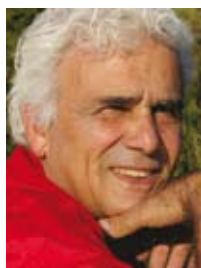


Surfaces, prévention et ergonomie



Dr Roland ZEITOUN

La présence de micro-organismes sur les surfaces représente un risque potentiel d'infection sur les lieux de soins. Les questions se posent dans notre pratique:

- Quel est le risque réel d'acquérir une infection liée à la contamination des surfaces ?
- Quelle est la fréquence et la gravité du risque ?
- Les facteurs susceptibles de le favoriser et d'en être responsables sont-ils connus ?
- Est-il possible de supprimer ce risque ou de le réduire ?
- Les mesures éventuellement proposées pour le contrôler sont-elles efficaces et acceptables ?

Certaines études ont démontré que la contamination de la chambre d'un patient infecté était suffisante pour être la cause de la contamination de gants du personnel (1). Mais il n'est pas déterminé si le nombre de cellules viables contaminant les mains du personnel après contact avec l'environne-

ment est suffisant pour aboutir à une transmission croisée.

Les surfaces sont contaminées soit par sédimentation des micro-organismes présents dans l'air, soit par contact (2). L'objectif de cet article est de visualiser les possibilités de contamination des surfaces par contacts manuels et d'en déduire des conclusions pratiques sur notre mode de travail, de prévention et d'organisation.

Il y a une vingtaine d'années, j'analysais ma pratique, en réalisant quelques films. Je fus surpris par le nombre de contacts manuels avec les surfaces environnantes, tiroirs, paillasse, petite table, unit etc. Habituellement, ces traces composées de salive, de sang, de pus, sont peu visibles. Je reportais donc ces traces à l'aide d'aquarelle rouge.

Au vu de ce constat, j'imaginai la gestuelle pour retirer, l'apex cassé lors d'une extraction dentaire. J'en reportais les traces colorées en rouge.

Ces photos (Fig. 1 à 14), présentées souvent lors de conférences, ont suscité une prise de conscience de l'importance de l'hygiène et l'ergonomie.



Fig. 1 : une fracture radiculaire au cours d'extraction



Fig. 2 : traçage au rouge carmin



Fig. 3 : Après extraction, côté paillasse



Fig. 4 : Côté unit



Fig. 5 : Manche de bistouri



Fig. 6 : Lame de bistouri



Fig. 7 : Incision sulculaire et incision de décharge



Fig. 8 : Décolleur - le lambeau est récliné



Fig. 9 : Contre angle chirurgical

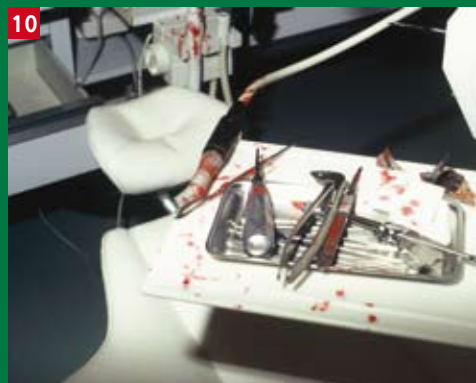


Fig. 10 : Ostéotomie. La racine extraite !



Fig. 11 : Fils de suture



Fig. 12 : Lambeau suturé



Fig. 13 : Fin de chirurgie, côté unit



Fig. 14 : Fin de chirurgie, côté paillasse

Deux films sur des travaux de prothèse furent édifiants. Outre les multiples contacts avec les surfaces environnantes, les gestes se distinguent. J'avais à deux reprises touché le masque, rajusté les lunettes et gratté mon front. Ils signent la constance des habitudes et l'importance du contrôle de la gestuelle (Fig. 15 et 16).

Certains virus vivant plus de 10 jours à l'air libre, mon exercice changea. Je constituais des cassettes pré-préparées, séquençées, de matériel stérilisable, spécifique au type d'acte envisagé. En premier, ce fut pour la chirurgie.

Ainsi, la cassette à extractions (Fig 17) se constitue de :

- ▶ Pince à suture ;
- ▶ Ciseau courbes ;
- ▶ Précelle droite de préhension ;
- ▶ Seringue à anesthésie ;
- ▶ Aiguilles d'anesthésie para apicale et à tronculaire dans leur emballage ;
- ▶ Compresses ;
- ▶ Sydesmotome courbe et droit ;
- ▶ Élévateurs droit ;
- ▶ Spatule à bouche coupante sur ses bords ;
- ▶ Décolleurs ;
- ▶ Curette ;
- ▶ Miroirs.

J'associais à la cassette, des dispositifs complémentaires parfois nécessaires : un calot, un champ de bouche, des sutures, un bistouri à usage unique, des gants de

chirurgie, un contre angle, un set de fraises chirurgicales, un tuyau d'aspiration et une canule métallique, cela stérilisé, sous sachet L'ensemble cassette et dispositifs complémentaires sont placés dans une boîte plastique (Fig. 17, 18, 19, 20).

Des ensembles similaires furent réalisés pour d'autres disciplines dentaires. Cette organisation limite la contamination de l'environnement, permet d'être plus précis et réduit le temps de traitement.

L'hygiène s'avère le meilleur moyen d'aborder l'ergonomie. Celle-ci n'est pas fondée sur des outils de performance, de gestion, des stratégies justifiées par la recherche de résultat, de performance, mais essentiellement sur une démarche qualité dont le premier moteur est la prévention des infections. Encore faut-il concevoir que la qualité de l'environnement professionnel n'est pas uniquement dépendant des moyens et des techniques de nettoyage, mais en premier lieu, de la maîtrise de la contamination de notre lieu d'exercice. ◆

Bibliographie

1. BOYCE et Coll. : Environmental contamination due to méthicillin-resistant Staphylococcus aureus possible infection control implications. Infect. Control Hosp Epidemiol ; 18 : 622-627. 1997
2. BERTROU A et coll., Relation entre contamination et environnement hospitalier. Hygiène, Vol.VIII, n°3, pp 143-146, 2000
3. RUTALA WA et Coll. : Bacterial contamination of keyboards : efficacy and functional impact of disinfectants 27(4) : 44-47. 2006



Fig. 15 : Contacts après traitement prothétique



Fig. 16 : Après un traitement prothétique



Fig. 17 : Cassette préparée chirurgie



Fig. 18 et 19 : Dispositifs complémentaires situés à proximité



Fig. 20 : Extraction



Fig. 21 : Hémostatique et sutures nécessaires avec pose d'un champ de bouche