

INFO-AGS

Janvier 2008

Volume 8 no 1

P. 3

Colloque AGS 2007
25 et 26 octobre

P. 7

Guide de prévention des infections;
La maladie de Creutzfeldt-Jacob
classique au Canada



En
plus +



Rapport annuel 2005-2006

PAGE 19

Procès-verbal de l'assemblée
générale annuelle des
membres de l'association
des gestionnaires en
stérilisation

PAGE 22

Des nouvelles du cégep
de Saint-Laurent

PAGE 24

Rapport du comité CSA
juillet / août 2008

PAGE 25

Une publication pour les gestionnaires en stérilisation

www.sterilisationags.com



La stérilisation et son processus

Nettoyage

Gamme complète de détergents et désinfectants à instruments

Préparation de l'emballage

Gamme complète de produits Steriking de Wipak

Programme de contrôle de la stérilisation de 3M

Contrôle de la charge

Précis et fiables, les indicateurs biologiques à lecture rapide Attest^{mc} vous permettent de libérer les charges en 1 ou 3 heures



Contrôle de l'équipement

Nouveau!

Le paquet-test Bowie-Dick de 3M ...
Le plus performant sur le marché



Contrôle des paquets

StériGage^{mc} ...
L'intégrateur dans une classe à part.



En collaboration avec 3M Canada

Service à la clientèle, Dismed

Téléphone: (514) 355-6988, sans frais 1-800-567-3219

Télécopieur: (514) 493-6608, sans frais : 1-800-882-6608

Courriel: sac@dismed.com

Mot de la présidente



Cher (e) s collègues,

Le colloque édition 2007, qui s'est déroulé les 25 et 26 octobre derniers fût un succès inespéré. La participation a été très grande; on parle de plus de 180 inscriptions et 38 kiosques, encore une fois du jamais vu.

La diversité et la qualité de nos conférences ont été grandement appréciées par les congressistes. Je crois que le domaine de la stérilisation prend de plus en plus sa place et le taux de participation de cette année au colloque le démontre bien.

La présence de représentants du Centre Provincial de Référence en Stérilisation et de l'Institut National de Santé Publique du Québec nous présentant le travail accompli depuis une année a, je crois, eu un effet motivant pour nous tous qui sommes habitués à œuvrer dans l'ombre. Il reste encore beaucoup à faire mais nous avançons dans la bonne direction. Nous n'avons qu'à regarder le chemin parcouru avec la formation qui se donne maintenant dans plus de 5 cégeps.

Le concours AGS Excellence 3M a fait, encore cette année, 10 heureux gagnants.

Nous en profitons pour remercier tous les conférenciers qui ont rendu cette journée si enrichissante. Je crois que nous avons répondu à plusieurs questions chez nos membres avec tous ces sujets si fervents d'actualité. Également, un merci tout spécial à mesdames Murielle Colette et Julie Sauvé qui travaillent bénévolement à cet événement depuis qu'elles sont à la retraite; ainsi qu'à madame Diane Simard qui a généreusement accepté d'animer cet événement. Nous voulons également signaler le travail de notre secrétaire Guylaine Denault qui nous aide souvent à nous rappeler les petits détails qui font que cet événement se déroule sans anicroches.

J'en profite également pour vous rappeler qu'il est temps de renouveler votre adhésion. Si vous n'êtes pas encore membre, il est temps de vous joindre à nous. Vous trouverez une fiche d'adhésion dans ce bulletin, si vous n'avez pas déjà reçu la vôtre par la poste. Vous remarquerez qu'encore cette année, les frais sont demeurés les mêmes. Mais attention, vous devez renouveler votre adhésion avant le 1^{er} juin 2008.

En attendant de vous revoir bientôt, le comité exécutif se joint à moi pour vous souhaiter une bonne et heureuse année 2008.

Johanne Dionne
Présidente de l'AGS

Conseil d'administration

Mme Johanne Dionne,
présidente

C.H.U.M., Hôtel-Dieu
(514) 890-8000 poste 15374

Mme Anne-Marie Rancourt,
CUSM-Hôpital Général de Montréal

(514) 934-1934 poste 43257

Mme Lucie Lefebvre,
trésorière

Hôpital Maisonneuve - Rosemont
(514) 252-3400 poste 5773

Mme Andrée Pelletier,
secrétaire

CHU-Mère-Enfant,
Hôpital Sainte-Justine
(514) 345-4931 poste 5047

Mme Luce Lafrenière,
directrice

C.H. Régional de Trois-Rivières
(819) 697-3333 poste 69805

Mme Nicole Major
CUSM-Hôpital Général de Montréal

(514) 934-1934 poste 34174

Mme Diane Lagacé,
directrice

CHUQ Hôtel-Dieu
(418) 525-4444
poste 15413 ou 16688

M. Gilles Brault, directeur
CHUM, Hôtel-Dieu

(514) 890-8128 poste 16815

Mme Lucie Roussy,
directrice CHUQ

(418) 525-4444 poste 47055

M. Jacques Arsenault, directeur
Hôtel-Dieu de Lévis

(418) 835-7121 poste 3475

Sommaire

<i>Colloque AGS 2007</i>	3
<i>Guide de prévention des infections; La maladie de Creutzfeldt-Jacob classique au Canada</i>	7
<i>Rapport annuel 2005-2006</i>	19
<i>Assemblée générale annuelle 2007</i>	21
<i>Procès-verbal de l'assemblée générale annuelle des membres de l'association des gestionnaires en stérilisation</i>	22
<i>Demande d'adhésion</i>	23
<i>Des nouvelles du cégep de Saint-Laurent</i>	24
<i>Rapport du comité CSA juillet / août 2008</i>	25
<i>Saviez-vous que?</i>	26

Colloque AGS 2007

25 et 26 octobre

STÉRILISATION IMPUTABILITÉ

Le conseil d'administration de l'Association des Gestionnaires en stérilisation a organisé un colloque à la fine pointe de l'actualité sur le thème de l'imputabilité. L'augmentation des inscriptions croît d'année en année, en effet la stérilisation se taille une place de plus en plus importante dans les établissements de santé. Ceci est dû en grande partie à une sensibilisation aux infections nosocomiales dans nos établissements.



L'endroit

Le centre ville de la Veille Capitale est toujours un lieu prisé par les membres de l'association. Loews Le Concorde a su nous recevoir avec tout son confort et son atmosphère chaleureuse.

Les conférences

Madame Marie-Andrée Taillon-Gagnon nous rappelle le mandat que le CPRS a reçu du MSSS. Elle nous a également fait part des demandes sans cesse croissantes reçues des membres du milieu. Des lignes directrices au sujet de l'endoscopie ont également été rédigées.



Les conférences



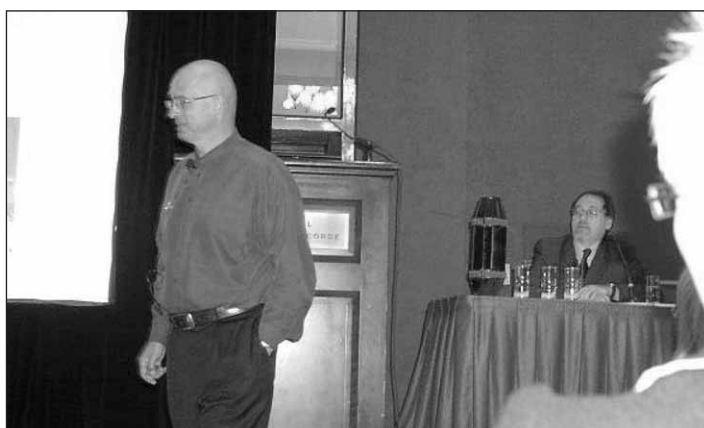
Le Dr Richard Côté de l'INSPQ et madame Johanne Roy du CPRS nous ont présenté leurs préoccupations et leurs démarches au sujet de la stérilisation des dispositifs médicaux.



La Dre Sylvie Dufresne et madame France Frenette nous ont expliqué la vérification de la compatibilité des instruments médicaux avec la stérilisation à l'Ozone.



Madame Johanne Dionne, présidente de l'AGS a remis les pendules à l'heure de façon claire et bien imagée en ce qui concerne la stérilisation d'urgence dans les établissements de santé.



Le Dr Richard Marchand, notre microbiologiste ressource, et monsieur Raymond Lach ont continué d'améliorer nos connaissances et notre compréhension, au sujet de l'eau et de la vapeur.



Madame Claudelle Gosselin nous a expliqué les subtilités à considérer dans l'imputabilité que nous avons lorsque nous empruntons ou louons des dispositifs médicaux.



Pour terminer Monsieur Carol Alain nous a sensibilisés au travail d'équipe «dynamique» et «humain. Que de réflexions et de rires suite à cette conférence. Le travail d'équipe est primordial pour les années à venir. Les équipes de travail seront multidisciplinaires et l'inter génération nous amènera à nous positionner pour travailler en équipe.



M. Marc Jacquin nous informait de l'intention du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé de créer une accréditation spécifique pour les services de stérilisation dès l'an prochain.



CEGEP St-Laurent

M. Patrick Caron nous avisait que son établissement a élargi la formation d'AEC pour les préposés à la stérilisation dans d'autres établissements d'enseignement, soit : St-Jérôme, Thetford-Mines, Lévis-Lauzon et Chicoutimi (22 nov).

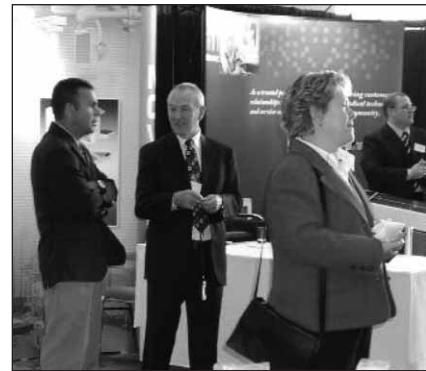
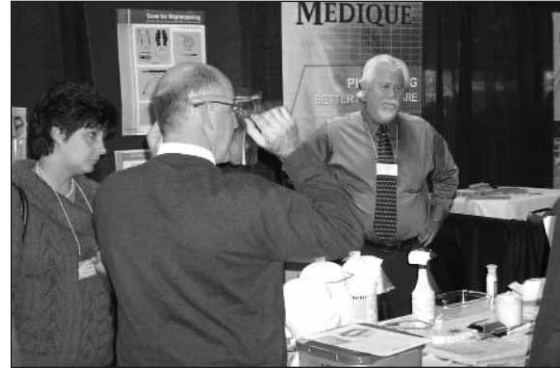


Concours 3M

C'est toujours un moment du colloque très apprécié des membres tant pour son contenu qui est animé par la présidente de l'AGS que par les dix prix de \$100.00 qui sont offerts par la compagnie 3M.

Les kiosques

À chaque année de plus en plus de compagnies sont présentes à notre colloque. Le personnel de chacune d'entre elles se fait un devoir de nous présenter la technologie de pointe dans le domaine de la stérilisation.



En résumé

Après un tel colloque qui nous a sensibilisés sur l'importance d'être imputables de nos décisions au quotidien, nous devons mettre en application toute cette information reçue. Nous avons des personnes ressources qui peuvent nous aider dans des situations que nous avons à gérer dans notre réseau de santé.

En attendant, disons-nous à notre prochain rendez-vous qui aura lieu les 9 & 10 octobre 2008 à l'Hôtel Mortagne de Boucherville.

Josette Forest & Diane Lagacé

Guide de prévention des infections;

La maladie de Creutzfeldt-Jacob classique au Canada

Santé Canada. Volume 28S5. Novembre 2002

Transmission de la MCJ

A. Aperçu

La MCJ a été reconnue comme une maladie transmissible au milieu des années 60, lorsqu'on a démontré que le kuru (une EST - encéphalopathies spongiformes transmissibles - humaine touchant les Fores de la Papouasie-Nouvelle-Guinée) était transmissible et qu'on a transmis expérimentalement la MCJ à des chimpanzés. On pense que la MCJ et d'autres EST humaines ne seraient pas transmissibles par des contacts interpersonnels ni par voie aérienne/respiratoire. La maladie peut toutefois être transmise durant des interventions médicales effractives. En date de juillet 2000, 267 cas documentés de transmission de la MCJ entre humains ont été enregistrés dans le

monde depuis le premier rapport de cas en 1974, et de nouveaux cas continuent d'être recensés.

La transmission interhumaine de la MCJ a été démontrée dans trois circonstances greffe de tissus du système nerveux central (SNC), utilisation d'instruments contaminés durant une intervention neurologique ou neurochirurgicale, et administration par voie périphérique d'extraits hypophysaires humains. Les voies iatrogènes connues de transmission de la MCJ sont résumées au tableau 1. Les contacts sociaux et cliniques normaux avec des patients atteints de la MCJ ainsi que des investigations cliniques non effractives (radiographies) chez ces patients ne présentent pas de risque pour les travailleurs de la santé, les proches ou la collectivité.

Tableau 1: Causes iatrogènes connues de la MCJ (juillet 2000)

Mode de transmission	Nombre de patients	Exemples
Greffe de tissus Greffe de cornée Greffe de dure-mère	3 114	Greffe de cornée d'une personne à l'autre ou greffe de dure-mère provenant de personnes infectées, y compris deux cas après une embolisation avec la dure-mère
Instruments contaminés Neurochirurgie EEG stéréotaxique	5 2	Utilisation d'instruments neurochirurgicaux ou d'électrodes stéréotaxiques profondes contaminés par des tissus cérébraux lors d'une intervention antérieure sur une personne infectée et nettoyés ou stérilisés de façon inadéquate.
Transfert d'extraits tissulaires Hormone de croissance Gonadotrophine	139 4	Injections périphériques d'hormone de croissance provenant de cadavres ou de gonadotrophine hypophysaire humaine pour le traitement de troubles endocriniens

Nota : Aucune autre voie de transmission interpersonnelle n'a été démontrée.

Tableau 2 : Risque de MCJ associé au patient

Patient à risque élevé	Patient à risque*
<p>MCJ diagnostiquée**</p> <p>MCJ présumée** : maladie neurologique progressive non diagnostiquée, inhabituelle, compatible avec la MCJ** (p. ex., démence, myoclonie, ataxie, etc.)</p>	<p>Seulement dans les situations où il pourrait y avoir une exposition à des tissus à fort potentiel infectieux, y compris le LCR (voir le tableau 3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receveurs d'une greffe de dure-mère†, d'une greffe de cornée§ et d'hormones hypophysaires humaines • Membres de familles où l'on relève des formes familiales de MCJ, de SGSS et d'IFF

* L'incidence de la MCJ au Canada n'est pas suffisante pour qu'on classe les gens qui ont subi des interventions neurochirurgicales parmi les patients à risque.

** Toutes les formes de MCJ classique (sporadique, familiale et iatrogène), de SGSS et d'IFF, à l'exclusion de la variante de la MCJ.

† Les receveurs de greffe de dure-mère ne savent pas souvent qu'ils ont reçu un tel greffon.

§ On considère que les greffes de cornée faites dans une province où l'on exige que le donneur subisse une évaluation neurologique ne présentent pas de risque de MCJ.

Les formes familiales de MCJ, de SGSS et d'IFF peuvent être détectées par des tests génétiques ou par la présence de deux ou plusieurs cas de MCJ, de SGSS ou d'IFF dans la famille (parent, enfant, frère ou soeur).

Tableau 3 : Risque de MCJ associé aux tissus

Patient à risque élevé	Patient à risque*
Fort potentiel infectieux	Cerveau, moelle épinière, dure-mère, hypophyse, oeil* (y compris le nerf optique et la rétine)
Faible potentiel infectieux	LCR**, rein, foie, poumon, ganglions lymphatiques, rate, placenta(88)
Potentiel infectieux non détecté	Tissu adipeux, peau, surrénales, muscle cardiaque, intestin, nerfs périphériques, prostate, muscles du squelette, testicules, thyroïde, fèces, lait, sécrétions nasales, salive, épanchements séreux, sueur, larmes, urine, sang, moelle osseuse, sperme

B. Gestion de l'équipement et des surfaces de l'environnement **Incinération ou décontamination**

La méthode recommandée pour décontaminer les instruments ou le matériel qui sont venus en contact avec des tissus très infectieux de patients atteints de la MCJ varie selon les pays. Les recommandations les plus strictes ont été formulées par l'OMS, l'Australie et le R.-U., qui préconisent l'incinération pour les instruments exposés à du tissu à fort potentiel infectieux. Rutala et

Weber ont recommandé le passage à l'autoclave plutôt que l'incinération.

L'agent de la MCJ est extrêmement robuste et résiste aux méthodes de décontamination courantes, comme tous les agents responsables d'EST. Bon nombre des données existantes sur la décontamination proviennent d'études sur la tremblante et d'autres EST chez des populations animales. Le modèle le mieux défini est celui de la tremblante chez la souris ou le hamster, qui a été utilisé à maintes reprises dans les études visant à établir des méthodes d'inactivation pra-

tiques. Au nombre des paramètres spécifiques étudiés figurent les degrés d'infectivité après l'exposition à des produits chimiques donnés, les plages de température pour l'inactivation de l'agent par passage à l'autoclave et des comparaisons entre la stérilisation à l'autoclave à vapeur à vide partiel (charge poreuse) et l'autoclave à déplacement par gravité. Les études ont donné des résultats contradictoires. Les résultats ne concordent pas en ce qui concerne les méthodes de décontamination, notamment l'efficacité des divers agents chimiques utilisés, le degré d'infectivité au point de départ et la quantité de tissu de l'hôte présent. Des chercheurs ont conclu que même si les méthodes thermiques et chimiques de décontamination réussissent à éliminer la majeure partie du potentiel infectieux, de petites sous-populations réfractaires survivent, mais il est possible que dans certaines études sur la décontamination, la période d'observation de ces populations n'ait pas été assez longue. Les limites des études et les données conflictuelles rendent difficile l'extrapolation de ces résultats aux soins destinés aux humains. Certaines méthodes expérimentales peuvent ne pas s'appliquer aux humains :

- Des méthodes non normalisées utilisées pour divers tissus et diverses souches d'agents responsables d'EST ont été choisies pour les expériences (p. ex., cerveau intact, tissus cérébraux macérés séchés ou homogénats de cerveaux).
- Certaines des souches utilisées sont plus thermostables que d'autres.
- Des échantillons de diverses tailles dont le degré d'infectivité variait ont été utilisés.
- Dans diverses études sur la décontamination, les instruments avaient été contaminés par des inoculums importants et des matières organiques et n'avaient pas été nettoyés avant d'être décontaminés.
- La quantité de tissu utilisée était souvent supérieure au degré de biocontamination que l'on trouve normalement sur les instruments chirurgicaux parce qu'il est difficile et extrêmement coûteux d'effectuer des études portant sur une faible biocontamination.

Le processus d'incinération ou de décontamination pour la MCJ doit être suivi dans tous les cas lorsque les instruments sont exposés à des tissus à fort ou faible potentiel infectieux d'un patient à risque élevé ou à des tissus à fort potentiel infectieux et au LCR d'un patient à risque.

Comme l'instrument détruit ne peut être réutilisé, l'incinération constitue la méthode la plus sûre et la moins problématique d'élimination du risque de transmission de prions par des instruments chirurgicaux. Il n'a pas été démontré de façon définitive que l'une ou l'autre des méthodes de décontamination était efficace à 100 % contre les prions. Pour s'assurer que l'incinérateur fonctionne et est entretenu adéquatement, il faut suivre les recommandations du fabricant. L'incinération est un procédé qui transforme des matières combustibles en cendres incombustibles et réduit leur volume de 90 % ou leur masse de 75 %. Les gaz dégagés par la combustion sont relâchés dans l'atmosphère et les résidus de traitement peuvent être enfouis dans une décharge. Il convient de consulter des responsables de la gestion des déchets pour obtenir des conseils sur l'incinération.

Il est fortement recommandé d'incinérer les instruments réutilisables qui sont venus en contact avec des tissus à fort potentiel infectieux provenant d'un patient à risque élevé ou à risque (voir les figures 1 et 2). Si l'incinération est impossible ou peu pratique (p. ex., plans de travail ou instruments et appareils qui, selon l'établissement, devaient être réutilisés), les participants à la consultation de l'OMS indiquent que l'usage combiné de méthodes de décontamination chimique ou de stérilisation pour la MCJ qui figurent au tableau 6 devrait éliminer une bonne part, et peut-être la totalité, du potentiel infectieux dans le plus grand éventail de situations. Jusqu'à ce que des études aient été publiées sur le risque précis associé à la réutilisation d'instruments décontaminés, les décideurs sont invités à adopter les méthodes de traitement les plus strictes possibles pour la MCJ.

Planification préliminaire

Une bonne planification préliminaire permet d'éviter de devoir incinérer des instruments chirurgicaux coûteux et délicats ou encore de

devoir les désinfecter avec des combinaisons très puissantes de produits chimiques et de vapeur.

Lorsqu'on prévoit pratiquer une intervention chirurgicale sur des tissus à fort ou faible potentiel infectieux chez un patient à risque élevé, il y aurait lieu d'utiliser dans la mesure du possible du matériel jetable. Si ce type de matériel n'est pas disponible, il est recommandé d'employer du matériel moins récent qui arrive à la fin de sa vie utile afin de réduire les coûts associés à la destruction ou au remplacement des instruments (voir le tableau 4). Dans le cas du matériel coûteux qui est sensible à la chaleur et aux liquides, il est également possible d'en protéger les éléments en les recouvrant de housses jetables temporaires (matériaux résistants aux liquides) durant une intervention chirurgicale. À cause du risque de fuites à travers la housse

jetable, il faut évaluer l'étanchéité de la housse avant de l'utiliser et inspecter le matériel après l'opération.

Une inspection détaillée de l'instrument doit être effectuée. On pourrait alors découvrir que celui-ci peut être démonté et qu'on peut séparer les parties sensibles à la chaleur des parties thermorésistantes. Il convient de communiquer avec le fabricant pour obtenir des renseignements précis sur le démontage et les méthodes de décontamination de l'instrument. Une fois qu'il a été complètement démonté et examiné à fond du point de vue des méthodes de décontamination, il peut s'avérer que diverses pièces toléreront la méthode de décontamination chimique la plus rigoureuse pour la MCJ qui est présentée au tableau 6, (2.1 ou 2.2). En suivant cette procédure (c.-à-d. inspection et démontage), on pourrait éviter d'avoir à incinérer certaines pièces.

Tableau 4 : Gestion de la prévention et de la lutte contre les infections en fonction du risque de MCJ

Évaluation du risque (voir les tableaux 2 et 3)	Gestion de la prévention (risque établi avant une intervention efficace)	Gestion du confinement (risque établi durant une intervention efficace)	Gestion des incidents (risque établi après une intervention efficace)
<p>Patient à risque élevé</p> <p>Intervention entraînant un contact avec des tissus dont le potentiel infectieux est fort ou faible</p> <p>Ou</p> <p>Patient à risque –</p> <p>Intervention entraînant un contact avec des tissus à fort potentiel infectieux (y compris le LCR)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaborer et mettre en oeuvre les précautions pour la MCJ requises selon les services (p. ex., blocs opératoires, laboratoire, stérilisation centrale, etc.). (voir la partie C) 2. Offrir des programmes d'enseignement pour faire en sorte que le personnel reçoive une formation adéquate. 3. Aviser à l'avance le personnel compétent de l'admission d'un cas (p. ex., prévention et lutte anti-infectieuse). 4. Aviser à l'avance les divers services concernés (p. ex., blocs opératoires, laboratoire et stérilisation centrale). 5. Prévoir la chirurgie à la fin de la journée ouvrable. 6. Réduire au minimum le nombre de personnes qui prennent part à l'intervention. Veiller à ce que seules les personnes informées et formées participent. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en oeuvre immédiatement les précautions pour la MCJ (voir la partie C). 2. Obtenir et utiliser immédiatement des instruments jetables ou qui sont arrivés à la fin de leur vie utile. 3. Obtenir et utiliser immédiatement des fournitures et du matériel jetables pour les interventions efficaces. N'utiliser que le minimum d'articles nécessaires. 4. Réduire au minimum le nombre de personnes qui prennent part à l'intervention. Veiller à ce que seules des personnes qui ont reçu l'information et la formation nécessaires y prennent part. 5. Aviser le personnel concerné au besoin (p. ex., prévention et lutte anti-infectieuse, stérilisation centrale, entretien) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en oeuvre les précautions pour la MCJ requises (voir la partie C). 2. Aviser le personnel concerné (p. ex., administration, prévention et lutte anti-infectieuse, stérilisation centrale, bloc opératoire) afin d'organiser une réunion. 3. Identifier le matériel réutilisable exposé à des tissus à fort ou faible potentiel infectieux d'un patient à risque élevé ou à des tissus à fort potentiel infectieux d'un patient à risque (voir les tableaux 2 et 3 et les figures 1, 2 et 3). 4. Une inspection attentive d'une pièce complexe ou fragile d'un appareil réutilisable peut révéler que la pièce peut être démontée plus complètement que prévu. Diverses pièces de l'instrument peuvent tolérer le procédé de décontamination pour

Tableau 4 : suite

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Utiliser des fournitures et du matériel jetables. N'utiliser que le minimum nécessaire. 8. Si l'on ne peut employer du matériel jetable, utiliser uniquement des instruments non récents qui sont arrivés à la fin de leur vie utile pour la préparation et les interventions. 9. Suivre l'algorithme de gestion du matériel utilisé chez les patients à risque élevé ou à risque de MCJ (voir les figures 1, 2 et 3 et le tableau 6). 	<p>ménager, laboratoire, unité d'hospitalisation et administration).</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifier tout l'équipement réutilisable utilisé pour les soins au patient avant que le risque ne soit établi. 7. Suivre l'algorithme de gestion du matériel utilisé chez les patients à risque élevé ou à risque de MCJ (voir les figures 1, 2 et 3 et le tableau 6). 	<p>la MCJ sans être endommagées (tableau 6). En procédant de la sorte, on pourrait éviter de devoir incinérer beaucoup moins de pièces d'un instrument réutilisable. On peut communiquer avec le fabricant pour obtenir des conseils.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Suivre l'algorithme de gestion du matériel utilisé chez les patients à risque élevé ou à risque de MCJ (voir les figures 1, 2 et 3 et le tableau 6). 6. La décision d'informer ou non les patients exposés dépendra de la politique de l'hôpital.
<p>Patient à risque élevé - Intervention entraînant un contact avec des tissus dont le potentiel infectieux n'est pas détecté.</p> <p>ou</p> <p>Patient à risque Intervention entraînant un contact avec des tissus dont le potentiel infectieux est faible (à l'exclusion du LCR) ou non détecté.</p>	<p>Les précautions pour la MCJ ne sont pas requises. Les méthodes de nettoyage et de stérilisation courantes sont suffisantes.</p>		

Mise en quarantaine des instruments

Dans le cas des instruments réutilisables employés chez des cas suspects mais non confirmés de MCJ, la mise en quarantaine des instruments pourrait être une solution de rechange à l'incinération ou à la décontamination à l'autoclave ou au moyen de produits chimiques puissants. Si un établissement peut mettre en quarantaine de façon sûre les instruments jusqu'à ce qu'un diagnostic soit confirmé, on évitera ainsi de détruire inutilement des instruments réutilisables s'il est établi par la suite que les cas présumés ne sont pas atteints de la MCJ.

Avant de mettre les instruments en quarantaine, il faut les nettoyer à fond, les garder humides, les conserver dans un contenant

non perforable, portant la date et l'inscription «danger biologique». L'établissement devrait mettre en place un processus de surveillance pour s'assurer que les instruments en quarantaine ne seront pas remis en circulation accidentellement. Si l'on parvient à exclure le diagnostic de MCJ, on peut remettre les instruments en circulation en toute sécurité après un deuxième nettoyage soigneux et le processus approprié de stérilisation/désinfection.

La mise en quarantaine des instruments qui ont été exposés à des tissus à fort potentiel infectieux d'un patient à risque peut ne pas être une option réaliste du fait que la période d'incubation peut être très longue (des années).

Matériel qui ne peut être immergé

Si l'instrument réutilisable ne peut être totalement immergé dans le désinfectant chimique, il doit être incinéré.

Lorsqu'il faut utiliser un appareil coûteux qui est sensible aux produits chimiques et/ou à la chaleur et qui ne peut être immergé dans une solution désinfectante, il faut recouvrir l'appareil en l'enveloppant ou en le scellant dans un matériau jetable (p. ex., matériaux résistants aux liquides). Après l'intervention, il faut incinérer les housses et les pièces qui ne pouvaient être enveloppées (p. ex., trépan).

Décontamination

Phase de nettoyage

Le nettoyage est une étape extrêmement importante de la décontamination des instruments et du matériel et il permet d'assurer l'efficacité maximale des traitements chimiques ou à l'autoclave subséquents. Des recherches récentes donnent à penser que les instruments qui ne sont pas nettoyés adéquatement avant de subir un traitement chimique ou de passer à l'autoclave pourraient toujours héberger l'agent responsable de la MCJ au centre des tissus ou du liquide qui restent sur les instruments. On croit que les produits chimiques ou l'autoclavage pourrait sceller la couche extérieure de tissus qui demeure sur l'instrument, ce qui a pour effet de protéger l'agent de la MCJ au centre de ces particules. Un nettoyage efficace permet de déloger physiquement un grand nombre de ces micro-organismes et ainsi une grande partie de la biocontamination est éliminée avant le cycle de stérilisation.

Si l'on a recours au nettoyage manuel, il faut prendre bien soin d'éviter toute exposition à des solutions de nettoyage contaminées, p. ex., pulvérisations, éclaboussures et blessures par perforation. Si l'on a recours à un laveur automatisé, une fois le processus automatique terminé, le laveur devrait fonctionner à vide pendant un cycle avant d'être réutilisé.

Les surfaces de tous les instruments qui doivent être réutilisés doivent être nettoyées avant la décontamination chimique ou thermique. Si l'instrument a été désinfecté ou stérilisé et qu'il héberge encore des matières visibles, il faut l'incinérer (les tissus séchés ou cuits protégeront l'agent de la MCJ de la destruction). L'instrument ne devrait pas

repasser par le processus de décontamination pour la MCJ.

Phase de décontamination chimique

La décontamination chimique consiste en l'utilisation d'un des deux désinfectants suivants, l'hypochlorite de sodium ou l'hydroxyde de sodium, qui se sont révélés efficaces pour réduire l'infectivité des prions. Dans une étude, on a découvert de façon inattendue et sans pouvoir l'expliquer que l'exposition pendant 2 heures à l'hydroxyde de sodium (NaOH) était moins efficace contre les agents de l'ESB et de la tremblante que des expositions de 30 ou de 60 minutes. Les deux produits chimiques sont irritants pour les muqueuses et la peau; les travailleurs de la santé doivent donc prendre des précautions pour se protéger. Si ces produits sont utilisés comme méthode de décontamination dans le cas de la MCJ, ils doivent être éliminés conformément à la réglementation provinciale.

Les travailleurs de la santé devraient revoir les fiches signalétiques (FS) avant de travailler avec ces produits chimiques.

a) Hydroxyde de sodium (NaOH) ou soude caustique

L'hydroxyde de sodium est moins corrosif pour les métaux et les tissus que l'hypochlorite de sodium, mais l'on ne peut prévoir à l'avance l'effet qu'il aura sur un instrument en particulier. Il est corrosif pour le verre et l'aluminium. Les solutions de NaOH 1N devraient être préparées au fur et à mesure avant chaque utilisation soit à partir de NaOH sec soit par dilution de solutions-mères de NaOH 10N. À température ambiante, le NaOH est caustique pour la peau et les vêtements, mais son action est relativement lente et on peut l'enlever de la peau et des vêtements par un bon rinçage à l'eau. Lorsqu'il est chaud, le NaOH est extrêmement caustique et on devrait toujours attendre qu'il ait refroidi (température de la pièce) pour le manipuler.

b) Hypochlorite de sodium (solution de NaOCl ou eau de Javel)

L'hypochlorite de sodium est un produit extrêmement corrosif pour la plupart des métaux et des tissus, il fait rouiller les instruments chirurgicaux et les tables en acier et fait craquer les enveloppes de matelas. Son efficacité dépend de la concentration de

chlore actif et il devrait être dilué pour donner une concentration finale de 20 000 ppm de chlore actif pour la décontamination en cas de MCJ. Il importe de se rappeler qu'il faut garder les solutions-mères concentrées dans des contenants hermétiquement fermés afin d'éviter la perte de chlore due à un contact avec la lumière et qu'il faut préparer les solutions d'hypochlorite de sodium au fur et à mesure avant chaque usage. L'hypochlorite de sodium ne peut être utilisé pour baigner un instrument dans un stérilisateur.

Phase de traitement thermique/ stérilisation

La stérilisation rapide et la stérilisation standard à la vapeur ne permettent pas de détruire l'agent de la MCJ et ne doivent jamais être envisagées comme méthodes de décontamination des instruments réutilisables exposés à l'agent de la MCJ.

Les autoclaves à déplacement par gravité et les autoclaves à vapeur à vide partiel (charge poreuse) ont fait l'objet de tests à des températures et pour des durées de cycle total différentes. Les résultats sont toutefois contradictoires: certaines études font état d'une inactivation complète du prion avec l'autoclave à déplacement par gravité et l'autoclave à vapeur à vide partiel, alors que d'autres indiquent que l'inactivation était incomplète avec les autoclaves à vapeur à vide partiel et à déplacement par gravité.

Certains experts recommandent de ne pas utiliser les autoclaves à déplacement par gravité, tandis que d'autres signalent simple-

ment que ceux-ci sont moins efficaces que les autoclaves à vapeur à vide partiel pour la décontamination dans le cas de la MCJ.

Il n'existe aucun indicateur biologique qui permette de confirmer que la décontamination pour la MCJ a réussi. On se sert d'indicateurs biologiques pour surveiller les cycles de stérilisation à la vapeur par gravité et sous vide partiel afin de déterminer si le cycle sélectionné est capable de tuer les spores bactériennes, considérées comme les microorganismes les plus résistants dans le cas de cette méthode. Les indicateurs biologiques qui contiennent des spores n'indiqueront pas cependant si les prions ont été détruits.

Méthodes combinées

Des études ont montré qu'il était possible d'éliminer complètement le potentiel infectieux en faisant suivre le traitement au NaOH par une stérilisation à la vapeur dans des autoclaves à déplacement par gravité.

Méthodes de décontamination inefficaces ou partiellement efficaces pour la MCJ

Le tableau 5 présente une liste de désinfectants et de méthodes de stérilisation qui sont classés selon leur capacité de réduire le potentiel infectieux. L'efficacité dépendra de la formulation du produit, des conditions d'essai, des mesures de contrôle du procédé et de la présence ou de l'absence de dépôts organiques ou inorganiques. Il importe de noter qu'après un traitement au formol, l'agent de la MCJ devient résistant aux méthodes de décontamination qui autrement auraient été efficaces.

Tableau 5: Méthodes de traitement inefficaces ou partiellement efficaces pour la MCJ^(*)

Désinfectants chimiques	Stérilisation
<p>Inefficaces*</p> <p>alcool, ammoniaque, B-propiolactone, formol, acide chlorhydrique, peroxyde d'hydrogène, acide peracétique, composés phénoliques, formaldéhyde, dodécylsulfate de sodium (SDS) (5%)</p> <p>Inégalement ou partiellement efficaces</p> <p>bioxyde de chlore, iodophores, glutaraldéhyde, urée (6M), thiocyanate de guanidine (4M), dichloroisocyanurate de sodium, périodate de sodium</p>	<p>Inefficaces</p> <p>stérilisation rapide ou standard à l'autoclave, oxyde d'éthylène, chaleur sèche (< 300°C), ionisation, rayonnements ultraviolets ou micro-ondes, formaldéhyde, ébullition</p> <p>Inégalement ou partiellement efficaces</p> <p>passage à l'autoclave à 121°C pendant > 15 minutes, SDS, ébullition dans 3% de dodécyl de sodium</p>

* Certains de ces produits chimiques peuvent avoir un léger effet sur l'infectivité des agents des EST, mais ils ne conviennent pas à la désinfection.

A. Recommandations

Recommandations concernant les méthodes de décontamination dans le cas de la MCJ

Le tableau 6 présente les méthodes recommandées de décontamination pour la MCJ qui ont été adaptées des lignes directrices de l'OMS pour la lutte contre les encéphalopathies spongiformes transmissibles formulées lors d'une consultation tenue à Genève, en Suisse, du 23 au 26 mars 1999. À cause des difficultés associées au bain d'hydroxyde de sodium (NaOH) dans un autoclave, la méthode combinée n'a pas été incluse dans ces recommandations.

Tableau 6

Méthodes de décontamination pour la MCJ

Ces recommandations sont fondées sur les meilleures données disponibles actuellement et sont présentées par ordre décroissant d'efficacité. Elles doivent être suivies, sans exception, en cas d'exposition à des tissus à fort et à faible potentiel infectieux provenant d'un patient à risque élevé et à des tissus à fort potentiel infectieux et au LCR provenant d'un patient à risque (voir les tableaux 2 et 3). NOTA: Si l'instrument ou la surface ne peuvent être immergés ou recouverts totalement de désinfectant chimique, il faut incinérer l'article.

1. Incinération: Utiliser pour tous les instruments, les effluents et les déchets solides.
2. Décontamination des instruments pour les instruments réutilisables résistants à la chaleur qu'un établissement ne veut pas ou ne peut pas incinérer.
 - 2.1 Nettoyage: Il faut éliminer les particules adhérentes par un nettoyage mécanique ou manuel avant la désinfection chimique ou à l'autoclave des instruments. Il faut empêcher les instruments et les autres articles réutilisables qui doivent être décontaminés de sécher entre le moment où ils sont exposés à des matières infectieuses et leur décontamination subséquente.
 - 2.2 Immerger ensuite les instruments dans une solution de hydroxyde de sodium (NaOH)1N ou d'hypochlorite de sodium* pendant 1 heure, les retirer de la solution chimique, bien les rincer, puis les immer-

ger dans l'eau, les placer dans un autoclave en choisissant le cycle liquide et chauffer à 121°C pendant 1 heure.

- 2.3 Ou encore il faut immerger les instruments dans une solution de NaOH 1N ou d'hypochlorite de sodium* pendant 1 heure, les retirer de la solution chimique, les rincer à fond dans l'eau, puis les transférer dans un bac ouvert, les placer dans un autoclave à vide partiel et les chauffer à 134°C pendant 1 heure ou à 121°C dans un autoclave à déplacement par gravité pendant 1 heure.

3. Décontamination des surfaces dures

3.1 Enlever la saleté visible.

- 3.2 Recouvrir d'une solution de NaOH 2N ou d'hypochlorite de sodium non dilué, laisser reposer pendant 1 heure, puis éponger et rincer à l'eau.

- 3.3 Ou si les surfaces ne peuvent tolérer la solution de NaOH ou d'hypochlorite de sodium non dilué, un nettoyage à fond permettra d'enlever par dilution la plupart du potentiel infectieux et l'utilisation de l'une ou l'autre des méthodes partiellement efficaces énumérées au tableau 5 peut également aider.

4. Décontamination chimique ou à l'autoclave des articles secs

- 4.1 Les petits articles secs qui peuvent résister à une exposition à du NaOH ou à de l'hypochlorite de sodium devraient d'abord être immergés dans l'une ou l'autre solution (décrite en 2.3 ci-dessus) puis être chauffés dans un autoclave à vide partiel à une température de 134°C pendant 1 heure.

- 4.2 Les articles secs volumineux ou de toute taille qui ne peuvent résister à une exposition à du NaOH ou à de l'hypochlorite de sodium devraient être chauffés dans un autoclave à vide partiel à une température de 134°C pendant 1 heure.

**20 000 ppm de chlore disponible*

Nota : Le tableau 6 recommande que, dans la mesure du possible, deux méthodes différentes ou plus d'inactivation des prions soient employées l'une à la suite de l'autre pour la décontamination.

NaOH (ou soude caustique) :

Bien connaître les lignes directrices en matière de sécurité et le suivre lorsqu'on travaille avec du NaOH). Une solution de NaOH 1N consiste en 40 g de NaOH dans un litre d'eau. Cette solution réagit immédiatement avec le CO₂ dans l'air pour former des carbonates qui neutralisent le NaOH et diminuent ses propriétés désinfectantes. Des solutions de NaOH 10N n'absorbent pas le CO₂; les solutions de travail de NaOH 1N devraient donc être préparées au fur et à mesure avant chaque usage soit à partir de pastilles solides de NaOH ou en diluant une solution-mère de NaOH 10N(1). Le NaOH devrait se dissoudre si l'on ajoute soigneusement les pastilles. L'ajout de pastilles à l'eau peut occasionner des éclaboussures, entraînant un risque de lésion pour la personne qui prépare la solution. À ne pas utiliser sur de l'aluminium.

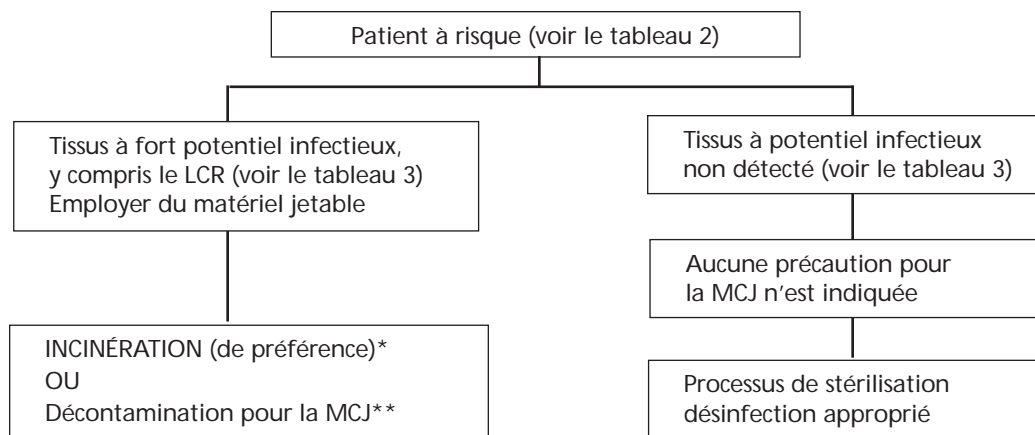
Hypochlorite de sodium (eau de Javel) : Il faut bien connaître les lignes directrices en matière de sécurité et les suivre lorsqu'on doit travailler avec de l'hypochlorite de sodium. L'eau de Javel pour usage domestique ou industriel est vendue à différentes concentrations, de sorte qu'on ne peut pas préciser la dilution standard. Son efficacité dépend de la concentration de chlore actif, celle-ci devant être de 20 000 ppm. Une formulation commerciale courante consiste en

une solution d'eau de Javel à 5,25% contenant 52 500 ppm de chlore actif. Les solutions devraient être préparées au fur et à mesure avant chaque utilisation.

Les instruments ou les parties d'instruments réutilisables qu'un établissement ne veut pas ou ne peut pas incinérer doivent être reconditionnés et subir l'un des procédés de décontamination pour la MCJ énumérés au tableau 6. Ils devraient ensuite repasser l'étape de décontamination appropriée employée pour tous les instruments réutilisables (c.-à-d. nouveau nettoyage, inspection, vérification du fonctionnement, emballage et désinfection ou stérilisation avant de pouvoir être utilisés chez un autre patient).

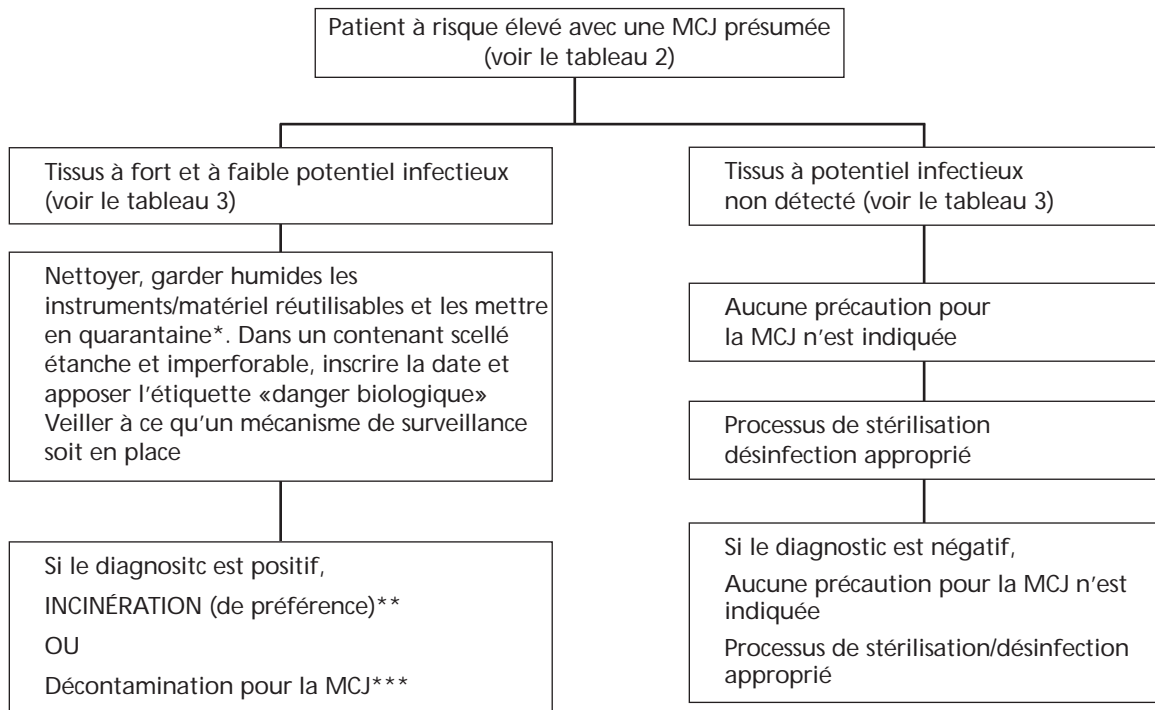
Les indicateurs biologiques ne révéleront pas si les prions ont été détruits. On se sert d'indicateurs biologiques pour surveiller les cycles de stérilisation à la vapeur par gravité et sous vide partiel afin de déterminer si le cycle choisi est capable de tuer les spores bactériennes, considérées comme les micro-organismes les plus résistants que l'on connaisse pour le procédé. Les indicateurs biologiques qui renferment des spores bactériennes ne révéleront pas cependant si les prions ont été détruits. Les figures 1, 2 et 3 présentent des algorithmes pour la prise en charge des instruments et du matériel utilisés chez des patients à risque élevé ou à risque.

Figure 1 : Algorithme de gestion des instruments et du matériel utilisés pour le soin d'un patient à risque élevé avec une MCJ diagnostiquée. (Employer des instruments et du matériel jetables dans la mesure du possible.)



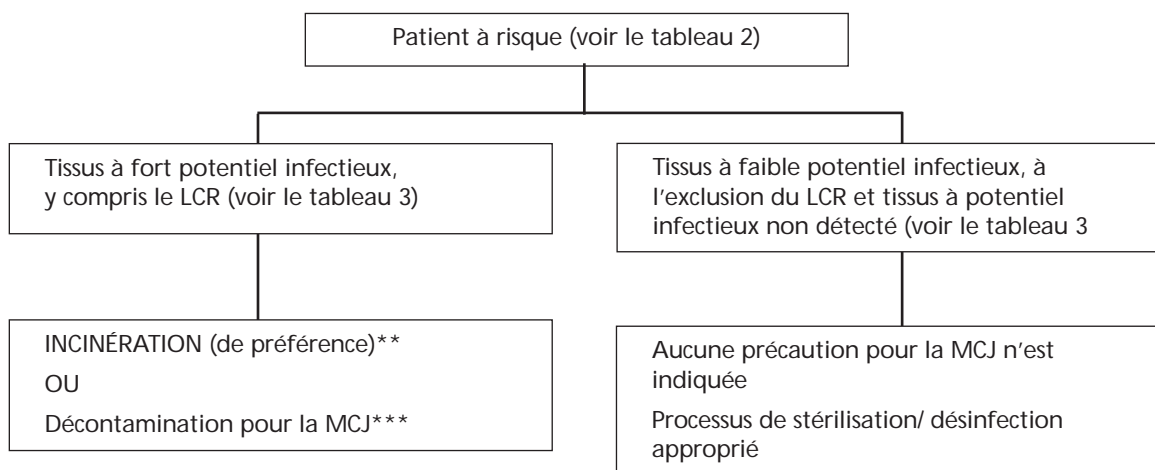
NOTA : * Les instruments complexes, p. ex., les fibroscopes (endoscopes), qui ne peuvent être décontaminés adéquatement à l'aide des méthodes de décontamination chimique/à l'autoclave indiquées au tableau 6, devraient être incinérés).
** Une évaluation critique devrait être effectuée en ce qui concerne le démontage des instruments et du matériel réutilisable).

Figure 2 : Algorithme de gestion des instruments et du matériel utilisés pour le soin d'un patient à risque élevé, avec une MCJ présumée. (Employer des instruments et du matériel jetables dans la mesure du possible.)



NOTA : * Les instruments complexes, p. ex., les fibroscopes (endoscopes), qui ne peuvent être décontaminés adéquatement à l'aide des méthodes de décontamination chimique/à l'autoclave indiquées au tableau 6, devraient être incinérés).
 ** Une évaluation critique devrait être effectuée en ce qui concerne le démontage des instruments et du matériel réutilisable).

Figure 3 : Algorithme de gestion des instruments et du matériel utilisés pour le soin d'un patient à risque avec une MCJ présumée. (Employer des instruments et du matériel jetables dans la mesure du possible pour le tissu à fort potentiel infectieux et le LCR.)



NOTA : * Les instruments complexes, p. ex., les fibroscopes (endoscopes), qui ne peuvent être décontaminés adéquatement à l'aide des méthodes de décontamination chimique/à l'autoclave indiquées au tableau 6 devraient être incinérés.
 ** Une évaluation critique devrait être effectuée en ce qui concerne le démontage des instruments et du matériel réutilisable).

Recommandations pour la prise en charge des patients à risque élevé ou à risque de MCJ dans les établissements de santé

Les pratiques courantes (recommandées dans le document Pratiques courantes et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé) sont suffisantes lorsqu'on dispense des soins à un patient à risque élevé ou à risque dans le cadre de contacts sociaux et cliniques normaux et d'investigations cliniques non effractives. Les précautions pour la MCJ s'appliquent au SGSS et à l'IFF. Elles sont recommandées pour les situations cliniques spécifiques décrites ci-dessous.

A. Administration

- a) L'admission d'un patient à risque élevé ou à risque de MCJ dans un établissement de santé ne devrait jamais et d'aucune manière être reportée, refusée ou découragée.
- b) On encourage fortement les décideurs à élaborer des politiques et des procédures pour la prévention et la lutte contre la MCJ, notamment pour l'évaluation du risque de MCJ chez les patients avant une intervention qui peut comporter une exposition à des tissus à fort ou à faible potentiel infectieux (voir les tableaux 2 et 3).
- c) Les décideurs devraient veiller à ce que les politiques et procédures soient élaborées en tenant compte de l'avis du personnel du programme de prévention des infections et de santé au travail.
- d) On encourage les décideurs à adopter les méthodes de décontamination les plus strictes possibles pour la MCJ, qui sont énumérées au tableau 6, jusqu'à ce qu'ils obtiennent plus d'information permettant de clarifier le risque associé à la réutilisation des instruments ou du matériel décontaminés qui ont été exposés à l'agent de la MCJ.
- e) L'administration devrait préciser qui a le pouvoir de décider si un instrument doit être incinéré, tout en reconnaissant que le personnel du programme de prévention des infections est peut-être le mieux en mesure de formuler une telle recommandation.

- f) Chaque établissement de santé devrait déterminer la façon dont il incinérera le matériel qui doit être incinéré.
- g) Chaque établissement de santé doit identifier un laboratoire à qui il peut transmettre des échantillons pour le diagnostic de la MCJ.
- h) On encourage fortement tous les établissements de santé à concevoir un système permettant de retracer les instruments et le matériel utilisés lors d'interventions neurochirurgicales, rachidiennes et ophtalmologiques faisant intervenir des tissus à fort potentiel infectieux et le LCR.

B. Notification

- a) C'est au médecin ou chirurgien traitant qu'il incombe de donner un préavis lorsqu'un patient à risque élevé ou à risque de MCJ est admis dans un établissement de santé (voir les tableaux 2 et 4).

Un préavis devrait être transmis au personnel suivant :

1. personnel de l'administration et du programme de prévention des infections lors de l'admission;
2. personnel des blocs opératoires, du service de pathologie, du laboratoire, du programme de prévention des infections et de la stérilisation centrale avant toute intervention médicale ou chirurgicale qui peut comporter une exposition à des tissus à fort ou à faible potentiel infectieux (voir le tableau 3);
3. toutes les unités de soins comme les unités de soins intensifs, les unités de soins intermédiaires et les unités de soins courants afin de permettre l'adoption de précautions pour la MCJ lorsqu'une exposition à des tissus à fort ou faible potentiel infectieux d'un patient à risque élevé ou à des tissus à fort potentiel infectieux et au LCR d'un patient à risque est possible (p. ex., usage d'un appareillage jetable pour le monitoring du SNC et pour les systèmes de drainage);
4. La morgue avant une autopsie.

b) Il incombe à l'établissement d'aviser les salons funéraires et les autres organisations qui auront éventuellement à manipuler des tissus à fort ou à faible potentiel infectieux d'un patient à risque élevé ou des tissus à fort potentiel infectieux et au LCR d'un patient à risque (p. ex., préparation des corps, épreuves de laboratoire).

c) Il faut aviser les patients à risque élevé ou à risque de MCJ ou les personnes qui en prennent soin qu'ils doivent aviser leur médecin, leur dentiste et les autres professionnels de la santé de leur état afin que ces derniers puissent prendre les précautions nécessaires pour la MCJ.

C. Soins courants

a) Les pratiques courantes s'appliquent à toutes les interventions de soins sauf les interventions effractives faisant intervenir des tissus à fort ou faible potentiel infectieux provenant d'un patient à risque élevé ou des tissus à fort potentiel infectieux et le LCR d'un patient à risque (voir les tableaux 1 et 2).

b) Il n'est pas nécessaire de placer le patient dans une chambre individuelle à des fins de prévention et de lutte contre les infections.

c) Il n'est pas nécessaire de prendre des précautions pour la MCJ dans le cas des ustensiles servant à l'alimentation, des sondes d'alimentation, des tubulures d'aspiration, des rasoirs ou des articles pour le soin de la peau ou des escarres. La contamination par des tissus ne comportant aucun potentiel infectieux détectable (voir le tableau 3) ne présente pas plus de danger que le tissu provenant d'autres patients.

d) Les pratiques courantes s'appliquent à la lingerie dans la plupart des situations. La lingerie (draps, linge utilisé dans la salle d'opération, équipement de protection individuelle) qui a été exposée aux tissus à fort ou faible potentiel infectieux d'un patient à risque élevé ou aux tissus à fort potentiel infectieux et au LCR d'un patient à risque (voir les tableaux 2 et 3) devrait être placée dans un contenant étanche scellé, portant l'étiquette «danger biologique» et être incinérée ou décontaminée à l'aide des méthodes pour la MCJ énumérées au tableau 6.

J'ai voulu vous extraire le plus pertinent pour notre milieu de travail, j'espère que cela va vous permettre de mettre à jour vos pratiques. Bon travail.

Rapport annuel 2005-2006

Site Internet

www.sterilisationags.com

Le site est toujours maintenu à jour par monsieur Robert Chenail. Le forum de discussion est toujours en fonction. Nous vous invitons à le visiter régulièrement et à échanger. Les membres de l'exécutif s'y rendent aussi régulièrement pour participer aux échanges.

Journal de l'Association

Le mandat de mesdames Marie-Andrée Taillon et Gisèle Côté a été renouvelé lors de l'assemblée générale annuelle 2006. Malheureusement, faute de temps, elles n'ont pu accomplir leur mandat. L'édition produite en janvier 2007 a été complétée par madame Johanne Dionne.

Le second numéro du volume 7 du journal de l'année 2007 n'a pu être publié en juin tel qu'il était prévu en raison de l'absence de madame Dionne.

La compagnie 3M Canada travaille encore en collaboration avec nous pour la traduction d'articles à mettre dans le journal.

La problématique de l'Info-AGS est à l'ordre du jour de cette assemblée.

Membres

L'Association offre toujours un tarif étudiant pour l'adhésion et pour l'inscription au colloque leur permettant ainsi d'avoir accès à cet événement annuel. Pour l'année 2007, l'Association compte à 144 membres, soit une augmentation de près de 26%. Rappelons que la date limite pour l'adhésion est toujours le 1er juin de chaque année.

Travaux du Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Un comité a été formé pour travailler avec l'Institut National de Santé Publique du

Québec afin de déterminer dans un premier temps les besoins en matière de formation au niveau des gestionnaires en stérilisation et pour, en deuxième lieu, s'assurer qu'il y ait de la formation continue dans les établissements. Madame Andrée Pelletier participe à ce comité. Plus de détails seront donnés lors de la présentation à ce colloque par Dr Richard J. Côté.

A.E.C. en stérilisation

Le cégep Saint-Laurent a fait des petits. En effet, une cohorte a débuté en janvier 2007 à Saint-Jérôme et à Thetford Mines. Une 4^e cohorte a débuté à l'automne 2006 au Cégep Saint-Laurent et une 5^e cohorte en mai. Le Cégep Lévis-Lauzon a à son tour débuté un cours en août. Projet à venir: Dans la région de Chicoutimi, le projet est bien amorcé.

De plus, le Cégep Saint-Laurent a travaillé au développement d'un outil visant à uniformiser les notes de cours pour les cours clés de techniques de stérilisation. Cet outil permet l'uniformisation de la formation dans les autres cégeps de la province. Les commissions scolaires font beaucoup de pression pour que débute un Diplôme d'Étude Professionnel (DEP) pour les préposés à la stérilisation. Le MSSS doit faire part de ses besoins au MESL.

Demande de création d'un nouveau titre d'emploi à la nomenclature des titres d'emploi du Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Au printemps 2007, l'Association a procédé à l'envoi dans tous les établissements de santé d'un document servant à la demande de création d'un nouveau titre d'emploi auprès du Ministère.

Ce document était accompagné d'une lettre type d'introduction et d'une autre pour

expliquer la procédure à suivre par l'établissement.

Cette étape a pour but de démontrer au Ministère la volonté et l'urgence de créer ce nouveau titre d'emploi suite au besoin de formation et aussi de reconnaissance du personnel oeuvrant en stérilisation dans la province. Monsieur Daniel Houle a participé activement à ce dossier avec l'exécutif.

Conseil Canadien d'Agrément

Le Conseil Canadien d'Agrément a mis sur pied un comité ayant pour objectif de structurer un programme d'agrément pour les services de stérilisation dans les établissements de santé au Canada. Mme Josette Forest a accepté de travailler au sein de ce comité pour l'AGS.

Madame Forest a assisté à la première réunion du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCHSA) le 22 février à Ottawa. Ce programme aura comme objectifs :

- D'augmenter le profil des stérilisations et du retraitement à travers le service de santé;
- Mettre en évidence l'importance de prioriser les processus en stérilisation et dans les satellites de retraitement;

- Établir des protocoles des processus stériles dans les autres services des établissements de santé;
- Fournir l'évaluation détaillée des pratiques des procédures stériles.

Ce comité est formé de plusieurs personnes à travers le Canada et celle-ci possède une grande expertise en stérilisation. La fin de la rédaction de cet agrément est prévue pour décembre 2007. Le comité d'experts se réunira à quelques reprises durant l'année.

À ce jour, une grille d'évaluation a été créée à partir des normes en vigueur. On a sollicité des hôpitaux pour qu'ils soient des sites pilotes afin de valider la grille. Aucun hôpital francophone du Québec ne s'est porté volontaire.

CSA

Madame Anne-Marie Rancourt a poursuivi ses travaux pour l'Association au CSA. Il y a eu une première rencontre en février puis une autre en juillet.

Par Johanne Dionne

Présidente

BULLETIN - INFO - AGS

**Bienvenue à cette publication
pour les gestionnaires en stérilisation**

**NOUS SOMMES FIERS DE VOUS OFFRIR
UN JOURNAL DE QUALITÉ
MAIS NE POUVONS LE FAIRE SANS VOUS.**

Envoyez nous vos articles,
expériences et feedback pour une prochaine publication.

E-mail: www.sterilisationags.com



**ASSOCIATION DES GESTIONNAIRES
EN STÉRILISATION**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2007

LE 25 OCTOBRE 2007

À L'HÔTEL LOEWS LE CONCORDE

QUÉBEC

PROPOSITION D'ORDRE DU JOUR

1. Mot de bienvenue de la présidente.
2. Ouverture de l'assemblée et vérification du quorum.
3. Lecture et adoption de l'ordre du jour.
4. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale annuelle tenue le 19 octobre 2006.
5. Affaires découlant du procès-verbal de l'assemblée tenue le 19 octobre 2006 :
 - 5.1 Attestation d'études collégiales – Cégep de St-Laurent;
 - 5.2 Journal.
6. Rapport des activités du conseil d'administration.
7. Rapport de la trésorière.
8. Varia.
9. Élections.
10. Levée de l'assemblée.

TARIFICATION PUBLICITAIRE 2007-2008

Le journal de l'Association des gestionnaires en stérilisation du Québec.

TABLEAU DES COÛTS

DESCRIPTION	DIMENSIONS	1 PARUTION	4 PARUTIONS (2 ANS)
<i>Carte d'affaires noir & blanc</i>	<i>3 5/8" x 2 1/8"</i>	<i>125 \$</i>	<i>450 \$</i>
<i>1/4 de page</i>	<i>3 3/4" x 4 5/8 "</i>	<i>225 \$</i>	<i>800 \$</i>
<i>1/2 page</i>	<i>7 1/2" x 4 7/8 "</i>	<i>325 \$</i>	<i>1200 \$</i>
<i>1 page</i>	<i>7 1/2" x 11"</i>	<i>625 \$</i>	<i>2200 \$</i>

*Matériel : Support informatique
Tarif en vigueur le 1^{er} novembre 2007
Tirage : 200 exemplaires
2 parutions par année*

Procès-verbal de l'assemblée générale annuelle des membres de l'association des gestionnaires en stérilisation

TENUE LE JEUDI 19 OCTOBRE 2006
À L'HÔTEL MORTAGNE, BOUCHERVILLE

1. MOT DE BIENVENUE DE LA PRÉSIDENTE
Madame Johanne Dionne, présidente de l'Association des gestionnaires en stérilisation, adresse un mot de bienvenue à l'assemblée.
2. OUVERTURE DE L'ASSEMBLÉE ET VÉRIFICATION DU QUORUM.
L'assemblée débute à 8h40.
Cinquante-quatre (54) membres sont présents.
3. LECTURE ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR.
Après lecture de l'ordre du jour par madame Johanne Dionne, présidente, l'ordre du jour est adopté à l'unanimité avec l'ajout au point 8, Varia :
8.1 Inscription au Colloque AGS.
L'adoption de l'ordre du jour est proposée par madame Josette Forest, appuyée par monsieur Jean Gosselin.
4. LECTURE ET ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE LE 13 OCTOBRE 2005.
Après lecture du procès-verbal par madame Johanne Dionne, présidente, le procès-verbal est adopté à l'unanimité sans aucune modification.
L'adoption du procès-verbal est proposée par madame Josette Forest, appuyée par madame Claire Najar.
5. AFFAIRES DÉCOULANT DU PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE LE 13 OCTOBRE 2005.
 - 5.1 Attestation d'études collégiales – Cégep de Saint-Laurent
Monsieur Patrick Caron, adjoint à la Direction de la formation continue du Cégep de Saint-Laurent, commente la deuxième année du cours en stérilisation. Il remercie tout particulièrement les professeurs pour leur implication, les intervenants du milieu pour leur participation, ainsi que les gens de l'industrie qui participent à la formation en offrant des conférences, du matériel et des équipements. Il nous annonce que certains partenariats ont été réalisés afin de répondre à notre besoin de recruter du personnel formé et qualifié, peu importe notre emplacement géographique. Des ententes ont été signées avec le Cégep de Saint-Jérôme pour la région des Laurentides, le Cégep de Thetford Mines pour les régions de l'Amiante, de la Beauce et des Bois-Francs et, sous peu, le Cégep de Lévis-Lauzon pour la grande région de Québec. Pour la prochaine année, le Cégep de Saint-Laurent espère poursuivre la mise en place de partenariats avec d'autres collèges partout au Québec. Il explique que le Cégep de Saint-Laurent est le seul propriétaire de l'Attestation d'études collégiales (AEC) en Techniques de stérilisation et demeure le seul répondant en lien avec les différentes instances gouvernementales. Dans le cadre des partenariats qui sont établis, le Cégep de Saint-Laurent est le maître d'œuvre en ce qui a trait au programme. Il rappelle le besoin d'enseignants. Actuellement, le Cégep de Saint-Laurent doit limiter en partie l'offre de formation simplement par manque d'enseignants. Il termine en disant : «notre plus grand souhait est certainement l'obtention de la reconnaissance de la formation en stérilisation pour tous nos étudiants, anciens, présents et futurs. Un nouveau titre d'emploi représenterait sans conteste le couronnement de tous nos efforts».
- 5.2. Journal
Madame Johanne Dionne informe les membres de la non parution du journal dû au manque de disponibilité du sous-comité du journal, mesdames Marie-Andrée Taillon et Gisèle Côté. Elles fourniront tous les efforts pour la parution du journal de décembre prochain.
6. RAPPORT DES ACTIVITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.
Madame Johanne Dionne fait la lecture des activités 2005-2006, rapport qui a été distribué à tous les membres.
Madame Johanne Dionne commente les différents travaux en cours et les objectifs à poursuivre pour la prochaine année.
Madame Anne-Marie Rancourt commente les travaux en cours pour l'Association au CSA.
7. RAPPORT DE LA TRÉSORIÈRE.
Madame Lucie Lefebvre commente le bilan financier de l'A.G.S., rapport qui a été distribué à tous les membres, pour la période de huit mois terminée le 31 décembre 2005. Ceci fait suite à l'amendement de date pour la fin de l'année financière voté l'an dernier afin de permettre la comparaison des données sur l'année calendrier (recettes et dépenses du Colloque de la même année).
8. VARIA.
8.1 Inscription au Colloque
Madame Johanne Dionne explique la nécessité de respecter la date limite pour l'inscription au Colloque de chaque année.
9. ÉLECTIONS.
Madame Marie-Andrée Taillon agit à titre de présidente d'élections. Elle a reçu cinq (5) mises en candidature.
Les membres sortants:
Madame Andrée Pelletier, secrétaire
Madame Diane Lagacé, directrice
Madame Nicole Major, directrice
Monsieur Gilles Brault, directeur
Proposition de candidats pour l'élection des membres de l'exécutif:
Mesdames Johanne Dionne, Luce Lafrenière, Lucie Lefebvre et Anne-Marie Rancourt continuent la seconde année de leur mandat de deux ans.
Madame Anne-Marie Rancourt propose madame Andrée Pelletier pour un second mandat.
Madame Lucie Roussy propose madame Diane Lagacé pour un second mandat.
Monsieur Daniel Houle propose madame Nicole Major pour un second mandat.
Madame Johanne Dionne propose monsieur Gilles Brault pour un second mandat.
Madame Diane Lagacé propose madame Lucie Roussy, appuyée par madame Josette Forest.
Les membres proposés acceptent le nouveau mandat.
Félicitations aux nouveaux membres du conseil d'administration.
Merci à madame Marie-Andrée Taillon pour avoir présidé cette élection.
10. LEVÉE DE L'ASSEMBLÉE.
L'assemblée générale annuelle se termine à 09h25

Andrée Pelletier
Secrétaire de l'A.G.S.
16-11-2006



**ASSOCIATION DES GESTIONNAIRES
EN STÉRILISATION**

Demande d'adhésion

S.V.P. remplir le formulaire et nous le retourner
par télécopieur ou par la poste avec votre paiement
avant le 1^{er} juin 2008

NOM : _____

TITRE D'EMPLOI : _____

EMPLOYEUR : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE / BUREAU : _____

TÉLÉCOPIEUR : _____

E-MAIL : _____

Veillez libeller votre chèque à
***L'Association des Gestionnaires
en Stérilisation***
à l'adresse suivante:

Andrée Pelletier
Chef de service
Stérilisation centrale
Hôpital Sainte-Justine
CHU-Mère Enfant
3175, Chemin Côte Ste-Catherine
Montréal, (Québec)
H3T 1C5

Téléphone : (514) 345-4931 poste 5047
Télécopieur : (514) 345-4814

Des nouvelles du cégep de Saint-Laurent

Encore une fois, l'année qui s'achève a été fertile en projets pour le Cégep de Saint-Laurent.

Tout d'abord, il est important de souligner que nous avons été en mesure d'offrir la formation à deux groupes d'étudiants. Notre objectif principal était de répondre à vos demandes omniprésentes pour le recrutement de techniciens et techniciennes à la stérilisation. En ce sens, trente-sept de nos étudiants (sur les quarante-huit inscrits initialement) sont actuellement en stage dans la grande région métropolitaine.

Pour réaliser notre objectif, nous avons été en mesure de recruter de nouveaux enseignants et ainsi d'enrichir notre équipe. Profitons de l'occasion pour les remercier, il s'agit de Micheline Beauregard, Louise Bilodeau, Anne Gagnon, Liette Roy, Ken Greenaway et André Bradette.

L'année 2007 a également permis à nos cégeps-partenaires de commencer la formation dans différentes régions de la province. Les douze étudiants du cégep de Thetford Mines sont actuellement en stage. Le résultat est très positif, d'autant plus que les régions de Chaudière-Appalaches, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et du Centre-du-Québec accueillent leurs premiers étudiants. En outre, les formations sont en cours au cégep de Saint-Jérôme avec 15 étudiants et au cégep de Lévis-Lauzon avec 19 étudiants. Soulignons l'arrivée du cégep de Chicoutimi qui a également amorcé la formation avec un groupe de 24 étudiants. Monsieur Noël Pedneault, anciennement gestionnaire à la stérilisation au CSSS de Chicoutimi, participe activement à l'implantation du programme d'études.

Pour assurer la qualité et de l'uniformité de l'enseignement offert dans les différents établissements, le cégep de Saint-Laurent a développé l'ensemble du matériel pédagogique lié aux compétences stratégiques de la formation. Nous désirons souligner l'excellent travail de nos enseignants dans ce dossier et plus particulièrement Monique Perazzelli, Fernande Houle, Chantal Saint-Hilaire, Denis Lachance, Christiane Lefebvre, Aline Gagnon et Nelson Lafond. Ce développement important a également permis de faire une révision

de l'ensemble de nos plans de cours. Toujours en lien avec notre préoccupation de la qualité de l'enseignement, nous avons développé une grille d'évaluation permettant de cibler plus particulièrement l'évaluation des compétences en lien avec le savoir-être.

Enfin, pour l'année 2008, nous réitérons notre souhait d'obtenir la reconnaissance de la formation en Techniques de stérilisation par le MSSS. Un nouveau titre d'emploi représenterait sans

conteste le couronnement de tous nos efforts. Nous croyons que la formation des employés travaillant au retraitement des dispositifs médicaux est primordiale pour contrer les infections nosocomiales dans nos établissements de santé.

Vous assurant de notre entière collaboration pour la prochaine année, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

L'Équipe de la formation continue
Cégep de Saint-Laurent

Pour assurer la qualité et l'uniformité de l'enseignement offert dans les différents établissements, le cégep de Saint-Laurent a développé l'ensemble du matériel pédagogique lié aux compétences stratégiques de la formation.

Rapport du comité CSA juillet / août 2008

Z314.2 (TSC1; ISO WG1)

Stérilisation effective à l'Oxyde d'Éthylène dans les établissements de santé: Les travaux seront terminés sous peu.

CAN / CSA – ISO 11137-98 (TSC2; ISO WG2)

Stérilisation des dispositifs médicaux – Prescriptions pour la validation et le contrôle de routine – Stérilisation par irradiation: Document publié.

Z314.3 (TSC3; ISO WG3)

Stérilisation effective à la vapeur dans les établissements de santé: Le document est en examen public. Le comité de travail finalise les pré-requis pour la stérilisation avec pochette.

(TSC4; ISO WG4)

Indicateur biologique : Le groupe ISO WG4 travaille sur l'édition ISO 14161 : document-guide. Au Canada, il a été convenu d'inclure la lecture rapide et l'information pour les indicateurs de classe 5 et 6 (IC)

(TSC5; ISO WG5)

Terminologies: Aucune rencontre en juin 2007.

CAN / CSA – Z15882-04 (TSC6; ISO WG6)

Stérilisation des produits de santé – indicateur chimique – guide pour la sélection l'utilisation et l'interprétation des résultats: Travaux en cours.

Z314.10 (TSC7; ISO WG7)

Sélection, utilisation, entretien et lavage des enveloppes, des blouses de chirurgien et des champs textiles réutilisables utilisés dans les établissements de santé: Le comité ISO est en attente jusqu'à la prochaine édition. Au Canada, le comité vote pour diviser le document Z314.10.

- A) La sélection des blouses, champs et emballages.
- B) Maintenance et lavage des champs de textile.

Z314.15

Stockage, entreposage et transport des dispositifs médicaux propres et stériles: Début de la révision: janvier 2008.

Z314.14

Sélection et utilisation des contenants de stérilisation rigides: Début de la révision: janvier 2008.

La prochaine rencontre CSA est prévue à Toronto en janvier 2008.

Je vous encourage à consulter le site CSA : www.csa.ca

Préparé par :
Anne-Marie Rancourt
Vice-présidente AGS

Concours

AGS

Excellence 3M

La compagnie 3M et les membres de l'exécutif sont heureux de présenter leurs félicitations aux 10 récipiendaires d'un montant de 100 \$.

Prix reçus à l'occasion de l'atelier sur le questionnaire du Concours AGS Excellence 3M.

VOICI LA LISTE DES GAGNANTS 2007

1. Mme Hélène Bélanger, CSSS de Montmagny - L'Islet
2. Mme Suzanne Côté, Cité de la Santé
3. Mme Patricia Bilodeau, Hôtel-Dieu d'Arthabaska
4. Mme Albina Giroux, Stérile Conseil
5. Mme Joanne Tremblay, Hôpital Iaval
6. Mme Lucille Tye, Hôpital Saint-Sacrement du CHA
7. Mme Lyne Hawkins, Buanderie Partagec
8. Mme Annie Walsh, CSSS de l'Énergie
9. Mme Kristina Richard, CHU Sainte-Justine
10. M. Stéphane Lévesque, Hôpital Saint-Luc du CHUM



SAVIEZ-VOUS QUE ?

Le congrès international de stérilisation (WFHSS) aura lieu du 4 au 7 juin 2008 à Milan en Italie. Le congrès international se déroule chaque année dans un pays différent.

Le programme définitif n'est pas encore paru, mais les grands thèmes sont les suivants

- > jeudi 5 juin matin: le management des risques en stérilisation
- > jeudi 5 juin après-midi: en prévision d'une catastrophe, urgence et gestion des dispositifs médicaux
- > vendredi 6 juin matin: la stérilisation des dispositifs médicaux dans les différentes parties du monde
- > vendredi 6 juin après-midi: les aspects normatifs dans le processus de retraitement des dispositifs médicaux
- > samedi 7 juin matin: formation et responsabilité

L'exécutif vous tiendra au courant des développements sur son site web.
Johanne Dionne

LE STÉRILISATEUR COMPACT À BASSE TEMPÉRATURE

CONÇU POUR SATISFAIRE AUX EXIGENCES DES
HÔPITAUX ET DES CLINIQUES MÉDICALES

Le Système de Stérilisation **STERRAD[®] NX[™]**

Avec plus de 170 stérilisateur **STERRAD[®]** installés au Canada, **ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS**, une unité de Produits médicaux Johnson & Johnson, est fière de vous présenter le **STERRAD[®] NX[™]**.



Le **STERRAD[®] NX[™]** est équipé de la technologie brevetée de stérilisation à basse température pour articles sensibles à la chaleur et à l'humidité tels que des endoscopes flexibles et télescopes rigides. En plus, de par son format compact, le **STERRAD[®] NX[™]** offre la portabilité à une fraction du prix des appareils plein format. Le **STERRAD[®] NX[™]** offre la rapidité sans risques pour la santé du personnel et sans émissions toxiques pour l'environnement: les articles pré-emballés sont stérilisés en moins de 40 minutes.

Le moment est arrivé. La stérilisation à basse température peut être à la fois **RAPIDE, FACILE, SÉCURITAIRE, PORTATIVE** et **ABORDABLE**.

POUR PLUS D'INFORMATION SUR LE STERRAD[®] NX[™]
VENEZ RENCONTRER NOS SPÉCIALISTES AU KIOSQUE
ASP LORS DE LA CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION DES
GESTIONNAIRES EN STÉRILISATION

PRODUITS MÉDICAUX

Johnson & Johnson

MEDICAL PRODUCTS