

Fiche d'information iADH sur le COVID-19

Clause de non responsabilité : Le but de cette fiche d'information est de fournir aux membres de l'iADH des données facilement consultables au sujet de l'actuelle pandémie de Covid-19. Ces données évolueront et seront modifiées avec l'amélioration des connaissances sur le sujet. C'est pourquoi elles ne peuvent en aucune façon être considérées comme définitives. Les sources proviennent dans la mesure du possible des publications scientifiques, mais certaines informations proviennent de différentes recommandations gouvernementales ou professionnelles. Cette fiche d'information ne vient pas se substituer aux recommandations médicales professionnelles. **Chaque membre doit suivre les recommandations nationales de son pays étant donné l'importante disparité des situations entre régions et pays.**

Le virus

- Le COVID-19 désigne la maladie infectieuse provoquée par le coronavirus le plus récemment découvert. Ce nouveau virus et cette maladie étaient inconnus avant l'épidémie qui a débuté à Wuhan, en Chine, au mois de décembre 2019 (1).
- Ce nouveau virus est appelé SARS-CoV-2 (1).
- Il n'y a jusqu'à présent ni traitement médicamenteux, ni vaccin contre le COVID-19.
- Le virus est plus contagieux que la grippe saisonnière (1).
- Le récepteur cellulaire de SARS-CoV-2 est l'enzyme de conversion de l'angiotensine II (ACE2), un récepteur hautement exprimé au niveau de la muqueuse buccale et de la langue (2).
- Les coronavirus sont des virus à ARN simple brin de polarité positive à enveloppe lipidique (37).

La période d'incubation et de convalescence

- La durée entre la contamination et l'apparition des symptômes est estimée à 5 jours en moyenne ; elle est essentiellement comprise entre 3 et 7 jours avec un maximum de 14 jours (1).
- Les cas de Covid-19 de sévérité moindre ont une clairance virale précoce, avec 90% de patients présentant des tests négatifs répétés 10 jours après l'apparition des symptômes. Au contraire, les personnes avec une atteinte sévère au COVID-19 présentent un taux viral important et une période d'excrétion virale longue (elles sont toujours positives au COVID-19 après 10 jours ou plus) (3).
- L'excrétion virale commence 1 à 2 jours avant l'apparition des symptômes, persiste jusqu'à 8 jours après l'apparition des symptômes dans les cas légers et atteint son maximum au 11^e jour dans les cas graves. Une excrétion virale prolongée a été signalée lors de tests effectués avec des écouvillons naso-pharyngés (jusqu'à 37 jours après l'apparition des symptômes) (31).
- L'ARN viral a été retrouvé dans les excréments, le sang, le sérum, la salive et l'urine des patients infectés (31).
- On manque de données concernant l'immunité acquise, mais des anticorps se développent entre le 6^{ème} et le 15^{ième} jours après l'apparition des symptômes (31, 42).

Les symptômes

- Les symptômes du COVID-19 les plus souvent rencontrés sont : fièvre, fatigue, toux sèche, dyspnée/essoufflement (4). Certains patients peuvent se plaindre de douleurs musculaires, de maux de tête, de congestion nasale, d'écoulement nasal, de maux de gorge, de confusions, de vomissements, de diarrhées ou d'anosmie (5). Ces symptômes apparaissent progressivement (1,6).
- Certaines personnes infectées n'auront pas de symptômes, ou une symptomatologie très légère mais restent cependant contagieux (7).
- Environ 15% (1 sur 6) des personnes infectées développeront des symptômes plus graves, tels une dépression respiratoire sévère, une arythmie, un état de choc (6).
- Parmi ces 15% de formes sévères, environ 5% des patients auront besoin de soins intensifs. La mortalité en soins intensifs est de 40 à 70% (8).
- **En Chine, le taux de létalité estimé est de 1.38% (1.23 - 1.53), passant à 6.38% (5.70 - 7.17) chez les patients de plus de 60 ans (40).**

La population cible

- Tout le monde, quel que soit l'âge (6), peut être atteint du COVID-19, même dans ses formes sévères.
- Les enfants présenteront plus souvent les formes asymptomatiques.
- Les personnes les plus susceptibles de développer les formes sévères ont (6, 9) :
 - plus de 70 ans
 - des antécédent de maladie cardiovasculaire : hypertension sévère, AVC, chirurgie cardiaque, arrêt cardiaque, insuffisance cardiaque
 - du diabète insulino-dépendant non équilibré
 - une maladie chronique respiratoire
 - une insuffisance rénale avec besoin de dialyse
 - un cancer en cours de traitement
 - des troubles de l'immunité congénitaux ou acquis
 - une cirrhose du foie
 - une obésité morbide
 - sont des femmes enceintes
- Il pourrait être intéressant de catégoriser la population entière dans un de ces quatre groupes :
 - Cas confirmés : test viral et scanner positifs (ces tests peuvent ne pas être disponibles pour beaucoup de patients et dans certains pays)
 - Cas suspects : patient avec un antécédent épidémiologique, avec des symptômes évoquant le COVID-19 et/ou avec une imagerie par scanner positive
 - Cas guéris : parfois considérés comme tel après deux prélèvements naso-pharyngiens successifs espacés de \geq 24 heures (10) ; **ou, en l'absence de test, huit jours après l'apparition des symptômes ET la disparition de la fièvre ET une amélioration clinique de tous les symptômes depuis au moins trois jours (31).**
 - Population à risque : n'importe qui ne faisant pas partie des autres groupes
- Il est conseillé aux chirurgiens-dentistes de prendre la température de tous leurs patients à leur arrivée au cabinet dentaire (11).

Diagnostic

- La fiabilité des tests disponibles est inconnue. La littérature montre qu'un seul résultat négatif d'un test par analyse RT-PCR d'un patient suspecté de COVID-19 n'exclut pas une infection (6).
- L'imagerie pulmonaire peut montrer dans des cas sévères de COVID-19 une pneumonie bilatérale (6).

Professionnels à risques

- Les chirurgiens-dentistes font partie des professionnels de santé les plus à risques (12).
- Les personnes en contact étroit avec des patients COVID-19 symptomatiques et asymptomatiques, tels les professionnels de santé et les autres patients des hôpitaux, sont à risque (6).
- A la faculté de chirurgie dentaire de Wuhan, 169 professionnels de santé ont été impliqués dans la prise en charge des urgences dentaires de plus de 700 patients en utilisant des mesures de protection adéquates (cf. le paragraphe « Soins dentaires »). Neuf professionnels ont contracté le COVID-19 (6).

Transmission

- Les personnes asymptomatiques ou en période d'incubation peuvent être porteuses du virus SARS-CoV-2 (6,7).
- Le virus est le plus souvent disséminé par les gouttelettes (>5µm de diamètre) et les aérosols (<5µm diamètre) provenant du nez ou de la bouche, en parlant, toussant, riant, se mouchant, etc... (1,2,13).
- La contamination peut avoir lieu par voie muqueuse ou oculaire (14).
- Le COVID-19 peut rester infectieux jusqu'à 3 heures sur une surface sèche, et jusqu'à 9 jours sur une surface humide (15).
- Si une personne touche un objet/une surface contaminé(e) et touche ensuite son visage (yeux, nez, bouche), elle peut être contaminée (1).
- La transformation de sécrétions salivaires, muqueuses, ou de sang en aérosol augmente le risque de transmission (par exemple avec l'utilisation d'instruments dentaires rotatifs ou ultrasoniques) (2,16).
- **Les procédures générant des aérosols incluent la coloscopie, l'intubation, l'aspiration avant et après l'intubation, la ventilation non invasive, la trachéotomie, la bronchoscopie, l'utilisation de nébulisateurs (43).**

Prévenir la transmission par gouttelettes

- Une distance d'au moins 1 mètre, de préférence 1,5 - 2 mètres, doit être respectée entre les personnes pour éviter une contamination lors d'éternuements ou de toux (1,16).
- **Les aérosols chargés en virus peuvent être détectés à l'hôpital jusqu'à 4 mètres d'un cas confirmé (30).**
- Couvrez la bouche et le nez d'un mouchoir à usage unique, ou du pli du coude, quand vous éternuez ou tousez. Jetez le mouchoir immédiatement dans une poubelle fermée (1).
- L'utilisation de l'instrumentation rotative ou ultrasonique doit être évitée dans la mesure du possible (16).
- **Si des aérosols sont générés, il est préférable d'utiliser une salle d'opération avec une ventilation à pression négative ou une pièce d'isolement pour les infections aéroportées.**

Prévention par triage téléphonique

- Les patients doivent être encouragés à joindre les services d'urgences par téléphone plutôt que de se déplacer sans rendez-vous (17).
- Si possible, le soin d'un patient confirmé COVID-19 doit être reporté d'au moins un mois (1).
- Le traitement d'urgence d'un patient guéri est possible trois jours après son rétablissement et au moins sept jours après les premiers symptômes (17).
- Le traitement d'urgence d'un patient asymptomatique confirmé positif au COVID-19 est possible au moins sept jours après le diagnostic s'il n'a présenté aucune maladie ultérieure (17).
- Les soins dentaires doivent être évités dans la mesure du possible (6,17). Un accueil téléphonique doit permettre de donner des conseils et de donner accès à une prescription plutôt qu'à un traitement quand cela est possible.
- Les questions à poser pour repérer les patients COVID-19 sont (2,11):
 - Patient se déclare suspecté ou confirmé COVID-19 ?
 - Fièvre dans les quatorze derniers jours ?
 - Problèmes respiratoires, toux, essoufflement dans les quatorze derniers jours ?
 - Contact direct avec un patient suspecté ou confirmé COVID-19 ?
- [La consultation en ligne pour des problèmes dentaires pourrait aider à réguler la demande pour les services pendant et après la pandémie \(36\).](#)

Prévenir la transmission par contact sur les objets/surfaces

- Les surfaces peuvent être désinfectées en utilisant de l'éthanol à 62-71%, du peroxyde d'hydrogène à 0,5%, ou de l'hypochlorite de sodium à 0,1%. Le temps de contact de ces produits sur la surface doit être d'une minute (18). [Une alternative est la dilution de 1:100 d'eau de Javel du commerce \(si la concentration initiale est de 5%\) \(35\).](#)
- La solution d'hypochlorite de sodium à 0,1% peut être préparée à partir de solution domestique d'eau de Javel à 2,6% : il faut mélanger 100ml d'eau de Javel à 2,6% dans 2,4l d'eau pour obtenir une solution de 2,5l. Elle est alors utilisable pendant 24h (18, 30).
- Les aérosols émis pendant les soins dentaires contaminent l'ensemble du cabinet dentaire (fauteuil, surface, sol, [keyboard and mouse, sorties d'air ...](#)). Une décontamination minutieuse et une aération de la pièce est nécessaire entre chaque patient (18).
- [Les objets et surfaces contaminées sont définis comme étant des vecteurs passifs de transmission](#)
- Dans des conditions expérimentales, le virus est resté viable dans un aérosol plus de 3h. Après dépôt d'aérosol, le virus est resté stable sur des surfaces en plastique ou en acier inoxydable jusqu'à 72h. La demi-vie du virus en aérosol était de 1,1 à 1,2 heures (19).
- Le nettoyage et la décontamination immédiate après un acte pourrait ne pas être efficace à cause du dépôt tardif des particules fines en suspension (19). [Il a été recommandé que les pièces dans lesquelles des actes avec génération d'aérosols ont été fait soient ventilées avec de l'air frais pendant une à trois heures avant le nettoyage et l'entrée d'un nouveau patient \(35\).](#)
- Les serviettes / essuie-mains, draps, etc devraient être lavés à 90°C (35).

Hygiène des mains

- L'hygiène des mains est la mesure la plus importante pour réduire le risque de transmission des micro-organismes aux patients (6).
- Du savon dans de l'eau est efficace pour détruire le virus (mais n'élimine pas les bactéries) (20).
- La solution hydro-alcoolique est efficace pour détruire le virus et les bactéries (20).

Soins dentaires

- Les soins dentaires courants doivent être évités dans la mesure du possible (6,17)
- Il a été recommandé qu'un bain de bouche préalable soit réalisé avec une solution de peroxyde d'hydrogène à 1% ou de povidone à 0,2%. Il a été rapporté que la chlorhexidine est inefficace (11).
- L'utilisation de l'instrumentation rotative ou ultrasonique doit être évitée dans la mesure du possible (6,16).
- L'utilisation de la seringue 3 en 1 (soufflette à air comprimé) doit être évitée dans la mesure du possible (6).
- Les radiographies extra-buccales sont à privilégier par rapport aux radiographies intra-buccales pour réduire le risque de salivation et de toux (6).
- Utilisez si besoin une turbine anti-réfraction à haute vitesse pour diminuer la contamination par les conduites d'eau (11).
- Les soins doivent être réalisés en utilisant la digue pour réduire le contact avec la salive (11).
- Une aspiration à haut débit doit être utilisée durant le soin (6).
- Le travail doit se faire à quatre mains (6).
- [Chez les patients souffrant de pulpite irréversible sur dent vivante \(saignement dans les canaux\), la pulpotomie pourrait être recommandée pour diminuer le temps de travail \(39\).](#)
- Le cabinet doit être complètement décontaminée (toutes les surfaces et tous les objets) et bien aérée entre chaque patient (6,11).
- En cas de nécessité, les sutures résorbables seront privilégiées (11).

Sédation dentaire et anesthésie générale dans le contexte du soin dentaire

- Certaines craintes ont été exprimées à propos du risque de générer des aérosols au moment de l'administration de MEOPA étant donné que le gaz est délivré à un volume qui souvent excède 5L/min dans un circuit semi-fermé. Il y a, jusqu'à présent, aucune étude qui traite directement de cette problématique potentielle (26). Des recommandations cliniques conseillent l'utilisation de MEOPA et d'autres méthodes de sédation consciente si un soin d'urgence est nécessaire chez un patient dont la coopération ne peut être obtenue différemment (29).
- [L'accès à la prise en charge sous anesthésie générale des traitements dentaires urgents doit être maintenu pour les patients pour qui leur mauvais état bucco-dentaire impacte leur problème médical préexistant; pour les patients avec des troubles du comportement dont la douleur dentaire aboutit à de l'automutilation ou à de l'agression; pour les patients avec dysphagie qui risquent d'inhaler une dent qui ne peut être extraite sous anesthésie locale \(29\).](#)

Equipement de protection individuelle (EPI)

- Gants, lunettes de protection ou visière, masque, casaque, tenue de travail sont nécessaires pour le soin (6) de tout patient suspecté COVID-19 (dans certaines régions, TOUT patient peut être considéré comme potentiellement contaminé). Les dentistes peuvent être des vecteurs asymptomatiques potentiels. Le port d'une charlotte et de sur-chaussures est également recommandé (6,11).
- Les masques de protection respiratoires type N-95 (National Institute of Occupational Safety and Health), FFP2 ou FFP3 (European Union standard Filtering Face Piece) sont recommandés pour la pratique dentaire quotidienne (16) de tout patient suspecté ou confirmé COVID-19 (dans certaines régions, TOUT patient peut être considéré comme potentiellement contaminé).
- Les masques FFP2 et N-95 doivent être bien ajustés pour former une fermeture hermétique autour du visage (38). La pilosité du visage réduit l'efficacité du joint.
- Il a été suggéré que l'équipe de nettoyage des pièces dans lesquelles des actes ayant générés des aérosols ont été effectués porte des masques, des blouses et des gants (35).
- Les masques FFP2 ne peuvent pas être stérilisés à l'autoclave à 134°C (34).
- Les masques respiratoires à valve ne sont pas appropriés car ils ne préviennent pas le relargage de particules émises par le porteur du masque (32).
- Les masques « grand public » (en tissu ou papier) ont une efficacité de filtration très faible (2-38%) et ne protègent pas des virus respiratoires (32, 34).

Organisation du cabinet dentaire

- A moins de considérer chaque patient comme potentiellement positif au COVID-19, les patients suspectés ou confirmés COVID-19 doivent entrer et attendre dans une pièce à part et un masque chirurgical doit leur être donné (15). Des toilettes séparées doivent être mises à leur disposition.
- S'il est absolument nécessaire de soigner un patient suspecté ou confirmé COVID-19, (en cas de soins qui ne peuvent pas être reportés (21)), le rendez-vous doit être pris à la fin de journée (dernier rendez-vous) pour faciliter le nettoyage en profondeur et la ventilation de la pièce. Le nettoyage pourra être renouvelé le lendemain matin en cas de dépôt des aérosols pendant la nuit.

Auto-surveillance des professionnels de santé

- Les professionnels de santé en contact avec des patients doivent se surveiller en prenant leur température deux fois par jour et en restant vigilants aux symptômes respiratoires (ex. toux, essoufflement, mal de gorge) (21).
- Les professionnels de santé doivent rester confinés à la maison s'ils ont des symptômes de COVID-19 (17).
- Toute personne qui s'auto-surveille doit prévoir un contact nommé en cas de développement de fièvre ou de symptômes respiratoires durant la période d'auto-surveillance pour intervenir si une évaluation médicale est indiquée (22).
- Les professionnels de santé en contact avec des patients durant leur travail doivent suivre les recommandations pour réduire la transmission à leur domicile (23).

Reprise du travail après infection au COVID-19

- Les professionnels de santé devraient recevoir un avis médical personnalisé de leur aptitude à reprendre le travail.
- Certaines régions et pays interdisent la reprise du travail avant au plus tard 3 jours (72 heures) après le rétablissement (absence de fièvre sans utilisation de médicament antipyrétique et amélioration des symptômes respiratoires) et au moins sept **ou 8** jours après l'apparition des premiers symptômes (10, 31).
- D'autres pays et régions se basent sur les tests et conseillent d'attendre que deux prélèvements naso-pharyngiens successifs espacés de ≥ 24 heures soient négatifs (10), **ET au moins huit jours après l'apparition des symptômes (31)**.
- Lors de la reprise du travail, il a été suggéré que les professionnels de santé portent un masque pendant 14 jours en continu au travail. Le contact avec des patients sévèrement immunodéprimés (ex : suivis en hématologie, en oncologie, greffe) doit être limité jusqu'à au moins 14 jours après l'apparition de la maladie (10).

Les personnes avec des conditions chroniques (médicales, psychiatriques, situation de handicap, dépendance, etc...) en temps d'urgence nationale

- Les personnes avec des pathologies préexistantes, en situation de handicap ou en situation de précarité risquent d'être négligées durant des périodes d'urgence nationale (24).
- Les risques sont liés à la perturbation des services de santé, l'interruption des soins quotidiens, l'interruption de l'approvisionnement médicamenteux, l'augmentation du stress, les modifications de l'approvisionnement alimentaire, le changement dans les niveaux d'activité, la perturbation des transports (24).
- La population vivant dans des zones défavorisées présente un risque plus élevé et les personnes vivant avec des conditions chroniques sont plus souvent en situation de précarité (24).
- **Des directives destinées à faciliter la prise de décision clinique en période de pénurie de ressources peuvent inclure des jugements de valeur quant à la qualité de vie des personnes handicapées (27, 28).**

Modification des pathologies buccales durant les urgences sanitaires mondiales

- Les urgences sanitaires mondiales ont un impact psychologique sur la population générale et peuvent aboutir à des modifications de l'incidence de certaines pathologies buccales (25). L'incidence de symptômes idiopathiques ou liés au stress peut augmenter, tels l'aphtose récurrente, le lichen plan buccal, la stomatodynie, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, le bruxisme, l'odontalgie atypique, etc...
- Des téléconsultations peuvent être imaginées pour ces patients, pour aider à réduire l'anxiété et le sentiment de détresse (25).



iADH Covid-19 Fact Sheet by IADH is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Authors: Denise Faulks and Alison Dougall, in collaboration with Suzanne Krämer, Blanaid Daly and Pedro Diz Dios.

Comments, corrections, additions are welcome: vicechair@iadh.org

Traduction en langue française pour SOSS : Marie-Sophie Bogner et Caroline Eschevins



www.soss.fr

REFERENCES

- 1) WHO Q&A on coronaviruses (COVID-19). Available at: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses> Consulted 27/03/2020.
- 2) Ge ZY, Yang LM, Xia JJ, Fu XH, Zhang YZ. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. Journal of Zhejiang University Mar 2020 Available at <https://link.springer.com/content/pdf/10.1631/jzus.B2010010.pdf>
- 3) Liu Y, Yan LM, Wan L, Xiang TX, Le A, Liu JM, Peiris M, Poon LLM, Zhang W. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. The Lancet March 19 2020 [https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099\(20\)30232-2](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099(20)30232-2)
- 4) Chaoqun Ma, Jiawei Gu, Pan Hou, Liang Zhang, Yuan Bai, Zhifu Guo, Hong Wu, Bili Zhang, Pan Li, Xianxian Zhao. Incidence, clinical characteristics and prognostic factor of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. medRxiv 2020.03.17. Available at <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.17.20037572v1>
- 5) Lüers JC, Klußmann JP, Guntinas-Lichius O. [The Covid-19 pandemic and otolaryngology: What it comes down to?] Laryngorhinotologie. 2020 Mar 26. Article in German. doi: 10.1055/a-1095-2344. [Epub ahead of print]
- 6) Meng L, Hua F & Bian Z. Coronavirus disease 2019 (COVID-2019): Emerging and future challenges for dental and oral medicine. Journal of Dental Research 2020 <https://doi.org/10.1177/0022034520914246>
- 7) Rothe C, Shunk M, Sothmann P et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. N Engl J Med. 2020; 382:970-971. Doi:10.1056/NEJMc2001468
- 8) Ministère des solidarités et de la santé (France). Message d'alerte rapide sanitaire. Besoins en réanimation et réponse capacitaire. 20 mars 2020.
- 9) Haut Conseil de la santé publique (France). Avis relative à la prise en charge des patients à risque de forme sévère de COVID-19. 14th March 2020.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019. Criteria for return to work for healthcare personnel with confirmed or suspected COVID-19 (interim guidance). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/hcp-return-work.html>
- 11) Peng X, Xu X, Li Y et al. Transmission routes of 2019-nCov and controls in dental practice. Int J Oral Sci 2020; 12,9 <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>
- 12) Gamio L. The workers who face the greatest coronavirus risk. The New York Times, 15th March 2020. Available at: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>

- 13) Bourouiba L. Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions – potential implications for reducing transmission of COVID-19. *Journal of the American Medical Association* March 26 2020. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763852>
- 14) To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis* 2020 pii: ciaa149, in press
- 15) Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* 2020; 104:246-251.
- 16) Wei J, Li Y. Airborne spread of infectious agents in the indoor environment. *Am J Infect Control* 2016,44:S102-S108.
- 17) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019. Interim infection, prevention and control guidance for dental settings during the COVID-19 response. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
- 18) Haut Conseil de la santé publique (France). Avis relative au traitement du linge, au nettoyage, d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnes. 18 February 2020.
- 19) Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris D et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Medical Journal*, march 17 2020. Doi:10.1056/NEJMc2004973
- 20) Fermer R. Hand disinfectant and COVID-19. Centre for Evidence Based Medicine Oxford. March 17th 2020. Available at: <https://www.cebm.net/covid-19/hand-disinfectant-and-covid-19/>
- 21) SDCEP Management of Acute Dental Problems During COVID-19 Pandemic. 30 March 2020. Available at <http://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/SDCEP-MADP-COVID-19-guide-300320.pdf>
- 22) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019. Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with coronavirus disease (COVID-19). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>
- 23) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019. Cleaning and disinfecting your home. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/disinfecting-your-home.html>
- 24) Hartmann-Boyce J, Mahtani KR. Supporting people with long-term conditions (LTCs) during national emergencies, Centre for Evidence Based Medicine Oxford. March 25th 2020. Available at: <https://www.cebm.net/covid-19/supporting-people-with-long-term-conditions-ltcs-during-national-emergencies/>
- 25) Qu X, Zhou XD. [Psychological intervention in oral patients in novel coronavirus pneumonia outbreak period] *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2020 Feb 22;55(0):E003. Article in Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112144-20200213-00053. [Epub ahead of print]
- 26) Souza RFC, Costa PS, Costa LR. Dental sedation precautions and recommendations during Covid-19 pandemic. *Brazilian Journal of Dentistry*, 2020;77:e1788.
- 27) NICE National Institute for health Care Excellence, COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. 20th March 2020. www.nice.org.uk/guidance/ng159
- 28) Ryan F. It is not only coronavirus that risks infection our society – our prejudices do, too. *The Guardian*, 9th April 2020. www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/09/nice-guidelines-coronavirus-pandemic-disabled
- 29) Royal College of Surgeons of England, Recommendations for Special Care Dentistry during Covid-19 pandemic. April 2020. www.rcseng.ac.uk/dental-faculties/fds/coronavirus/
- 30) Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF et al. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. [Wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0885_article](http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0885_article)
- 31) European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 – first update. 8th April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
- 32) European Centre for Disease Prevention and Control. Using face masks in the community. 8th April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
- 33) Green K, Graziadio S, Turner P, Fanshawe T, Allen J. Molecular and antibody point-of-care tests to support the screening, diagnosis and monitoring of COVID-19. Centre for Evidence Based Medicine Oxford. April 7th 2020. <https://www.cebm.net/covid-19/>

- 34) European Centre for Disease Prevention and Control. Cloth masks and mask sterilisation as options in case of shortage of surgical masks and respirators. 26th March 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
- 35) European Centre for Disease Prevention and Control. Disinfection of environments in healthcare and non-healthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2. March 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
- 36) Yang Y, Zhou Y, Liu X, Tan J. Health service provision of 48 public tertiary dental hospitals during the COVID-19 epidemic in China. *Clinical Oral Investigations*, April 2020 doi.org/10.1007/s00784-020-03267-8.
- 37) Teller R, Li Y, Cowling BJ, Tang JW. Recognition of aerosol transmission of infectious agents: a commentary. *BMC Infectious Diseases* 2019, 19: 101 doi.org/10.1186/s12879-019-3707-y
- 38) Chan KH, Yuen KY. COVID-19 epidemic: disentangling the re-emerging controversy about medical facemasks from an epidemiological perspective. *International Journal of Epidemiology*, 2020, 1-4 doi:10.1093/ije/dyaa044
- 39) Yu J, Zhang T, Zhao D, Haapasalo M, Shen Y. Characteristics of endodontic emergencies during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Journal of Endodontics* in press June 2020. www.aae.org
- 40) Juvet LK, Laake I, Vestrheim DF. Epidemic case fatality rate COVID-19. Oslo: Norwegian Institute of Public Health. April 2020.
- 41) Brurberg K, Fretheim A. COVID-19: the relationship between age, comorbidity and disease severity – a rapid review. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, March 2020.
- 42) Flodgren GM. Immunity after SARS-CoV-2 infection. Rapid review. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, April 2020.
- 43) Brurberg K, Fretheim A. Aerosol generating procedures in healthcare and COVID-19. Rapid review. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, March 2020.



iADH Covid-19 Fact Sheet by IADH is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

*Authors: Denise Faulks and Alison Dougall, in collaboration with Suzanne Krämer, Blanaid Daly and Pedro Diz Dios.
Comments, corrections, additions are welcome: vicechair@iadh.org*

Traduction en langue française: Marie-Sophie Bogner et Caroline Eschevins



www.soss.fr