COVID-19 continuent d'évoluer, et les facteurs à considérer en lien avec la pratique dentaire pourraient devoir s'y adapter. À l'heure actuelle, nous manquons de données empiriques sur la transmission de la COVID-19 (autant sur sa présence que son absence) dans les milieux de soins dentaires. Toutefois, dans les régions où la transmission communautaire n'est pas faible, on craint que des patients ayant obtenu un résultat négatif au test de dépistage soient tout de même contagieux. Compte tenu de la durée des IMGA prenant place dans les cabinets dentaires, où le renouvellement d'air est faible comparativement à d'autres établissements de soins actifs où des IMGA sont effectuées, un temps d'attente après une IMGA dentaire pourrait être une précaution raisonnable. Dans le cas où un membre du personnel doit entrer de nouveau dans la salle avant que les aérosols ne se soient déposés ou qu'ils aient été retirés par le système de ventilation, le port du masque N-95 et le respect des précautions contre l'exposition aux gouttelettes et contre les contacts peut contribuer à réduire le risque d'exposition. Un temps d'attente de 15 à 30 minutes après le traitement dentaire et le départ du patient permettrait vraisemblablement à la plupart des gouttelettes de se déposer. Ce raisonnement est fondé sur plusieurs éléments de preuve :

- Cette période permettrait à presque toutes les gouttelettes de se déposer au sol; les gouttelettes de 10 µm de diamètre prennent environ 17 minutes à se déposer⁴. [Martins-Filho et al.](#) mentionnent une étude ayant conclu que des noyaux de gouttelettes générés lors d'un exercice avec une turbine à air peuvent rester en suspension jusqu'à 30 minutes; [Bennett et al.](#) ont observé que la concentration maximale d'aérosol générée lors de chirurgies dentaires a tendance à retourner au niveau ambiant après 10 à 30 minutes^{31,38}.
- La grande majorité des transmissions de la COVID-19 se produit lors de contacts étroits avec des personnes infectées, la plupart du temps en raison de gouttelettes qui se seraient éventuellement déposées.
- Durant le temps d'attente, le système de traitement de l'air remplace l'air de la salle par de l'air frais (venant de l'extérieur). Ce procédé évacue les aérosols générés durant le traitement dentaire.
 - Un seul renouvellement de l'air dans une pièce fermée retirerait environ 63 % des contaminants aéroportés restants, si le mélange d'air est idéal et qu'aucune période de stagnation n'est observée³⁹. Après trois renouvellements, environ 95 % des contaminants originaux seront retirés; plus de 99 % après cinq renouvellements de l'air.
 - Les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) pour les cabinets dentaires exigent six renouvellements d'air à l'heure dans les bureaux et les salles d'attente, et neuf renouvellements dans les salles d'opération⁴⁰; après 15 minutes, près de 90 % de l'air d'une salle d'opération est renouvelé, 99 % après 30 minutes⁴⁰.

- Un examen du taux de ventilation réel effectué par la gestion de l'immeuble ou par un consultant en matière de système CVAC peut fournir des informations utiles pour l'exploitation des cliniques dentaires.

Le respect des mesures de précaution mentionnées plus haut (par exemple l'utilisation d'une succion rapide) devrait aussi aider à réduire le risque de transmission. Ces mesures, la durée des IMGA et les paramètres de ventilation de la salle d'opération pourraient aider à préciser le temps d'attente approprié selon le cabinet.

Le nettoyage et la désinfection de l'environnement peuvent débuter pendant le temps d'attente, en commençant par les zones présentant le risque de contamination le plus bas. Les zones présentant un risque de contamination élevé ne devraient être nettoyées qu'à la fin du temps d'attente.

Directives existantes sur le temps d'attente

Les recommandations sur les temps d'attente en milieu de soins dentaires varient (allant d'aucune période précise à deux heures d'attente). Là où les renouvellements de l'air à l'heure sont abordés, le modèle d'élimination des contaminants aériens du NIOSH semble servir de base, et le retrait de 99 % ou 99,9 % des contaminants est recommandé avant d'entrer de nouveau dans la salle. Voir le tableau 2 :

Tableau 2 : Recommandations des autorités canadiennes concernant le temps d'attente

Province ou territoire	Temps d'attente recommandé ou retrait des contaminants	Notes
College of Dental Hygienists of British Columbia (BC), College of Dental Technicians of BC, College of Denturists of BC, College of Dental Surgeons of BC ⁴¹	S.O.	Le guide de soins communautaire de la Colombie-Britannique recommande l'augmentation de la circulation de l'air (renouvellement de l'air) et de la ventilation dans les zones réservées aux patients, et d'utiliser l'EPI approprié lors des IMGA. Il ne mentionne toutefois pas de temps d'attente après ces interventions ⁴² . Le guide concernant les chirurgies mentionne qu'une humidité relative plus élevée et un haut taux de renouvellement de l'air dans les salles d'opération réduisent le potentiel de diffusion de bioaérosols de 95 % dans les 10 à 12 minutes suivant la génération de ces aérosols ⁴³ .
Alberta Dental Association and College ⁴⁴	S.O.	La guide aborde le retrait des aérosols, mais n'émet aucune recommandation à ce sujet. Le guide de l'Alberta pour les soins de santé indique « qu'aucun temps d'attente n'est requis après une IMGA ⁴⁵ ».
College of Dental Surgeons of Saskatchewan ⁴⁶	Période de 15 minutes après une intervention à risque modéré; renouvellement de l'air à 99 % après une intervention à risque élevé	Temps d'attente de 120 minutes dans une salle fermée suite à une intervention à risque élevé si le taux de renouvellement de l'air est inconnu. Par définition, les interventions à risque modéré et élevé comportent respectivement l'utilisation ou non d'une digue dentaire. Les procédures manuelles sont considérées comme à faible risque. Le guide pour les établissements de soins de santé actifs recommande le retrait de 99 % des contaminants après les IMGA ⁴⁷ .

Province ou territoire	Temps d'attente recommandé ou retrait des contaminants	Notes
Manitoba Dental Association ⁴⁸	S.O.	On met l'accent sur la réduction des aérosols à la source. Le guide de soins de santé provincial concernant les IMGA recommande le retrait de 99,9 % des contaminants ⁴⁹ .
Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario ⁵⁰	Retrait de 99,9 % des contaminants	Retrait recommandé de 99,9 % des contaminants aériens après une IMGA.
Ordre des dentistes du Québec ⁵¹	Retrait de 90 % des contaminants	Travailler dans des salles fermées pour le traitement des patients asymptomatiques et ceux dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée; traiter ces derniers durant la dernière plage horaire de la journée.
Provincial Dental Board of Nova Scotia ⁵²	S.O.	« [...] ne recommande pas d'observer un "temps d'attente" selon le renouvellement de l'air à l'heure ⁵² . »
Newfoundland & Labrador Dental Association, Newfoundland & Labrador Dental Board ⁵³	S.O.	Aborde le retrait des aérosols, mais n'offre pas de directive précise; conseille d'obtenir l'aide de professionnels.
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ⁵⁴	Période de 15 minutes après une intervention à risque modéré; renouvellement de l'air à 99 % après une intervention à risque élevé	La catégorisation du risque s'apparente à celle de la Saskatchewan. Après une IMGA de risque modéré, respecter un temps d'attente de 15 minutes; après une IMGA à risque élevé, viser à retirer 99,9 % des contaminants.

De plus, selon une analyse de conseils et rapports récemment publiés contenant des recommandations sur la réouverture des cabinets de dentistes, 9 des 17 sources provenant de 16 pays expliquaient l'importance de la ventilation⁵⁵. Parmi les pays recommandant une période d'attente, quatre recommandent une période de 15 à 30 minutes après le traitement de patients ou après les IMGA. La Saskatchewan, qui était comprise dans cette analyse, recommandait à ce moment une période d'attente de 120 minutes ou le retrait de 99 % des contaminants présents dans l'air, ce qu'un taux plus élevé de renouvellement de l'air à l'heure permet de faire. Ces directives ont depuis changé, comme on peut le voir dans le tableau 2.

Conclusion

Le risque de transmission de la COVID-19 en contexte de soins dentaires est incertain selon la documentation disponible. Il est raisonnable de s'attendre à ce que la prévalence dans la collectivité, le type de soins offerts (par exemple la fréquence et la durée des IMGA), la façon dont les soins sont offerts et l'utilisation d'EPI auront une incidence sur ce risque. Une évaluation des risques de ces

facteurs et une approche hiérarchique des mesures de protection devraient réduire le risque de transmission de la COVID-19 associée aux soins dentaires. Quand des IMGA sont effectuées sur des patients ayant obtenu un résultat négatif au test de dépistage, mais qui sont toujours considérés comme des cas possibles de COVID-19, un temps d'attente de 15 à 30 minutes suivant la fin de l'intervention devrait être suffisant pour permettre aux aérosols de se déposer ou d'être retirés par le système de ventilation.

ARCHIVÉ

Bibliographie

1. Gouvernement du Canada. « Maladie à coronavirus (COVID-19) : résumé des hypothèses » [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada; 2020 [modifié le 13 avril 2020; cité le 28 juin 2020]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/hypotheses.html>
2. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les voies de transmission » [Internet]. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 28 juin 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/wwksf-routes-transmission-mar-06-2020.pdf?la=fr>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipement de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée » [Internet]. 3^e révision. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [modifié le 3 mai 2020; cité le 8 avril 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?la=fr>
4. Wright WE, Couturier AJ. « Couturier's occupational and environmental infectious diseases ». 2^e édition. Beverly Farms, MA: OEM Press; 2009.
5. To KK, Tsang OT, Yip CC, Chan KH, Wu TC, Chan JM, *et al.* « Consistent detection of novel coronavirus in saliva ». *Clinical Infectious Diseases*, 12 février 2020 [Diffusion en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa556>
6. Jamal AJ, Mozafarihashjin M, Coomes E, Powis J, Li AX, Paterson A, *et al.* « Sensitivity of nasopharyngeal swabs and saliva for the detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) ». *Clinical Infectious Diseases*, 25 juin 2020 [Diffusion en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa556>
7. Van Doremalen N., T. Bushmaker, D. H. Morris, M. G. Holbrook, A. Gamble, B. N. Williamson *et al.* « Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1 ». *The New England Journal of Medicine*, 2020, vol. 382, n° 16, p. 1564-1567. Disponible à : <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2004973>
8. Fears SC, Klimstra WB, Duprex P, Hartman A, Weaver SC, Plante KS, *et al.* « Persistence of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in aerosol suspensions ». *Emerging Infectious Diseases*, 2020, vol. 26, n° 9. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2609.201806>
9. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « COVID-19 : Les aérosols générés par la toux et les éternuements » [Internet]. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 12 juin 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/report-covid-19-aerosol-generation-coughs-sneezes.pdf?la=fr>
10. Zemouri C, de Soet H, Crielaard W, Laheij A. « A scoping review on bio-aerosols in healthcare and the dental environment ». *PloS One*, 2017, vol. 12, n° 5 : e0178007. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178007>

11. Ricci ML, Fontana S, Pinci F, Fiumana E, Pedna MF, Farolfi P, *et al.* « Pneumonia associated with a dental unit waterline ». *Lancet*, 2012, vol. 379, n° 9816 : 684. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60074-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60074-9)
12. Davies KJ, Herbert AM, Westmoreland D, Bagg J. « Seroepidemiological study of respiratory virus infections among dental surgeons ». *Br Dent J.*, 1994, vol. 176 n° 7 : 262-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4808430>
13. Harrel SK, Molinari J. « Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications ». *J Am Dent Assoc*, 2004, vol. 135, n° 4 : 429-37. Disponible à : <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0207>
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « Interim infection prevention and control guidance for dental settings during the COVID-19 response » [Internet]. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2020 [modifié le 17 juin 2020; cité le 28 juin 2020]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
15. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). « Hierarchy of controls » [Internet]. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, 2015 [cité le 28 juin 2020] Disponible à : <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
16. Ham A. « Prevention of exposure to and spread of COVID-19 using air purifiers: challenges and concerns ». *Epidemiol Health*, 2020, vol. 42 : e2020027. Disponible à : <https://doi.org/10.4178/epih.e2020027>
17. Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. « Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care ». *J Endod*, 2020, vol. 46, n° 5 : 584-95. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.03.008>
18. Jamal M, Shah M, Almarzooqi SH, Aber H, Khawaja S, Abed RE, *et al.* « Overview of transnational recommendations for COVID-19 transmission control in dental settings ». *Oral Dis*, 19 mai 2020 [Diffusion en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/odi.13431>
19. Eggers M, Koburger-Janssen T, Eickmann M, Zorn J. « In vitro bactericidal and virucidal efficacy of povidone-iodine gargle/mouthwash against respiratory and oral tract pathogens ». *Infect Dis Ther*, 2018, vol. 7, n° 2 : 249-59. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s40121-018-0200-7>
20. Jacks ME. « A laboratory comparison of evacuation devices on aerosol reduction ». *J Dent Hyg*, 2002, vol. 76, n° 3 : 202-6.
21. Graetz C, Bielfeldt J, Tillner A, Plaumann A, Dörfer CE. « Spatter contamination in dental practices--how can it be prevented? » *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2014, vol. 118, n° 4 : 1122-34.
22. Harrel SK, Barnes JB, Rivera-Hidalgo F. « Reduction of aerosols produced by ultrasonic scalers. *J Periodontol* ». 1996, vol. 67, n° 1 : 28-32. Disponible à : <https://doi.org/10.1902/jop.1996.67.1.28>
23. Klyn SL, Cummings DE, Richardson BW, Davis RD. « Reduction of bacteria-containing spray produced during ultrasonic scaling ». *Gen Dent*, 2001, vol. 49, n° 6 : 648-52.

24. Cochran MA, Miller CH, Sheldrake MA. « The efficacy of the rubber dam as a barrier to the spread of microorganisms during dental treatment ». J Am Dent Assoc, 1989, vol. 119, n° 1 : 141-4.
25. Kohn WG, Collins AS, Cleveland JL, Harte JA, Eklund KJ, Malvitz DM. « Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003 ». MMWR Recomm Rep, 2003, vol. 52, (RR-17) : 1-61. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>
26. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). « Pre-treatment mouth rinses for dental patients with suspected SARS or COVID-19: clinical effectiveness and guidelines » [Internet]. Ottawa (Ontario), ACMTS, 2020 [cité le 28 juin 2020]. Disponible à : <https://cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2020/RA1105%20COVID%20Mouth%20Rinse%20Final.pdf>
27. Bidra AS, Pelletier JS, Westover JB, Frank S, Brown SM, Tessema B. « Rapid in-vitro inactivation of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) using povidone-iodine oral antiseptic rinse ». J Prosthodont. 8 juin 2020 [Diffusion en ligne avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jopr.13209>
28. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « Liste de vérification pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans le cadre de la pratique en cabinet dentaire » [Internet]. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 4 juillet 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/C/2019/checklist-ipac-dental-core.pdf?la=fr>
29. Organisation mondiale de la Santé. « Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires » – 5 juin 2020 [Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 [cité le 28 juin 2020]. Disponible à : [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
30. National Advisory Committee on Infection Prevention and Control (NAC-IPC), Salvadori M, Chung S; Agence de la santé publique du Canada (ASPC). « Prévention et contrôle de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs » – Deuxième version [Internet]. Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2020 [modifié le 30 avril 2020, cité le 28 juin 2020]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-lignes-directrices-provisaires-deuxieme-version.html>
31. Martins-Filho PR, Gois-Santos VT, Tavares CSS, Melo EGM, Nascimento-Júnior EM, Santos VS. « Recommendations for a safety dental care management during SARS-CoV-2 pandemic ». Rev Panam Salud Publica, 2020, vol. 44 : e51. Disponible à : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.51>
32. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. « Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique » [Internet]. 1^{re} révision. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015 [cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2013/bp-clinical-office-practice.pdf?la=fr>
33. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « Maladie à coronavirus 2019 ([la] COVID-19): Masques non médicaux et couvre-visage »

[Internet]. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 29 juin 2020].
Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/factsheet/2020/05/factsheet-covid-19-non-medical-masks.pdf?la=fr>

34. Ontario Ministère de la Santé. « COVID-19 – Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les test et les congés » [Internet]. Version 8.0. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié le 25 juin 2020, cité le 4 juillet 2020]
Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf
35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « Coronavirus disease 2019: infection control guidance. Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings » [Internet]. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2020 [modifié le 22 mai 2020, cité le 29 juin 2020]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
36. Public Health England. « Guidance – COVID-19 personal protective equipment (PPE) » [Internet]. Nottingham, UK, Crown Copyright, 2020 [modifié le 18 juin 2020, cité le 29 juin 2020]. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/covid-19-personal-protective-equipment-ppe>
37. Wright WE, Couturier AJ. « Couturier's occupational and environmental infectious diseases ». 2^e édition. Beverly Farms, MA, OEM Press, 2009.
38. Bennett AM, Fulford MR, Walker JT, Bradshaw DJ, Martin MV, Marsh PD. « Microbial aerosols in general dental practice ». Br Dent J, 2000, vol. 189, n° 12 : 664-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800859>
39. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). « The industrial environment: its evaluation and control ». Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, 1973, chap. 39, Principles of ventilation Disponible à : <https://www.cdc.gov/niosh/docs/74-117/default.html>
40. Groupe CSA. CSA Z317.2:19 « Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de soins de santé: exigences particulières ». Toronto, ON, Groupe CSA, 2019.
41. College of Dental Surgeons of British Columbia, College of Dental Hygienists of British Columbia. « Transitioning oral healthcare to phase 2 of the COVID-19 response plan – May 15, 2020 » [Internet]. Vancouver, BC, College of Dental Surgeons of BC, 2020 [cité le 29 juin 2020]. Disponible à : <https://www.cdsbc.org/Documents/covid-19/Transitioning-Oral-Healthcare-to-Phase-2.pdf>
42. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. « COVID-19: infection prevention and control guidance for community-based allied health care providers in clinic settings » [Internet]. Vancouver, BC, Provincial Health Services Authority, 2020 [modifié le 15 mai 2020, cité le 29 juin 2020]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCGuidelinesCommunityBasedAlliedHCPsClinicSettings.pdf
43. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. « Infection prevention and control (IPC) protocol for surgical procedures

- during COVID-19: adult » [Internet]. Vancouver, BC, Provincial Health Services Authority, 2020 [modifié le 9 juin 2020, cité le 29 juin 2020]. Disponible à : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCProtocolSurgicalProceduresAdult.pdf
44. Alberta Dental Association & College. « Expectations and pathway for patient care during the COVID-19 pandemic. Guidelines for stage 2: Alberta relaunch for dental practice » [Internet]. Version 4.0, Edmonton, AB, Alberta Dental Association and College, 2020 [modifié le 12 juin 2020, cité le 29 juin 2020] Disponible à : https://www.dentalhealthalberta.ca/wp-content/uploads/2020/05/Expectations-and-Pathway-for-Patient-Care-during-the-COVID-19-Pandemic_6.11.2020.pdf
 45. Alberta Health Services. « Interim IPC recommendations: COVID-19 » [Internet]. Edmonton, AB, Alberta Health Services, 2020 [modifié le 15 juin 2020, cité le 29 juin 2020]. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/hi-ipc-emerging-issues-ncov.pdf>
 46. College of Dental Surgeons of Saskatchewan. « CDSS alert – COVID-19 pandemic: IPC interim protocol update. Phase 3 update – effective June 15th, 2020 » [Internet]. Saskatoon, SK, College of Dental Surgeons of Saskatchewan, 2020 [cité le 29 juin 2020]. Disponible à : https://saskdentists.com/images/pdf/temp_files/Alerts_Memos/20200608_CDSS_Alert_Phase_3.pdf
 47. Saskatchewan Health Authority. « Novel coronavirus (COVID-19): infection prevention and control guidance for acute health care settings » [Internet]. Saskatoon, SK, Saskatchewan Health Authority, 2020 [modifié le 2 juin 2020, cité le 29 juin 2020]. Disponible à : <https://www.saskatchewan.ca/-/media/files/coronavirus/info-for-health-care-providers/infection-prevention-and-control/shacovid19interiminfectionpreventionandcontrolguidelinesforacu.pdf>
 48. Manitoba Dental Association. « Pathway and interim IPC guidance for patient care during phase 2 of the COVID-19 response – June 1, 2020 ». Winnipeg, MB, Manitoba Dental Association, 2020 [cité le 29 juin 2020]. Disponible à : <https://www.manitobadentist.ca/PDF/COVID-19/May%2022%202020%20Pathway%20and%20Interim%20IPC%20Guidance%20for%20Patient%20Care%20During%20Phase%20of%20the%20COVID-19%20Response.pdf>
 49. Soins communs Manitoba. « COVID-19: provincial guidance for aerosol generating medical procedures (AGMPs) » [Internet]. Winnipeg, MB, Government of Manitoba, 2020 [modifié le 9 juin 2020, cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : <https://sharedhealthmb.ca/files/aerosol-generating-medical-procedures-AGMPs.pdf>
 50. Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario. « COVID-19: managing infection risks during in-person dental care » [Internet]. Toronto, ON, Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, 2020 [modifié le 31 mai 2020, cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : <https://www.rcdso.org/en-ca/rcdso-members/2019-novel-coronavirus/covid-19--managing-infection-risks-during-in-person-care>
 51. Ordre des dentistes du Québec. « COVID-19 Procédures buccodentaires en situation de pandémie : Sommaire des directives intérimaires (phase 4) » [Internet]. Montréal, QC, Ordre des dentistes du Québec, 2020 [cité le 4 juillet 2020]. Disponible à : [http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/COVID%20Aide-m%3%A9moire%20\(90\)%20\(final\)%202020-06-30.pdf](http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/COVID%20Aide-m%3%A9moire%20(90)%20(final)%202020-06-30.pdf)

52. Provincial Dental Board of Nova Scotia. « COVID-19 reopening plan for dental clinics: phase 3 comprehensive care » [Internet]. Bedford, NS, Provincial Dental Board of Nova Scotia, 2020 [modifié le 14 juin 2020, cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : http://pdbns.ca/uploads/publications/COVID-19_PDBNS_Reopening_Plan_for_Dentistry_19.6_MG.pdf
53. Newfoundland & Labrador Dental Association, Newfoundland & Labrador Dental Board. « Pandemic plan –COVID-19 – for return to dental practice » [Internet]. Mount Pearl, NL, Newfoundland & Labrador Dental Association, 2020 [modifié le 23 juin 2020, cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : <http://www.nlda.net/Pandemic%20Plan%20-%20COVID-19%20For%20Return%20to%20Dental%20Practice.pdf>
54. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. « COVID-19: standards for managing infection risks when providing in-person dental care in the Northwest Territories during the public health emergency » [Internet]. Yellowknife, NT, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2020 [modifié le 19 juillet 2020, cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : <https://www.gov.nt.ca/covid-19/sites/covid/files/resources/covid-19-standards-managing-infection-risks-providing-dental-care-nwt.pdf>
55. COVID-19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group. « Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. Version 1.3 -16th May 2020 includes 16 countries (5 new added) » [Internet]. Manchester, UK, Cochrane Oral Health, 2020 [cité le 5 juillet 2020]. Disponible à : https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_update.pdf

Auteurs

JinHee Kim, médecin-chef, Hygiène du milieu et santé au travail, Santé publique Ontario
Vince Spilchuk, médecin, Hygiène du milieu et santé au travail, Santé publique Ontario
Dru Sahai, spécialiste des sciences de l'environnement, Hygiène du milieu et santé au travail, Santé publique Ontario

Évaluateurs

Sandra Callery, directrice, Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario
Maureen Cividino, médecin, Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario
Gary Garber, médecin, Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario
Kevin Schwartz, médecin, Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario
Sonica Singhal, dentiste de santé publique, Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). La COVID-19 dans les milieux de soins dentaires. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été conçu par Santé publique Ontario (SPO). SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de SPO.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies infectieuses et transmissibles
- prévention et contrôle des infections
- santé environnementale et santé au travail
- Les renseignements sur la préparation aux situations d'urgence sont
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, consultez santepubliqueontario.ca.

