

Compilation et discussion

Questionnaire soumis aux centres hospitaliers québécois couvrant

Les politiques internes de prévention des infections pour la MCJ
La désinfection des endoscopes
L'utilisation de la stérilisation à la vapeur rapide (flash)

Comité provincial sur la stérilisation
Mars 1999



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Comité provincial sur la stérilisation

Association des hôpitaux du Québec	Mme Ginette Hébert, coordonnatrice Service des préventions des infections Hôpital Royal Victoria
Association des gestionnaires des services de stérilisation du Québec	M. Alain Thériault Resp. du service de stérilisation Hôpital Charles LeMoine
Association des physiciens et ingénieurs biomatériaux du Québec	M. Roger Jacob, ingénieur Hôpital du Sacré-Cœur
Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS)	M. Pierre Poulin Conseiller
Association professionnelle des médecins microbiologistes et infectiologues du Québec	Dr Marie Gourdeau Médecin-microbiologiste Pavillon Enfant-Jésus Dr Claude Tremblay Médecin-microbiologiste Pavillon de l'Hôtel-Dieu de Québec
Laboratoire de Santé publique du Québec	Mme Louise Jetté Microbiologiste
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	Mme Céline Lemieux Direction générale de la santé publique Mme Hélène Julien, ingénieure Direction générale Budget, Administration et Immobilisation

Table des matières

1.	Répondants au sondage	6
2.	Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	7
2.1	Cas présumés et confirmés au Québec entre janvier 1993 et octobre 1996.....	7
2.2	Politique de prévention des infections au Québec	8
3.	Désinfection des endoscopes	12
3.1	Nombre d'interventions pratiquées en endoscopie.....	12
3.2	Identification des services où les endoscopies sont pratiquées	14
3.3	Méthodes de nettoyage des endoscopes	15
3.4	Méthodes de décontamination des endoscopes.....	16
3.5	Méthodes de décontamination des endoscopes en cas de MCJ, de tuberculose ou de VIH.....	20
4.	Nombre journalier de cycles « flash » réalisé dans les blocs opératoires	21
5.	Discussion	22
5.1	Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ).....	22
5.2	La désinfection des endoscopes	22
5.2.1	Lavage des endoscopes (Tableau 3.4 page 16)	22
5.2.2	Glutaraldéhyde ou stérilisation (Tableau 3.5 page 17).....	22
5.2.3	Temps de trempage dans le glutaraldéhyde (Tableau 3.7 page 19)	23
5.2.4	Décontamination des endoscopes en cas de MCJ, de tuberculose ou de VIH.....	23
5.3	Utilisation de la stérilisation à la vapeur rapide « flash » (Tableau 4.1 page 21).....	23

Table des Tableaux

Tableau 2.1 : Nombre de cas présumés de MCJ entre janvier 1993 et octobre 1996	7
Tableau 2.2 : Nombre de cas confirmés de MCJ entre janvier 1993 et octobre 1996	8
Tableau 2.3 : Identification du risque reconnu par les établissements selon les antécédents du patient (N = 15).....	10
Tableau 2.4 : Identification des méthodes d'inactivation des prions retenues pour l'instrumentation semi-critique selon les antécédents du patient (N = 15).....	10
Tableau 2.5 : Identification des méthodes d'inactivation des prions retenues pour l'instrumentation critique selon les antécédents du patient (N = 15).....	11
Tableau 3.1 : Répartition (nombre) des centres hospitaliers et des interventions pratiquées en 1995-96 selon le type d'intervention endoscopique	13
Tableau 3.2 : Répartition (nombre) des répondants selon le service où une intervention spécifique est exécutée.	14
Tableau 3.3 : Répartition (%) des répondants selon les méthodes de nettoyage des endoscopes, en fonction du type d'endoscope	15
Tableau 3.4 : Répartition (%) des répondants selon que le lavage automatique soit précédé ou non d'un lavage manuel	16
Tableau 3.5 : Répartition (%) des répondants selon les méthodes de désinfection des endoscopes et le type d'endoscope	17
Tableau 3.6 : Répartition (%) des répondants selon les méthodes de stérilisation choisies et le type d'endoscope.....	18
Tableau 3.7 : Répartition (%) des répondants selon le temps de trempage dans le glutaraldéhyde.....	19
Tableau 3.8 : Répartition (%) des répondants selon la méthode de désinfection choisie en fonction d'une maladie donnée.....	20
Tableau 4.1 : Nombre journalier de cycles flash réalisé selon le nombre de salles d'opération.....	21

Introduction

Le Comité provincial sur la stérilisation présente, dans ce rapport, la compilation d'un questionnaire soumis aux centres hospitaliers québécois en octobre 1996. De plus, les membres du Comité commentent, à la dernière section du rapport, certains résultats obtenus.

Ce questionnaire couvre les trois volets suivants :

- État de la situation sur les politiques et pratiques de stérilisation au Québec par rapport à la maladie de Creutzfeldt-Jakob ;
- Méthodes de désinfection de haut niveau et de stérilisation utilisées dans les services d'endoscopie ;
- Utilisation de la stérilisation à la vapeur rapide (flash) au bloc opératoire.

Le Comité provincial sur la stérilisation a préparé ce questionnaire dans le cadre du mandat confié par le Ministre Jean Rochon au sujet des pratiques de stérilisation par rapport à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ). Le Comité voulait dresser un portrait des politiques de prévention des infections établies par les centres hospitaliers québécois pour diminuer les risques de transmission de la MCJ.

De plus, le Comité ayant évalué, durant l'année 1995-96, quelques modèles de stérilisateur à endoscopes, il devenait intéressant d'obtenir un profil des pratiques de désinfection de haut niveau et de stérilisation des endoscopes en milieu hospitalier.

1. Répondants au sondage

Quatre-vingt-quinze centres hospitaliers de courte durée ont répondu au questionnaire. La répartition (%) des répondants selon les régions est présentée au Tableau 1.1.

Tableau 1.1: Répartition (%) des répondants selon les régions

	Régions	% de répondants
01	Bas Saint-Laurent	100 %
02	Saguenay Lac Saint-Jean	83 %
03	Québec	90 %
04	Mauricie Bois-Francs	56 %
05	Etrie	86 %
06	Montréal-Centre	82 %
07	Outaouais	86 %
08	Abitibi-Témiscaminque	88 %
09	Côte-Nord	71 %
11	Gaspésie-Iles-De-La-Madelaine	100 %
12	Chaudière Appalache	100 %
13	Laval	0 %
14	Lanaudière	100 %
15	Laurentides	100 %
16	Montérégie	90%
	Moyenne québécoise	85 %

2. Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

2.1 Cas de MCJ présumés et confirmés au Québec entre janvier 1993 et octobre 1996

Dans cette section, le Comité demandait aux centres hospitaliers de courte durée d'inscrire le nombre de cas de MCJ présumés et confirmés qu'ils ont rencontré entre janvier 1993 et octobre 1996.

Quatre-vingt-quinze centres hospitaliers de courte durée (100 % des répondants) ont répondu à cette question.

Au total, les établissements ont déclaré avoir rencontré, durant cette période, quinze cas de MCJ présumés (Tableau 2.1) et onze cas de MCJ confirmés (Tableaux 2.2).

Tableau 2.1 : Nombre de cas présumés de MCJ entre janvier 1993 et octobre 1996

Région	Nombre de cas présumés			
	1993	1994	1995	1996
1				
2				
3		1		2
4				
5				
6		3	5	1
7				
8				
9				
11				
12				
14				
15			1	
16	2			
Total	2	4	6	3
Nombre total de cas présumés entre janvier 1993 et octobre 1996				15

Tableau 2.2 : Nombre de cas confirmés de MCJ entre janvier 1993 et octobre 1996

Région	Nombre de cas confirmés			
	1993	1994	1995	1996
1				
2			1	
3				
4				
5	1			
6	1	1	2	
7	1	1	1	
8				
9				
11				
12				
14		1		
15				
16		1		
Total	3	4	4	0
Nombre total de cas confirmés entre 1993 et octobre 1996				11

2.2 Politique de prévention des infections au Québec

L'objectif de cette section est d'obtenir la confirmation de l'existence, dans le centre hospitalier, d'une politique de prévention des infections écrite pour la MCJ. Et, dans l'affirmative, d'identifier le niveau de risque reconnu (aucun risque, risque moyen, haut risque) ainsi que la méthode de stérilisation utilisée pour l'instrumentation semi-critique et critique (stérilisation, élimination, quarantaine), et ce, selon les antécédents du patient par rapport aux facteurs de risque de la MCJ.

De ces résultats, on peut dire que :

- Quatre-vingts centres hospitaliers (84 % des répondants) ont mentionné n'avoir aucune politique de prévention des infections spécifique pour la MCJ ;
- Les orientations des quinze autres répondants concernant le niveau de risque de transmission de la MCJ sont souvent différentes les unes des autres. Par exemple, certains répondants considèrent la transplantation de dure-mère d'origine humaine comme ne présentant aucun risque alors que d'autres la considère comme étant à risque élevé (Tableau 2.3) ;
- Les recommandations des répondants concernant les méthodes de traitement de l'instrumentation n'obtiennent pas de consensus. Ces répondants partagent leurs recommandations entre la quarantaine et la stérilisation de l'instrumentation après usage. Étonnamment, seulement un faible pourcentage d'entre eux recommande l'élimination de l'instrument, même dans un cas reconnu de MCJ avec l'utilisation d'instrumentation de type critique (Tableau 2.4 et 2.5) ;
- Les méthodes de stérilisation utilisées par les répondants sont celles retrouvées dans la littérature au moment du sondage, soit : la stérilisation vapeur à 134 °C pendant vingt minutes, la stérilisation vapeur à 132 °C pendant vingt minutes, la stérilisation vapeur à 121 °C pendant dix-huit ou soixante minutes, le trempage dans la soude 2N ou dans l'hypochlorite de sodium.

Tableau 2.3 : Identification du risque reconnu par les établissements selon les antécédents du patient (N = 15)

IDENTIFICATION DU RISQUE				
Antécédent du patient	Risque reconnu			Total
	Aucun	Moyen	Haut	
MCJ soupçonnée		1	6	7
Antécédent familial de MCJ		4	6	10
Reçu de l'hormone d'origine humaine pour cas d'infertilité		2	4	6
Transplantation de cornée	1	2	4	7
Transplantation de dure-mère d'origine humaine	1	2	5	8

Tableau 2.4 : Identification des méthodes d'inactivation des prions retenues pour l'instrumentation semi-critique selon les antécédents du patient (N = 15)

INSTRUMENTATION SEMI-CRITIQUE				
Antécédent du patient	Méthode d'inactivation des prions			Total
	Stérilisation	Élimination	Quarantaine	
MCJ soupçonnée		1	6	7
Antécédent familial de MCJ	7	1	2	10
Reçu de l'hormone d'origine humaine pour cas d'infertilité	3		1	4
Transplantation de cornée	4		1	5
Transplantation de dure-mère d'origine humaine	5		2	7

Tableau 2.5 : Identification des méthodes d'inactivation des prions retenues pour l'instrumentation critique selon les antécédents du patient (N = 15)

INSTRUMENTATION CRITIQUE				
Antécédent du patient	Méthode d'inactivation des prions			Total
	Stérilisation	Élimination	Quarantaine	
MCJ soupçonnée		1	6	7
Antécédent familial de MCJ	6		2	8
Reçu de l'hormone d'origine humaine pour cas d'infertilité	3		1	4
Transplantation de cornée	3		1	4
Transplantation de dure-mère d'origine humaine	4		2	6

3. Désinfection des endoscopes

L'objectif de cette section du questionnaire est d'obtenir un profil des méthodes de décontamination des endoscopes utilisées au bloc opératoire, au service d'endoscopie et au service de stérilisation. Cette section est divisée en cinq parties, soient :

1. Nombre d'interventions en endoscopie pratiquées pendant l'année 1995-96 ;
2. Services où ces interventions sont exécutées ;
3. Méthodes de nettoyage des endoscopes ;
4. Méthodes de décontamination de l'endoscope ;
5. Méthodes de décontamination de l'endoscope dans le cas de MCJ, de tuberculose ou de VIH ;

3.1 Nombre d'interventions pratiquées en endoscopie

Quatre-vingt-trois centres hospitaliers de courte durée (87 % des répondants) ont mentionné avoir exécuté des interventions en endoscopie durant l'année 1995-96.

Le Tableau 3.1 présente le nombre de répondants ayant pratiqué une endoscopie donnée ainsi que le nombre total d'interventions pratiquées pour chaque catégorie. Selon ces données, les endoscopies les plus usuelles sont : la gastroscopie, la colonoscopie/rectoscopie, la laparoscopie, la cholecystectomie, l'endoscopie urologique, la bronchoscopie et l'arthroscopie.

Tableau 3.1 : Répartition (nombre) des centres hospitaliers et des d'interventions pratiquées en 1995-96 selon le type d'intervention endoscopique

Nombre d'interventions en endoscopie		
Type d'intervention	Nombre de CH	Nombre d'interventions
Arthroscopie	59	11 529
Bronchoscopie	64	17 271
Cholecystectomie	74	16 381
Cholédoscopie	3	19
Colonoscopie/Rectoscopie	83	55 957
ERCP	33	5 071
Gastroscopie	83	70 288
Gynécologie *	10	11 466
Laparoscopie *	76	26 217
Médiatinoscopie	4	111
ORL (scopie)	48	5 097
Thoracoscopie	9	164
Endoscopie urologique	72	55 550
Autre	10	1 048

* Les interventions en gynécologie peuvent également inclure des interventions en laparoscopie, colposcopie et hystérocopie. Par contre, certains centres hospitaliers peuvent avoir classé leur interventions en gynécologie dans la laparoscopie.

Deux données importantes ont été enlevées du sondage parce qu'elles ne pouvaient être réparties adéquatement dans un des groupes ci-haut mentionnés. Il s'agit de 5 581 endoscopies gastriques.

3.2 Identification des services où les endoscopies sont pratiquées

La majorité des interventions en endoscopie a été pratiquée au bloc opératoire (Tableau 3.2). L'exécution des colonoscopies/rectoscopies et des gastroscopies est répartie presque également entre le bloc opératoire et le service d'endoscopie. Le ERCP est majoritairement exécuté au service de radiologie.

Tableau 3.2 : Répartition (nombre) des répondants selon le service où une intervention spécifique est exécutée.

Service où l'endoscopie est exécutée					
Type d'intervention	Nombre de répondants				
	Bloc opératoire	Cliniques externes	Endoscopie	Radiologie	Autre
Arthroscopie	61				
Bronchoscopie	42	2	25	1	6
Cholécystectomie	73		2		1
Cholédoscopie	2	1			
Colonoscopie/Rectoscopie	51	6	51		5
ERCP	7		6	21	1
Gastroscopie	53	3	51	1	4
Scopie en gynécologie	7	1	4		1
Laparoscopie	99				
Médiastinoscopie	4				
Endoscopie en ORL	55	3	6		1
Thoracoscopie	8		1		
Endoscopie urologique	63	4	22		3

3.3 Méthodes de nettoyage des endoscopes

Le Tableau 3.3 présente la répartition (%) des répondants selon les méthodes de nettoyage des endoscopes en fonction du type d'endoscope utilisé. Selon les données obtenues, le lavage manuel demeure le type de nettoyage le plus utilisé par rapport au lavage automatique dans un appareil dédié à cette fonction.

Le Tableau 3.4 présente la répartition (%) des répondants lavant leur endoscopes automatiquement selon que ce lavage soit précédé ou non d'un lavage manuel. Selon les données obtenues, il arrive régulièrement que le lavage automatique ne soit pas précédé d'un lavage manuel.

Tableau 3.3 : Répartition (%) des répondants selon les méthodes de nettoyage des endoscopes, en fonction du type d'endoscope

Méthodes de nettoyage des endoscopes		
Type d'endoscope	Méthodes de nettoyage	
	Automatique	Manuel
Accessoires	33 %	67 %
Arthroscope	15 %	85 %
Bronchoscope	24 %	76 %
Cholécystoscope	19 %	81 %
Cholédoscope		100 %
Colonoscope/Rectoscope	32 %	68 %
Endoscopie urologique	8 %	92 %
ERCP	38 %	62 %
Gastroscope	34 %	66 %
Laparoscope	15 %	85 %
Médiastinoscope	0 %	100 %
ORL (scopie)	12 %	88 %
Pince à biopsie	40 %	60 %

Tableau 3.4 : Répartition (%) des répondants selon que le lavage automatique soit précédé ou non d'un lavage manuel

Lavage automatique		
Type d'endoscope	Automatique sans lavage manuel	Automatique avec lavage manuel
Accessoires		100 %
Arthroscope	67 %	33 %
Bronchoscope	67 %	33 %
Cholécystoscope	74 %	26 %
Cholédoscope	-	-
Colonoscope/Rectoscope	63 %	37 %
Endoscopie urologique	50 %	50 %
ERCP	58 %	42 %
Gastroscope	62 %	38 %
Laparoscope	73 %	27 %
Médiastinoscope	-	-
ORL (scopie)	83 %	17 %
Pince à biopsie	100 %	0 %

3.4 Méthodes de décontamination des endoscopes

Entre chaque cas, la stérilisation d'une part et la désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde d'autre part sont les méthodes utilisées pour la décontamination des arthroscopes et des cholécystoscopes. Les autres endoscopes sont principalement désinfectés par trempage dans le glutaraldéhyde.

En fin de journée, on remarque une augmentation importante de la stérilisation des arthroscopes, des Cholécystoscopes, des laparoscopes, des scopes en ORL et des scopes en urologie. Par contre, la désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde demeure une alternative largement utilisée pour les autres endoscopes et les pinces à biopsie (voir Tableau 3.5).

Lorsque les répondants utilisent la stérilisation, ils utilisent de préférence la stérilisation à l'oxyde d'éthylène (Tableau 3.6).

Lorsque les répondants utilisent la désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde, ils privilégient, de façon générale, un temps de dix ou de vingt minutes. Des délais de quinze et trente minutes sont également utilisés (Tableau 3.7). On remarque que les répondants n'augmentent pas de façon significative le temps de désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde à la fin de la journée.

Tableau 3.5 : Répartition (%) des répondants selon les méthodes de désinfection des endoscopes et le type d'endoscope

Méthodes de décontamination des endoscopes				
Type d'endoscope	Entre chaque intervention		À la fin de la journée	
	Stérilisation*	Glutaraldéhyde	Stérilisation*	Glutaraldéhyde
Arthroscope	47 %	53 %	92 %	8 %
Bronchoscope	12 %	88 %	24 %	76 %
Cholécystoscope	46 %	54 %	77 %	23 %
Colonoscope/Rectoscope	4 %	96 %	12 %	88 %
ERCP	7 %	93 %	18 %	82 %
Gastroscope	5 %	95 %	15 %	85 %
Laparoscope	38 %	62 %	80 %	20 %
ORL (scope)	34 %	66 %	73 %	27 %
Urologie (scope)	20 %	80 %	73 %	27 %
Pince à biopsie	46 %	54 %	57 %	43 %

* les différentes méthodes de stérilisation utilisées par les répondants sont la stérilisation à la vapeur, la stérilisation à l'oxyde d'éthylène, la stérilisation au plasma dans un stérilisateur Sterrad ou la stérilisation par trempage dans l'acide péracétique dans un stérilisateur Steris. La répartition entre les différentes méthodes de stérilisation est présentée dans le Tableau 3.6.

Tableau 3.6 : Répartition (%) des répondants selon les méthodes de stérilisation choisies et le type d'endoscope

Méthodes de stérilisation								
Type d'endoscope	Entre chaque intervention				A la fin de la journée			
	Sterrad	Steris	OEt	Vapeur	Sterrad	Steris	OEt	Vapeur
Arthroscope	5	2	19	3	3	0	45	6
Bronchoscope	2	0	6	0	1	0	13	1
Cholécystoscope	7	1	20	3	1	0	42	6
Cholédoscroscope	0	0	10	0	0	0	3	0
Colonoscope/Rectoscope	2	0	2	0	0	0	8	1
ERCP	0	0	2	0	1	0	5	1
Gastroscope	2	0	2	0	0	0	10	1
Gynécologie (scope)	1	0	2	0	0	0	0	0
Laparoscope	7	1	22	2	2	0	53	8
ORL (scope)	4	1	13	0	2	0	33	2
Pince à biopsie	1	0	13	10	2	0	14	7
Urologie (scope)	4	1	11	0	1	0	51	2

Certains centres hospitaliers choisissent deux modes de stérilisation parmi ceux mentionnés.

Tableau 3.7 : Répartition (%) des répondants selon le temps de trempage dans le glutaraldéhyde

Temps de trempage dans le glutaraldéhyde									
Type d'endoscope	Nombre de minutes								
	Entre les interventions				À la fin de la journée				
	10	15	20	30	10	15	20	30	60
Arthroscope	25 %	3 %	63 %	9 %	50 %		50 %		
Bronchoscope	22 %	6 %	61 %	11 %	18 %	7 %	68 %	5 %	2 %
Cholécystoscope	17 %	10 %	59 %	14 %	33 %	22 %	45 %		
Colonoscope/ Rectoscope	48 %	7 %	36 %	9 %	37 %	6 %	44 %	5 %	8 %
ERCP	44 %	13 %	30 %	13 %	25 %	13 %	50 %	8 %	4 %
Gastroscope	48 %	6 %	38 %	8 %	36 %	7 %	44 %	5 %	8 %
Laparoscope	19 %	4 %	58 %	19 %	33 %	13 %	40 %	14 %	
ORL (scope)	36 %	3 %	49 %	12 %	36 %	9 %	55 %		
Pince à biopsie	33 %	17 %	42 %	8 %	43 %		43 %	7 %	7 %
Urologie (scope)	44 %	5 %	41 %	10 %	44 %		45 %		11 %

3.5 Méthodes de décontamination des endoscopes en cas de MCJ, de tuberculose ou de VIH

Les données recueillies et résumées au Tableau 3.8 montrent qu'une majorité des répondants ne modifie pas leur pratique de désinfection des endoscopes dans le cas d'un patient atteint de MCJ (77 %), de tuberculose (52 %) ou de VIH (62 %). Cette pratique respecte les normes en ce qui concerne la tuberculose et le VIH.

Une autre bonne partie des répondants modifie leurs méthodes en passant de la désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde à la stérilisation au gaz. Quelques répondants augmentent le temps de trempage dans le glutaraldéhyde.

Tableau 3.8 : Répartition (%) des répondants selon la méthode de désinfection choisie en fonction d'une maladie donnée

Méthodes de désinfection									
	Nombre de répondants	Aucune modification à la méthode de désinfection	Stérilisation au gaz au lieu du glutaraldéhyde	Augmentation du trempage à 20 minutes	Augmentation du trempage à 40 minutes	Augmentation du trempage à 45 minutes	Augmentation du trempage à 60 minutes	Augmentation du trempage à 90 minutes	Augmentation du trempage à 8-12 heures
Méthodes de désinfection de l'endoscope entre les endoscopies									
MCJ		77 %	22 %	1 %					
Tuberculose		52 %	24 %	2 %	8 %	2 %	6 %	6 %	
VIH		62 %	23 %	3 %	6 %	1 %	1 %	4 %	
Méthodes de désinfection à la fin de la journée									
MCJ		72 %	18 %	2 %	2 %	2 %	2 %		2 %
Tuberculose		58 %	22 %	3 %	2 %	2 %	4 %	4 %	5 %
VIH		64 %	20 %	3 %	2 %	2 %	4 %	2 %	3 %

4. Nombre journalier de cycles « flash » réalisé dans les blocs opératoires

Soixante et onze centres hospitaliers de courte durée (75 % des répondants) ont répondu à cette question. Vingt-sept répondants mentionnent faire plus de huit cycles de stérilisation à la vapeur rapide (flash) quotidiennement. On remarque que parmi ces derniers, certains d'entre eux ont très peu de salles d'opération.

Tableau 4.1 : Nombre journalier de cycles flash selon le nombre de salles d'opération

Nombre moyen de cycles réalisés dans un flash quotidiennement											
Nombre de salles d'opération	0 à 2 cycles	2.1 à 5 cycles	5.1 à 8 cycles	8.1 à 10 cycles	10.1 à 15 cycles	15.1 à 20 cycles	20.1 à 25 cycles	25.1 à 30 cycles	30.1 à 35 cycles	35.1 à 40 cycles	40.1 à 45 cycles
1	5		2								
2	5	5	2								
3	5	2	1	3	1			1			
4	1	2		2	1		1				
5	1	4	1				2				
6				3	1	1					1
7			1		1				1		
8					1						
9			1			1			1		
10	1										
11							1				
12	1									1	
13					1			1			
16								1			

5. Discussion

5.1 Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

Le sondage a démontré que très peu de centres hospitaliers sont dotés d'une politique de prévention des infections pour la MCJ et les différentes politiques adoptées sont incomplètes et répondent à des besoins particuliers. Afin de combler cette lacune, le Comité provincial sur la stérilisation a élaboré un modèle de gestion des instruments. Ce modèle tient compte des risques que représentent les patients traités et les actes chirurgicaux effectués.

Un rapport intitulé « La maladie de Creutzfeldt-Jakob et la gestion de l'instrumentation médicale » a été déposé au MSSS en date d'avril 1998 (révisé en janvier 1999). Le Comité attend actuellement les autorisations du Ministère avant de le publier.

5.2 La désinfection des endoscopes

5.2.1 Lavage des endoscopes (Tableau 3.4 page 16)

Certains centres hospitaliers n'effectuent qu'un lavage automatique sans procéder préalablement au lavage manuel. Ce lavage manuel est pourtant primordial, et ce, même pour les pinces à biopsie.

5.2.2 Glutaraldéhyde ou stérilisation (Tableau 3.5 page 17)

Un fort pourcentage des répondants pratique la désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde entre chaque intervention pour l'instrumentation critique alors qu'ils privilégient la stérilisation à la fin de la journée. Même si cette pratique est courante, on devrait espérer tendre vers la stérilisation entre tous les cas. Le manque d'instrument ne devrait pas justifier une telle pratique, particulièrement pour les endoscopes critiques et les pinces à biopsie.

La désinfection de haut niveau par trempage dans le glutaraldéhyde a été largement utilisée pour compenser le temps assez long que requiert la stérilisation à l'oxyde d'éthylène et son aération. Aujourd'hui, avec les

nouvelles technologies offrant un temps de stérilisation moindre, les centres hospitaliers devraient pouvoir réévaluer leur pratique.

5.2.3 Temps de trempage dans le glutaraldéhyde (Tableau 3.7 page 19)

La majorité des centres hospitaliers respecte les normes acceptables établies en 1993 par l'AMMIQ. Ces normes sont toutefois évolutives.

Les Britanniques recommandent une désinfection de haut niveau par trempage pendant cinq à dix minutes pour les endoscopes digestifs et pendant vingt minutes pour l'immunocompromis, le ERCP et la tuberculose pulmonaire.

L'APIC (américain) recommande un trempage de vingt minutes, et ce, même en gastro-entérologie.

Les lignes directrices de l'AMMIQ sont actuellement en révision.

5.2.4 Décontamination des endoscopes en cas de MCJ, de tuberculose ou de VIH

Les normes prennent pour acquis que les agents pathogènes de la tuberculose ou du VIH sont détruits par les méthodes usuelles de décontamination. Si cette décontamination est exécutée selon les standards décrits dans ces normes, il n'est pas requis de modifier les pratiques courantes.

Il en est tout autrement pour la MCJ, où les prions ne sont absolument pas détruits par les méthodes habituelles de stérilisation ou de désinfection à haut niveau. Il faut donc complètement modifier les méthodes utilisées selon le niveau de risque que représente le patient.

5.3 Utilisation de la stérilisation à la vapeur rapide « flash » (Tableau 4.1 page 21)

Quelques centres hospitaliers utilisent de façon importante la stérilisation à la vapeur rapide (flash).

Le Comité rappelle ici les principes de la stérilisation à la vapeur rapide (flash) décrite dans les normes ACNOR :

La stérilisation d'urgence peut être appliquée dans des situations où des articles individuels requièrent une stérilisation immédiate. On ne devrait pas stériliser des jeux complets ou des plateaux d'instruments de cette façon sans que les conditions suivantes ne soient observées :

- a) il y a un besoin urgent ;*
- b) l'aménagement intérieur permet le transfert direct de l'article stérilisé au point d'utilisation ;*
- c) les pratiques de travail assurent le nettoyage, l'inspection et la disposition ordonnée des instruments avant la stérilisation.*

On ne devrait donc pas se servir de la stérilisation à la vapeur rapide (flash) par manque d'instrumentation.

Pour le Comité provincial de stérilisation

Hélène Julien, ingénieure
Coordonnatrice
Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services Sociaux
418-646-6131

