

La présente version des lignes directrices relatives à la qualité de septembre 2026 est un document provisoire. Dès que le BPR ambulatoire sera officiellement entré en vigueur, une nouvelle édition des lignes directrices sera élaborée.

Mesures d'hygiène en cabinet dentaire

1. Principes de base des critères d'évaluation

Le présent chapitre expose les principes, les objectifs, les concepts et les critères autour desquels s'organisent les mesures d'hygiène en cabinet dentaire.

Il fut un temps où l'hépatite B était considérée comme une maladie professionnelle des médecins-dentistes. On a également observé des cas de transmission de cette maladie du médecin-dentiste vers le patient. Or, depuis l'apparition de l'épidémie du SIDA, le corps médical – à travers ses organisations professionnelles – et les patients sont devenus très exigeants en matière d'hygiène. Les mesures d'hygiène sont censées fournir une protection efficace contre les infections, en particulier contre celles transmises par les agents pathogènes présents dans le sang et la salive. On sait aujourd'hui que le SIDA ne se transmet pas aussi facilement qu'on le craignait. Néanmoins, le risque de transmission du VIH lors de contacts dans l'exercice de la profession existe. Quant au virus de l'hépatite B, son titrage dans le sang est souvent très élevé chez les porteurs sains sans que ces derniers aient nécessairement connaissance de leur affection. Il en va de même pour les infections par le virus de l'hépatite C. C'est la raison pour laquelle les virus de l'hépatite B et C font référence lorsqu'il s'agit de fixer les standards d'hygiène. Ceux-ci offrent une protection globale mais non absolue contre les infections transmises par le sang. L'apparition de la nouvelle variante de maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) chez l'homme, provoquée par des prions et mise en corrélation avec l'épidémie d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) plus particulièrement en Grande-Bretagne, a fait surgir la nécessité de rendre cette nouvelle catégorie d'agents infectieux inactifs.

En vertu de l'ordonnance sur les épidémies (art. 25, al. 3, OEp), les instruments utilisés pour les interventions maxillo-faciales doivent être stérilisés avec le programme prions (temps de maintien de 18 minutes). Les interventions de chirurgie orale ne sont pas des interventions maxillo-faciales (nerf trijumeau, à la périphérie du ganglion de Gasser). Les instruments utilisés pour ces interventions doivent être stérilisés avec le programme universel (temps de maintien de 3 minutes et demie).

La Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh, RS 812.21) vise à garantir la mise sur le marché de produits thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux) de qualité, sûrs et efficaces. L'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim, RS 812.213), entrée en vigueur le 1^{er} avril 2010, vise à garantir une utilisation sûre des dispositifs médicaux. Elle régit les mesures relatives à l'assurance-qualité dans le cadre du retraitement de dispositifs médicaux.

L'objectif principal des mesures d'hygiène en cabinet dentaire

est la prévention de la transmission d'infections d'un patient à un autre patient ou à un membre de l'équipe du cabinet, ou du laboratoire dentaire – et inversement.

Éléments fondamentaux des mesures d'hygiène en cabinet dentaire

Les normes applicables aux mesures d'hygiène seront les mêmes pour tous les patients; par conséquent, aucun patient n'est considéré comme présentant des risques spécifiques. Par ailleurs, les mesures d'hygiène visent à protéger tant les patients que les membres de l'équipe soignante. Lorsqu'il s'agira d'éviter la transmission des infections, se verront accorder une attention toute particulière:

- les mains du médecin-dentiste, de l'hygiéniste dentaire, de l'assistante en prophylaxie et des assistantes dentaires
 - les instruments tranchants ou pointus souillés par le contact du sang et de la salive
 - les débris de matériaux dentaires et les aérosols
 - les surfaces
- Les mesures d'hygiène en cabinet dentaire s'appuient sur un ensemble de dispositions régissant les différents processus d'intervention en fonction du risque de transmission des infections. Ces mesures seront appliquées par tous les membres de l'équipe du cabinet, sans aucune exception. L'hygiène en cabinet dentaire ne saurait se limiter à un rôle de prestation de service annexe fournie par le médecin-dentiste, mais elle doit être considérée comme une véritable obligation.

Responsabilité du médecin-dentiste

Le médecin-dentiste porte l'entière responsabilité des mesures d'hygiène appliquées dans son cabinet. Il définit les concepts d'hygiène applicables dans son propre cabinet. Il se charge d'en instruire tous les membres de l'équipe et en contrôle l'application. Par ailleurs, il veillera à toujours donner l'exemple, même dans l'exécution de tâches à caractère routinier et lorsque le temps presse. L'idée selon laquelle les patients ont autant droit à une prestation optimale du point de vue de l'hygiène qu'à un traitement dentaire de qualité sera omniprésente.

Application des critères d'évaluation

Les critères d'évaluation des lignes directrices relatives à la qualité permettent à l'équipe du cabinet dentaire de procéder d'une part à une autoévaluation et,

d'autre part, de porter un jugement critique sur le cabinet dans lequel elle exerce. Ils suscitent également une confrontation entre sa propre conception des mesures d'hygiène et les exigences de qualité formulées par les auteurs de ce manuel.

Le praticien responsable est ainsi appelé à déceler les faiblesses de son cabinet ou les problèmes méritant réflexion et à prendre les dispositions qui permettront d'atteindre le niveau optimal dans les meilleurs délais. Durant cette démarche, il aura à l'esprit que l'hygiène en cabinet

dentaire découle d'un enchaînement homogène de mesures dont l'efficacité ne dépasse pas celle de son maillon le plus faible. Par conséquent, des mesures isolées largement suroptimales ne peuvent en aucun cas compenser des insuffisances affectant d'autres domaines.

2. Critères d'évaluation

CONCEPT D'HYGIÈNE	• Tous les processus exécutés au cabinet entrent dans un concept d'hygiène soigneusement élaboré et contrôlé périodiquement. • Le plan d'hygiène est affiché dans la zone clinique de manière bien visible. • Tous les membres du cabinet ont connaissance du concept et du plan d'hygiène et les respectent par principe. • Leur application en pratique quotidienne peut cependant souffrir d'écarts légers et occasionnels. • Dès leur entrée en fonction, les membres du cabinet reçoivent immédiatement les instructions sur les dispositions relatives à l'hygiène au cabinet; par la suite, cette instruction garde un caractère régulier. Par ailleurs, des contrôles sont effectués périodiquement. • La place de traitement est organisée de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire de s'approvisionner en produits supplémentaires et, si besoin est, l'approvisionnement se fait exclusivement avec les instruments réservés à cet effet.
RÈGLES D'HYGIÈNE RELATIVES AU PERSONNEL	• Tous les membres du cabinet bénéficient d'une protection suffisante contre le virus de l'hépatite B. Le propriétaire du cabinet s'assurera lui-même que la vaccination antihépatite B a été effectuée et, le cas échéant, fera le nécessaire pour qu'elle le soit. • Il existe une procédure à appliquer en cas de blessure accidentelle avec épanchement de sang; elle donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal d'accident. • Les vêtements de protection sont portés exclusivement au cabinet, respectivement dans la zone clinique. Ils sont changés quotidiennement et en cas de souillure visible. • Toute intervention clinique présentant un risque de contact avec du sang ou de la salive donne lieu au port de gants, de même, lors de travaux provoquant des aérosols, d'un masque et de lunettes ou d'écrans de protection.
HYGIÈNE DES MAINS	• Avant et après les horaires consacrés aux soins (matin, midi et soir), les mains sont lavées au savon et à l'eau courante froide. • Avant et après chaque intervention, lors des pauses et lors du renouvellement des gants, la désinfection hygiénique des mains se fait au moyen d'une préparation alcoolisée agréée. • Les interventions chirurgicales sont précédées d'une désinfection chirurgicale des mains et associées au port de gants stériles. • Des gants neufs sont portés pour chaque patient; exigences minimales pour les examens en série: désinfection des gants entre les enfants (à changer dans tous les cas après 6 enfants au maximum). • Pendant les soins, les membres de l'équipe du cabinet ne portent ni bagues, ni montres, ni bracelets. Les ongles doivent être courts et sans vernis.

INSTRUMENTS	• Le retraitement des instruments se fait en trois phases dans trois zones distinctes: a) nettoyage et désinfection des instruments contaminés; b) contrôle, entretien et emballage/conditionnement; c) stérilisation. Les zones sont clairement séparées. • La désinfection s'effectue dans des conditions strictement définies, par trempage en solution désinfectante ou mieux encore, par désinfection thermique. • Stérilisation de tous les instruments dans des autoclaves à vapeur validés. • Suivi documenté des cycles de stérilisation et contrôle/entretien technique régulier (conformément aux recommandations du fabricant) et contrôle du fonctionnement efficace de l'autoclave par des tests appropriés. • Les instruments destinés aux interventions invasives sont stérilisés en emballages à usage unique ou en trays à perforations internes avec le programme universel (134 °C/surpression relative de 2,1 bar/temps de de maintien de 3 minutes et demie). • Conservation des instruments stérilisés en emballages à usage unique ou en trays à perforations internes avec mention de la date, dans des armoires ou tiroirs clos hermétiquement et conservés seulement durant le délai de stockage. • Pour les interventions à caractère chirurgical, les pièces à main et contre-angles réservés à cet effet sont soumis à un nettoyage mécanique préalable et ensuite stérilisés sous emballage à usage unique; tous les autres contre-angles et pièces à main font l'objet d'un nettoyage mécanique préalable précédant la désinfection simple. Les instruments rotatifs (fraises) sont stérilisés pour toutes les interventions. • Les instruments destinés aux interventions non invasives sont si possible stérilisés et conservés non emballés dans des tiroirs fermant hermétiquement à l'égard des aérosols et qui ne sont pas ouverts pendant la durée du traitement. Au moins une fois par mois, les tiroirs sont vidés et désinfectés; leur contenu est désinfecté, stérilisé ou jeté conformément aux règles en vigueur.
SURFACES/APPAREILS ET INSTALLATIONS ANNEXES	• Après usage, tous les matériaux, fournitures et appareils qui ont été au contact de la salive ou du sang ou qui ont été exposés à des aérosols sont soit jetés, soit désinfectés et conservés, de façon à exclure toute nouvelle contamination. • Selon le plan d'hygiène, désinfection systématique des surfaces après chaque patient par essuyage avec des lingettes à usage unique mouillées («Wipes»). Le périmètre de la désinfection dépend de l'étendue de la contamination. • Si possible, l'unité dentaire devrait disposer d'un système interne de désinfection d'eau; si ce n'est pas le cas, laisser couler l'eau pendant au moins 3 minutes à tous les points d'arrivée d'eau le matin et après chaque interruption de travail prolongée. • Lors d'interventions invasives, l'irrigation est assurée exclusivement par une solution stérile.
EMPREINTES/PIÈCES FAÇONNÉES/ PROTHÈSES/RADIOGRAPHIES	• Les empreintes, pièces façonnées, prothèses qui ont été au contact de la bouche du patient sont soigneusement désinfectées et identifiées avant qu'elles ne quittent le cabinet. • Toutes les pièces qui proviennent du laboratoire et qui entrent au contact de la bouche du patient sont également désinfectées. • La manière de procéder est en principe convenue avec le technicien-dentiste. • Le cycle de radiographie est organisé de façon à ce que l'appareil de développement ne puisse être contaminé.
DÉCHETS OCCASIONNÉS PAR L'ACTIVITÉ DU CABINET	• La gestion des déchets se fait conformément à un protocole écrit. • Avant d'être jetés, les déchets coupants et pointus sont collectés dans des conteneurs résistants au perçage, hermétiques aux liquides, verrouillés et marqués. • Les déchets spéciaux sont évacués dans le respect des dispositions y relatives. • Lorsqu'ils nettoient à la main des instruments non encore désinfectés, les membres du personnel portent des gants résistants aux perforations.

3. Explications des critères d'évaluation

Concept d'hygiène

Les mesures d'hygiène en cabinet dentaire sont destinées à prévenir la transmission d'infections, tant en direction du patient qu'en provenance de celui-ci. Une condition préalable importante est la division du cabinet en une zone clinique (salles de soins, locaux réservés à la préparation des instruments) distincte des autres pièces. Chaque procédure doit être organisée de sorte que le risque d'infection soit réduit au minimum.

Sont considérés comme importants les points suivants:

- le concept relatif à l'équipement du cabinet et à la gestion des instruments compte tenu du déroulement des soins;
- la circulation des instruments;
- les changements de patients;
- la désinfection des mains;
- le cycle de radiologie;
- les échanges de matériels avec le laboratoire dentaire.

Les mesures de sécurité visent à éviter, autant que possible, tout contact avec du sang ou des sécrétions corporelles.

Les mesures de sécurité visent à éviter, autant que possible, tout contact avec du sang ou des sécrétions corporelles.

Une formation périodique du personnel ainsi que des contrôles d'hygiène doivent garantir une application rigoureuse du concept d'hygiène.

Un plan d'hygiène fixé par écrit règle les diverses mesures d'hygiène eu égard à leur type, à leur étendue et à l'attribution des responsabilités (cf. Annexe 1 extraite de WIEHL & GUGGENHEIM 1993).

Mesures de protection

Vaccinations

Au contact du sang et des sécrétions buccales et respiratoires, les membres du cabinet risquent d'être contaminés par toutes sortes d'agents pathogènes infectieux, dont les virus de l'hépatite B et C, le virus herpétique, le cytomégalovirus, le VIH, *Mycobacterium tuberculosis*, des staphylocoques et des streptocoques. Pour cette raison, il est important que le personnel bénéficie de la meilleure protection possible en matière d'immunisation.

Tous les membres du cabinet dentaire non immunisés contre le virus de l'hépatite B doivent se faire vacciner (les frais sont à la charge de la caisse-maladie). Si un membre du cabinet s'y oppose, il est informé des risques auxquels il s'expose et doit confirmer son refus par écrit. A ce sujet, il faut préciser que la vaccination antihépatite B ne protège pas des infections par d'autres virus de l'hépatite. Il peut être opportun d'être vacciné contre la grippe, la poliomyélite, les oreillons, la rougeole et la rubéole, le tétanos, la coqueluche et la diphtérie. En cas de grossesse et de maladie, il est recommandé de consulter le médecin-conseil ou le médecin de famille.

Protection dans l'exercice de la profession

Pour protéger les patients et le personnel, le port de *gants* (latex, nitrile ou vinyle) sera systématique pour l'exécution de gestes au niveau de la cavité buccale et dans les cas de contact avec du sang, de la salive et/ou des muqueuses. Attention à tenir compte des allergies au latex (également chez les patients). Pour les examens ou traitements simples, des gants non stérilisés suffiront; par contre des gants stériles seront nécessaires pour toutes les interventions chirurgicales au niveau de la sphère buccale. Les gants doivent être retirés à la fin de traitement avant que l'intervenant ne quitte la zone de traitement et être éliminés sur place.

Des *gants résistants aux perforations* épais seront portés dans les cas suivants: nettoyage et désinfection des instruments, manipulation de solutions désinfectantes concentrées et de produits chimiques irritants pour la peau ainsi que lors de manipulations de déchets contaminés.

Le *masque* multicouche protège la partie inférieure du visage contre les projections d'éclats infectieux et contre l'inhalation d'aérosols. Il doit être serré et demeurer sec. Si le masque de protection est exposé à des aérosols ou qu'il est humide, il doit impérativement être rem-placé à la fin du traitement.

En cas d'*examens de dépistage chez les enfants*, il n'est pas nécessaire de changer le masque de protection et les gants entre chaque patient. Les gants peuvent être désinfectés jusqu'à six fois au maximum mais devraient être changés en cas de contact avec du sang, de perforation ou de souillure des gants, ainsi que de pathologie avérée d'un enfant.

Les *lunettes* avec protections latérales protègent les yeux contre les blessures et les infections. Elles doivent être désinfectées après chaque patient. Les lunettes protègent également les patients des aérosols et des projections.

Pour éviter tout risque de dissémination de germes, la *tenue de travail* n'est portée que dans l'enceinte du cabinet. Les plus appropriés sont: le tablier, la veste ou la chemise fermant bien sur le devant et dépourvus de poche sur la poitrine, les pantalons et les chaussures fermées sur le devant. La tenue de travail est renouvelée quotidiennement ou chaque fois qu'elle est souillée par du sang. Dans toute la mesure du possible, elle sera rangée séparément des vêtements de ville. Un cycle de lavage normal (coton) est suffisant pour son entretien.

Les cheveux longs sont attachés derrière la tête.

Blessures

Le risque d'infection par le VIH suite à une exposition professionnelle est très faible; toutefois, les conséquences d'une telle infection sont très graves, voire mortelles. Les mêmes remarques – conséquences très sévères, en dépit d'un risque d'infection restreint – s'appliquent à l'hépatite C. Par conséquent, il est très important d'éviter toute exposition aux VIH et VHC. En cas d'exposition, veuillez consulter immédiatement un médecin. Chacun des membres de l'équipe doit connaître le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin.

Les aiguilles, lames de scalpels et autres instruments tranchants doivent être considérés comme potentiellement infectieux; pour cette raison, et pour éviter toute blessure, ils doivent être manipulés avec toutes les précautions nécessaires.

Principales mesures de sécurité:

- Après usage, jeter dès que possible les seringues dans un récipient approprié servant de collecteur. Eviter absolument de remettre les capuchons avec les deux mains.
- Eviter tout contact entre les mains et les instruments rotatifs contaminés.
- Porter des gants de ménage en caoutchouc épais pour l'entretien des instruments; nettoyer chaque instrument séparément.

Le comportement à adopter en cas d'exposition accidentelle à du sang/de la salive doit être consigné par écrit, afin que les mesures appropriées puissent être instaurées immédiatement:

- Désinfecter la plaie;
- En informer de manière confidentielle les personnes concernées (patient, supérieurs, responsable du cabinet)
- Consigner par écrit les circonstances de l'accident, p. ex. avec un procès-verbal d'accident pour les blessures professionnelles (voir annexe 2, extrait de WIEHL & GUGGENHEIM 1993) en trois exemplaires (pour le médecin, l'assurance-accident et le cabinet). Celui-ci servira de base pour l'appréciation du risque d'infection.
- Prendre contact avec le médecin.

Un document écrit fixant les mesures à prendre en cas de blessure par instruments tranchants ou pointus et en cas de contamination des plaies ouvertes doit être affiché dans le cabinet à un endroit bien visible pour tout le personnel.

Désinfection et soins des mains

Les mains sont un vecteur important de transmission d'infections. C'est la raison pour laquelle leur protection, leur désinfection et les soins dont elles font l'objet revêtent une importance considérable. Le diagramme «Protection des mains dans les soins dentaires» reprend les mesures préconisées (cf. p. 7).

Les mains sont lavées à l'eau courante froide avec un détergent liquide avant d'être séchées soigneusement. Elles doivent recevoir une application régulière de crème hydratante. Les ongles doivent être coupés courts et non vernis.

Lorsqu'une intervention se prolonge, il peut être utile de renouveler les gants afin de maintenir la peau aussi sèche que possible. Des gants percés doivent être remplacés dès que l'intervention le permet.

Des gants de ménage en caoutchouc épais seront portés pour l'exécution de tâches nécessitant la manipulation d'objets pointus/tranchants ou des produits chimiques ou désinfectants susceptibles d'irriter la peau.

Désinfection et stérilisation des instruments

Bases

Le but de la désinfection consiste à réduire le nombre de germes (à l'exception des spores) d'un facteur au moins égal à 5 log. Le résultat n'est pas définitif mais uniquement valable à l'instant T.

La stérilisation (p. ex. 134 °C/surpression relative de 2,1 bar/temps de maintien 3 minutes et demie) permet d'inactiver, outre les virus, les cellules bactériennes végétatives et les champignons ainsi que les spores bactériennes, d'un facteur au moins égal à 6 log.

La stérilisation comprend la désinfection et le nettoyage avant la stérilisation, le processus de stérilisation proprement dit, ainsi que le stockage après la stérilisation. Dans le domaine de la stérilisation, plusieurs normes européennes ont été ratifiées; les modalités de leur implémentation dans les cabinets dentaires en Suisse ont fait l'objet de discussions au sein de la Commission d'hygiène du cabinet dentaire et de la protection de l'environnement (CHPE) de la SSO (GUGGENHEIM ET COLL. 1999). Récemment (2010), Swiss-medica a publié un guide directeur des «Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux pour les cabinets médicaux et les cabinets dentaires ainsi que d'autres utilisateurs de petits stérilisateur à la vapeur d'eau saturée» qui tient compte de la révision de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux de 2010.

Cette directive établit trois classes différentes d'instruments à retraiter selon leur risque infectieux:

- I) les dispositifs non critiques qui ont seulement un contact superficiel avec la peau,
- II) les dispositifs semi-critiques qui entrent en contact avec la muqueuse ou avec la peau non intacte pendant leur utilisation,
- III) les dispositifs critiques qui pénètrent la peau ou la muqueuse pendant leur utilisation et qui entrent en contact avec le sang. Ces dispositifs médicaux doivent être stériles au moment de leur utilisation.

Déroulement

Le nombre d'articles à usage unique en pratique dentaire devant rester limité, la plupart des instruments sont réutilisés. Ils sont traités selon la classe de risque relative. La préparation des instruments comprend trois phases: a) désinfection des instruments utilisés; b) nettoyage, contrôle, entretien et emballage/conditionnement; c) stérilisation et rangement jusqu'à la prochaine utilisation. Ces étapes sont exécutées dans trois zones qui, dans le cas idéal, sont géographiquement séparées de la zone de traitement. Si la zone réservée à la désinfection (a) est située à proximité de la zone de traitement (par exemple dans les locaux cliniques), elle en sera clairement séparée.

Des gants de ménage en caoutchouc épais seront portés pour la manipulation et le transport d'instruments contaminés. La désinfection des instruments se fait soit par désinfection thermique (réglage automatique à 95 °C pendant 3 à 10 minutes), avec un cycle de produit nettoyant suivi d'un cycle de rinçage, soit par immersion. Dans le dernier cas, les instruments sont immergés complètement. La durée minimale d'action des produits – qui est fonction de la concentration du produit – doit être contrôlée rigoureusement (par exemple au chronomètre). Les solutions désinfectantes seront renouvelées régulièrement et conformément aux recommandations des fabricants.

Après désinfection ont lieu les opérations de nettoyage, de contrôle et d'entretien des instruments, puis d'emballage et de conditionnement (sachets de stérilisation transparents ou trays) et finalement de marquage de la date et du numéro de charge. Ces étapes peuvent être effectuées sans porter des gants.

Par la suite, les instruments sont stérilisés dans l'autoclave validé. Le processus de stérilisation doit pouvoir être contrôlé par l'utilisateur de manière simple et sûre (exemple Protocole journalier de stérilisation issu de l'annexe B BPPS).

Exemple de Protocole journalier de stérilisation

Stérilisateur: _____ Responsable: _____ Date: _____

Test de vide

N° de la charge: _____ ☐ OK ☐ pas OK Signature: _____

Test Bowie&Dick/test de pénétration de vapeur

Test utilisé: _____ N° de lot: _____

Test ☐ réussi ☐ pas réussi

N° de la charge: _____ Signature: _____

Si «pas réussi», mesures entreprises: _____

Nouveau test ☐ réussi ☐ pas réussi

N° de la charge: _____ Signature: _____

Contrôles de charges

N° de la charge: _____

Programme: _____

Contenu de la charge

Déroulement
du programme ☐ conforme
☐ non conforme

Indicateurs
chimiques ☐ conforme
☐ non conforme

Intégrité
des emballages ☐ conforme
☐ non conforme

Libération: ☐ oui ☐ non

Signature: _____

N° de la charge: _____

Programme: _____

Contenu de la charge

Déroulement
du programme ☐ conforme
☐ non conforme

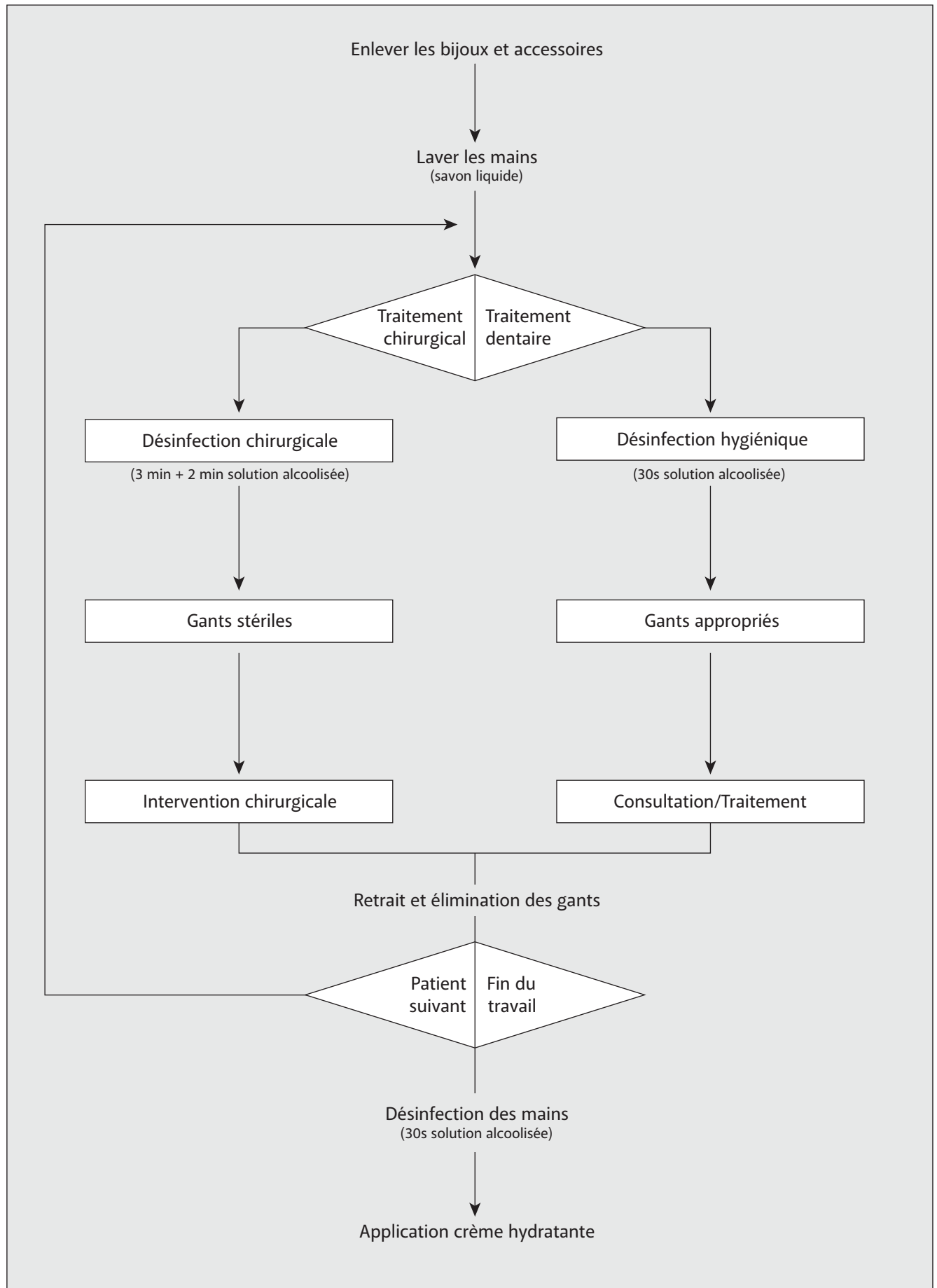
Indicateurs
chimiques ☐ conforme
☐ non conforme

Intégrité
des emballages ☐ conforme
☐ non conforme

Libération: ☐ oui ☐ non

Signature: _____

Protection des mains dans les soins dentaires



Contrôles de la stérilisation

Un contrôle de stérilisation sans faille comporte essentiellement les points suivants: contrôle des machines, contrôle du traitement, surveillance de la charge, contrôle du dispositif après stérilisation (sous forme de tableau Recommandations relatives aux contrôles nécessaires à la stérilisation des dispositifs médicaux issues de l'annexe A BPPS).

En matière de garantie des conditions de stérilité des instruments après la stérilisation (rangement), il y a lieu de respecter des délais de stockage maximaux, en fonction du type d'emballage ainsi que des conditions et du lieu de stockage (GUGGENHEIM ET COLL. 1999). Tous les instruments destinés aux interventions invasives doivent être stérilisés avec le programme universel et conservés

dans des emballages à usage unique ou trays à perforations internes. Les instruments destinés aux interventions non invasives sont stérilisés et rangés, non emballés, dans des tiroirs étanches aux aérosols. Ces tiroirs ne sont pas ouverts en cours de traitement; une fois par mois, ils sont vidés et désinfectés, leur contenu stérilisé, désinfecté ou éliminé.

Recommandations relatives aux contrôles nécessaires à la stérilisation des dispositifs médicaux

MODE	QUOI?	COMMENT?	QUAND?	DOCUMENTS	REMARQUES
CONTRÔLE DE L'APPAREIL	Ordre de marche	Contrôle visuel (propreté, système de porte, unité d'affichage...)	Chaque jour au début du travail	Enregistrement pas nécessaire (instructions de travail)	
	Essai de fuite d'air (test de vide) (si disponible)	Chambre vide, selon fournisseur	Hebdomadaire ^{a)}	Protocole de stérilisation	Inscription des résultats et visa
	Test de pénétration de vapeur (si disponible) ^{b)}	Test B&D, programme selon fournisseur ou Test hélix, programme selon fournisseur	Chaque jour en cas de stérilisation de DM poreux Au moins une fois par semaine	Protocole de stérilisation	Inscription des résultats et visa
CONTRÔLE DU TRAITEMENT	Témoins de passage	Coller sur chaque emballage si pas déjà imprimé sur celui-ci	Chaque charge, chaque emballage	Enregistrement pas nécessaire (instructions de travail)	
	Etiquetage	Date de stérilisation et n° du lot (si déjà connu) ainsi que le contenu (si pas vi-sualisable) sont à appliquer sur chaque emballage	Chaque charge, chaque emballage	Enregistrement pas nécessaire (instructions de travail)	
	Contrôle d'emballage	Contrôle de la continuité de la soudure, contrôle de l'étanchéité des conteneurs et des plateaux	Chaque charge, chaque emballage	Enregistrement pas nécessaire (instructions de travail)	
CONTRÔLE DE LA CHARGE	Libération	Un indicateur chimique de classe 5 ou 6 emballé dans la charge, utilisation d'un dispositif d'épreuve de pro-cédé (PCD) si une stérilisation de corps creux est effectuée ^{b)}	Chaque charge	Protocole de stérilisation	Inscription des résultats et visa
	Impression du processus	Contrôle de la conformité des paramètres du processus imprimés, viser	Immédiatement après fin du processus	Classer l'impression visée dans le classeur, Protocole de stérilisation	Inscription des résultats et visa
	Emballages	Examiner l'intégrité des emballages, contrôle des témoins de passage	Immédiatement après fin du processus	Protocole de stérilisation	Inscription des résultats et visa
CONTRÔLE DES PRODUITS STÉRILISÉS	Libération pour l'utilisation	Examiner l'intégrité des emballages, contrôle de la date de péremption	Toujours avant l'utilisation	Modification du protocole de stérilisation si nécessaire	Inscription des résultats et visa

^{a)} Au moins 3x/mois (CEN ISO TS 17665-2:2009, Tableau A3)

^{b)} Possibilité de combinaison en utilisant un dispositif d'épreuve (BMS, Batch Monitoring System)

Les pièces à main et contre-angles subissent un nettoyage mécanisé préalable et une désinfection chimique. Ceux destinés aux interventions chirurgicales sont stérilisés sous emballage adéquat.

Validation

La validation doit permettre de montrer que l'appareil a été installé correctement, peut être utilisé et que la procédure peut être appliquée efficacement. Elle comporte trois vérifications: vérification de l'installation, vérification des fonctionnalités et vérification des procédures.

Le plus simple est de procéder à la première validation à la livraison. Il est alors possible d'utiliser pour chaque charge un dispositif d'épreuve (test Helix) avec un indicateur chimique de classe 5 ou 6 permettant de contrôler d'une part la bonne pénétration de la vapeur, et d'autre part le processus de stérilisation.

Désinfection des surfaces

Lors d'un traitement, les aérosols et les contacts directs risquent d'être à l'origine d'une dissémination de salive mêlée à du sang au-delà de la zone de traitement. Les surfaces et les meubles ainsi souillés sont décontaminés à chaque nouveau patient au moyen d'un produit de désinfection admis en suisse et adapté. La désinfection par essuyage se fera comme suit: au moyen d'une lingette à usage unique

trempée dans une solution désinfectante, les surfaces sont décontaminées mécaniquement à fond.

Désinfection des empreintes, prothèses et d'autres pièces façonnées

Deux procédés sont indiqués pour la désinfection des empreintes, prothèses et autres pièces façonnées: soit par pulvérisation (spray germicide) dans un système clos, soit par immersion. Ce faisant, on respectera les recommandations des fabricants en matière de concentration, de durée d'action et de compatibilité avec les différents matériaux.

L'idéal est de placer l'objet désinfecté dans un sachet transparent pour signaler que la mesure d'hygiène a été effectuée. La manipulation et le marquage des pièces désinfectées doivent être réalisés en accord avec le technicien-dentiste.

Circulation d'eau dans le système de l'unité dentaire

Si l'unité n'est pas équipée d'une installation de désinfection fonctionnant en continu, le système de circulation d'eau risque d'être contaminé par des bactéries d'origine buccale ou des germes présents dans l'eau elle-même (par exemple *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila*).

la). Il est possible de réduire la concentration des germes en faisant couler l'eau – le matin et après chaque interruption d'une certaine durée – à chaque robinet et point de sortie d'eau pendant au moins trois minutes avant d'utiliser l'unité.

Lors des interventions invasives, on n'utilisera jamais le spray de l'unité, mais exclusivement une solution d'irrigation stérile.

Evacuation des déchets

Les déchets ne risquant pas de provoquer des infections et des blessures – par exemple les serviettes et les matériaux d'emballage – sont considérés comme des déchets ménagers et sont, à ce titre, confiés au ramassage des ordures ménagères.

Les déchets solides présentant un risque d'infection, tels que rouleaux et les tampons de coton imbibés de sang et de salive, sont éliminés selon le concept des sacs dédoublés, c'est-à-dire qu'ils sont rassemblés directement sur la zone de traitement dans des petits sachets en plastique; ces sachets sont ensuite évacués dans des sacs poubelles normaux. La salive et le sang sont évacués par les canalisations sans qu'il soit nécessaire de les désinfecter.

Les déchets pointus et tranchants présentant un risque de blessure, tels que canules, scalpels, etc., sont rassemblés pour élimination dans des récipients résistants au perçage, hermétiques, verrouillables et marqués. Les déchets mercuriels (restes d'amalgame) sont collectés dans un conteneur rempli de solution désinfectante dès leur retrait de la cavité buccale. Avant élimination, le tout est décanté.

Déroulement schématique (validation)

QUALIFICATION DE L'INSTALLATION	INSTALLATION CORRECTE ET INFORMATIONS DÉMONTRANT UN FONCTIONNEMENT SÛR	- Tous les documents requis sont-ils disponibles? - L'installation de l'appareil est-elle correcte? - La qualité requise de l'eau est-elle assurée? - L'autoclave est-il équipé des programmes de stérilisation nécessaires?
QUALIFICATION OPÉRATIONNELLE	FONCTIONNEMENT CORRECT	- Les sondes de pression/température sont-elles calibrées correctement? - Le système est-il étanche? - Les équipements de sécurité et les systèmes de détection des défauts fonctionnent-ils? - Les tests de vide et de pénétration de vapeur fonctionnent-ils correctement?
QUALIFICATION DES PERFORMANCES	ADAPTATION DES PARAMÈTRES DE STÉRILISATION SÉLECTIONNÉS	- Les valeurs de temps, de pression et de température des charges de référence correspondent-elles aux spécifications pour les 3 mesures nécessaires? - Les dispositifs sont-ils secs après stérilisation? - Les emballages sont-ils déformés ou déchirés?

Rapport de validation:

- fixation des mesures correctives requises
- définition des mesures du contrôle de routine

4. Bibliographie

Guggenheim B, Wiehl P: Hygienegerechtes Praxiskonzept (I). Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 103: 179–181 (1993).

Guggenheim B, Baumann M A, Field E A: Händehygiene und Händeschutz. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 104: 771–775 (1994).

Guggenheim B, Mombelli A, Wiehl P: Sterilisation in der zahnärztlichen Praxis: Definitionen, Verfahren, Euro-Normen und Empfehlungen. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 109: 1061–1072 (1999).

Guggenheim B, Weiss M: Praxisgerechte Wiederaufbereitung und Validierung von Aufbereitungsprozessen. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 120: 446–449 (2010).

Guggenheim B, Weiss M: Retraitement adapté aux cabinets dentaires et validation de procédés de retraitement. Rev Mens Suisse Odontostomatol 120: 486–489 (2010).

Häsler P-A: Gestion des déchets au cabinet dentaire. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 105: 1047–1057 (1995).

Häsler P-A: Abfall-Entsorgung in der Zahnarztpraxis. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 105: 1058–1062 (1995).

Jost M, Francioli P, Iten A, Jost J, Cartier B, Rügger M: Verhütung blutübertragener Infektionen im Gesundheitswesen. SUVA, Arbeitsmedizin Nr. 30, Luzern (1997).

Widmer H R, Siegrist H H: Die Sterilisation in der Arzt- und Zahnarztpraxis. Swiss-NOSO, Band 2/Nr. 3: 17–18 (1995).

Wiehl P, Guggenheim B: Hygienegerechtes Praxiskonzept (II). Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 103: 1127–1140 (1993).

Wiehl P: Aktive Schutzmassnahmen: Desinfektion (Hygienegerechtes Praxiskonzept III). Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 106: 701–715 (1996).

Hygiène au cabinet – module de formation: www.sso.ch (Cours «Hygiène au cabinet dentaire»)

Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux du 15 décembre 2000 (Loi sur les produits thérapeutiques, LPTh, SR 812.21, état le 1^{er} janvier 2014): www.admin.ch/opc/fr/classifiedcompilation/20002716/index.html

Ordonnance sur les épidémies du 29 avril 2015 (OEp, SR 818.101.1, état le 1^{er} janvier 2025): <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/298/fr>

Ordonnance sur les dispositifs médicaux du 17 octobre 2001 (ODim, SR 812.213, état le 1^{er} juillet 2010): www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995459/index.html

Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux pour les cabinets médicaux et les cabinets dentaires ainsi que d'autres utilisateurs de petits stérilisateur à la vapeur d'eau saturée, version 1.0f/avril 2010 (Instructions BPPS, Swissmedic RN202_00_001f) www.swissmedic.ch

5. Auteurs des lignes directrices relatives aux mesures d'hygiène en cabinet dentaire

1^{er} tirage (1999)

Pierre Baehni, Genève
Danilo Dotesio, Bioggio
Enrico Ferrari, Pfäffikon
Bernhard Guggenheim, Zurich
Jürg Meyer, Bâle
Andrea Mombelli, Genève
Serge Roh, Sierre

2^e tirage (2005)

Pierre Baehni, Genève
Danilo Dotesio, Bioggio
Enrico Ferrari, Pfäffikon
Bernhard Guggenheim, Zurich
Jürg Meyer, Bâle
Andrea Mombelli, Genève
Serge Roh, Sierre
Peter Suter, Beromünster

3^e tirage

Markus Grassi, Langnau
Bernhard Guggenheim, Zurich
Rolf Hess, Amriswil
Reto Lauper, Pambio-Noranco
Jürg Meyer, Bâle
Andrea Mombelli, Genève
Serge Roh, Sierre

Rédaction

Jürg Meyer, Bâle

Annexe 1

Plan d'hygiène

Quoi? Domaine d'application		Par quoi? Mes. de désinfection	Comment? Utilisation	Combien de temps? Durée	Quand? Moment de la mise en œuvre	Stérili- sation	Stockage
Mains	hygiénique chirurgical						
Vêtements de protection							
Instruments							
Trays et plateaux							
Fraises, fraises diamantées, pierres à polir, polisseurs en silicone							
Instr. en carbure, polisseurs en caoutchouc, brossettes à polir							
Instruments endodon- tiques	manches plastique/ métal codage couleur						
Pièces à main et contre-angles							
Turbines							
Déchets	généraux point./ tranchants						
Surfaces	tray plateau d'unit armoires, poign. commandes support de tête accoudoirs crachoir						
Sols							
Prothèses							
Empreintes							
Modèles							
Aspiration							

Annexe 2

Procès-verbal d'accident professionnel ayant occasionné des blessures

1. Données personnelles relatives au collaborateur

Nom:	Prénom:		
Sexe:	Date de naissance:		
Profession/fonction:			
Engagé(e) depuis:	Expérience professionnelle:		 ans
Vaccination antihépatite B	☐ oui	☐ non	
	Dernière immunisation:		Taux sérique:

2. Type de blessure

Date de l'accident:	Heure:	Lieu:
Description détaillée des circonstances/du mécanisme de l'accident:		
A votre avis, l'accident aurait-il pu être évité?		
☐ oui ☐ non		
Si oui, comment:		

Circonstances de l'accident	Objet ayant causé la blessure	Contamination par
☐ Plaie/lésion superficielle (écorchure) ☐ profonde (épanchement de sang) Exposition/lésion des muqueuses ☐ Bouche ☐ Yeux	☐ Aiguille d'injection ☐ Autre aiguille ☐ Bistouri	☐ Sang ☐ Fluide biologique (contenant du sang visible) ☐ Fluide biologique (ne contenant pas de sang visible) Le cas échéant, lequel? ☐ Autres, lesquels?
Exposition/lésion de la peau ☐ Peau intacte avec temps prolongé de contact: min Pénétration de l'épiderme (veuillez préciser):		
En cas de lésion pénétrante, du sang était-il visible sur l'objet ayant causé la blessure?		☐ oui ☐ non

3. Données personnelles relatives au patient

Nom:	Prénom:		
N° patient:	Sexe:	Date de naissance:	
Facteurs de risque	Sérologie VIH	Sérologie hépatite B	
a) aucun b) toxicomanie c) homosexualité d) partenaire VIH-positif e) polytransfusé f) pays avec prévalence VIH élevée g) autres	☐ positive ☐ négative ☐ inconnue si positive: traité par ZDV (zidovudine) ☐ oui ☐ non Stade d'infection VIH I, III, IV selon classification CDC Bulletin OFSP n° 36, 586, 1992	☐ HBsAg ☐ positive ☐ négative ☐ inconnue	☐ HBeAG ☐ positive ☐ négative ☐ inconnue