

2^{es} JIFS

2^{es} JIFS

Frédy Cavin, président de la section romande de la SSSH
Photographies: Line Divorne

Les 2^{es} Journées Internationales Francophones de Stérilisation ont eu lieu les 12 et 13 septembre 2014 à Marrakech, organisées de main de maître par la Société Marocaine de Stérilisation.

Elles ont été officiellement ouvertes par le ministre de la santé du Maroc, M. Lhoussaine Louardi (Photo 1), le représentant du WFHSS, M. Walter Accoe et les présidentes des associations créatrices de ces journées, M. Soufiane Derraji, président de la Société Marocaine de Stérilisation (SMS); M. Christophe Lambert, président de l'Association Française de Stérilisation (AFS); M. Francis Bougelet, président de l'Association de Stérilisation Belge Francophone (ASTER) et M. Frédy Cavin, président de la section romande de la Société suisse de Stérilisation hospitalière (SSSH).

Il est intéressant de souligner que le ministre de la santé a demandé à la SMS de lui faire des propositions (projets de lois, Bonnes pratiques, etc.) pour améliorer le niveau des stérilisations au Maroc.

PRÉSENTATIONS DE LA 1^{RE} DEMI-JOURNÉE

La première conférence a été faite par Mme Aouatif Elharchaoui (photo 2) de l'Institut national de santé publique du Québec – Canada. Elle a traité de l'approche québécoise du retraitement des dispositifs médicaux. Le Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) relève de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Depuis sa création en avril 2012, plusieurs initiatives ont été entreprises afin de soutenir la promotion de la qualité et la sécurité des pratiques dans le domaine du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) à travers les établissements de soins québécois. Les projets initiés par le CERDM sont variés et complémentaires, à titre d'exemples: la mise en place du registre national pour la surveillance des incidents et accidents en RDM (RARDM), la rédaction de lignes directrices et de documents de références pour la standardisation des pratiques de qualité et sécuritaires en RDM en plus de la dispensation de formations continues pour les différents professionnels impliqués dans le processus de RDM.

Suite à la publication du plan ministériel 2010 – 2015 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, 25 actions ont été établies, dont 4 concernaient le RDM. Elle nous a présenté ces 4 actions, ainsi que la gestion des événements indésirables.

Pour clore, elle a cité Donald Berwick « L'aviation civile n'est pas devenue plus sécuritaire en exhortant les pilotes à ne pas s'écraser. Elle est devenue plus sûre grâce à la conception d'avions et de système de vol capables de soutenir les pilotes dans un environnement devenu très complexe. On peut le faire aussi dans le secteur de la santé »

Mme Hédia (photo 3) de l'agence nationale de contrôle sanitaire et environnemental des produits nous a présenté la situation de la stérilisation en Tunisie.

Compte tenu de l'importance de la stérilisation dans la prévention contre la transmission des infections nosocomiales, l'ANCSEP a élaboré un guide des bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables; mené une



Photo 1 Le ministre de la santé du Maroc, M. Lhoussaine Louardi, à côté du portrait de Mohammed VI, sa majesté le roi du Maroc.



Photo 2 Mme Aouatif Elharchaoui.

enquête pour évaluer la stérilisation dans les établissements de santé (étatiques et privés).

Cette enquête a eu pour objectif l'évaluation : des locaux, des équipements, du personnel (hygiène, habillement, qualification...), de l'hygiène du service, du système d'assurance de qualité, des différentes étapes (pré-désinfection, nettoyage, conditionnement, stérilisation). Les contrôles ont été menés par une équipe d'enquêteur pharmacien spécialiste en stérilisation.

L'outil d'évaluation des unités de stérilisation a été une grille élaborée à partir du guide et des normes.

Résultats : l'enquête a révélée de nombreuses non conformités concernant les locaux, les modalités de déroulement des différentes étapes..., l'ANCSEP a immédiatement commencé la mise à niveau à travers :

- L'organisation d'un séminaire de sensibilisation.
- Obligation d'application du guide
- Elaboration et diffusion de fiches récapitulantes les différentes étapes de la stérilisation
- Organisation de séances de formation au profit des agents et des responsables de la stérilisation.
- Elaboration d'une nouvelle note circulaire.
- Création d'un comité technique de stérilisation

Mme Hédia Driss Gouiaa viendra au congrès suisse 2015 présenter la situation en Tunisie et présenter les mesures prise pour remédier aux différentes non conformités détectées.

Mme Sophie Brondelle (photo 4) du CHR haute Cenne Coisnier – Belgique a exposé la démarche proactive d'assurance qualité pour l'amélioration du contrôle des activités de stérilisation qui a été mise en place dans son institution à l'aide de l'outil MAEIA, qui est une check-list d'auto-évaluation développée par et pour les pharmaciens d'hôpitaux belges, appliquée au processus de stérilisation dans le service de stérilisation centrale du CHU Haute Senne (centre hospitalier régional belge).

Le contexte initial était le suivant :

La pharmacie hospitalière a la responsabilité légale des activités de la stérilisation centrale sans avoir de lien organisationnel ou hiérarchique direct par rapport au service de stérilisation. La mission légale du pharmacien responsable par rapport à la stérilisation est de garantir le niveau qualitatif des activités journalières de service central de stérilisation.

La question était : comment exercer les missions spécifiques des pharmaciens hospitaliers dans cette configuration ?

Partant du constat qu'un contrôle effectif systématique ne peut être effectué avec les ressources disponibles, la démarche qualité présentée s'est basée sur une auto-évaluation des pratiques réalisées conjointement par le service de stérilisation centrale.

L'utilisation de l'auto-évaluation s'est avérée être un levier précieux dans notre structure. Les trois points d'amélioration qui en sont ressortis sont : la formation, la validation et l'organisation. Un plan d'action d'une durée de moins de 12 mois a été mis en place et les actions ont été évaluées. Cela a permis de déployer diverses améliorations et de sensibiliser l'équipe du service de stérilisation centrale à de meilleures pratiques.

Mme L. Bahije (photo 5) de la faculté dentaire de Rabat – Maroc a présenté un travail qui avait pour objectif d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des chirurgiens dentistes exerçant dans des cabinets d'orthodontie de la région de Rabat sur les étapes du processus de stérilisation.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été distribué à 100 cabinets d'orthodontie à Rabat avec un taux de participation de 60%.

Résultats : 75 % des praticiens considèrent que l'autoclave constitue le moyen le plus fiable pour la stérilisation. Pour le conditionnement, la majorité (77,8%) considèrent que l'emballage du matériel avant la stérilisation est obligatoire. Concernant les instruments souillés, 61,4% les transvasent immédiatement après leur usage dans un bac de pré-désinfection et 83,3% déclarent respecter toujours les recommandations du fabricant (temps de trempage, dilution...). La technique de nettoyage manuelle reste la plus utilisée (83,1%) au même titre que le stérilisateur à vapeur d'eau (81,4%). Pour la stérilisation, 71,61% des orthodontistes vérifient la validité des cycles de stérilisation ; cependant, seuls 45% stérilisent systématiquement les pinces orthodontiques après chaque patient.

Conclusion : Une prise de conscience réelle de l'importance du processus de stérilisation dans la maîtrise du risque infectieux s'est opérée auprès des orthodontistes. Des actions de formation ou d'informations pourraient être mises en place pour améliorer certaines étapes du processus. Une enquête exhaustive s'étendant à l'ensemble des orthodontistes marocains est nécessaire afin d'avoir une vision d'ensemble des pratiques de stérilisation dans tout le pays.

La dernière présentation de cette 1^{re} demi-journée a été faite par Mme le Dr Amel Nouira (photo 6) de la Faculté de Médecine de Sousse en Tunisie.



Photo 3 Mme Hédia Driss Gouiaa.



Photo 4 Mme Sophie Brondelle.



Photo 5 Mme L. Bahije.



Photo 6 Mme le Dr Amel Nouira.



Photo 7 Jean-Christophe Van den Schrieck.

Cette conférence a présenté l'expérience de la clinique privée Essalem pour améliorer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux en mettant en place une démarche qualité selon la norme ISO 9000.

Après la constitution d'un groupe de travail comportant les surveillants du bloc opératoire et des unités des soins (médecine, chirurgie et maternité), 3 instrumentistes et un médecin hygiéniste épidémiologiste, un état de lieu a été réalisé et a permis d'identifier les domaines d'intervention. Le groupe s'est référé aux recommandations françaises et tunisiennes en matière de stérilisation pour établir ce diagnostic. La clinique a ciblé aussi bien les différents types de ressources (humaines, équipement et matériel et financières) que les processus de stérilisation : circuits et étapes.

Les améliorations ont été les suivantes :

- Organisation et architecture :
 - l'ensemble des activités de la stérilisation a été centralisée dans l'unité centrale (UCS).
 - Le matériel sale est dorénavant prétraité dans les unités de soins et ensuite acheminé dans des bacs couverts vers l'UCS.
 - les bacs ne sont plus véhiculés par la porte principale qui s'ouvre sur la zone propre mais ils sont déposés à l'entrée à travers un sas
 - le circuit a été réorganisé pour respecter la marche en avant
 - la séparation entre la zone propre et la zone stérile est complète
 - les autoclaves s'ouvrent du côté stérile dans la salle du matériel stérile accessible que par le bloc opératoire
- Ressources humaines :
 - nomination d'un responsable de la stérilisation qualifié (technicien supérieur instrumentiste) sous la responsabilité du médecin hygiéniste
 - formation du reste du personnel et implication pour veiller à la qualité de la stérilisation avec un roulement pour le contrôle des sets du matériel avant conditionnement.
- Ressources matérielles :
 - achat d'un nouvel autoclave et élimination des « poupinels »,
 - achat de tables en inox pour les plans de travail et de boîtes de conditionnement adaptées
 - un nouveau mode de conditionnement des DMx a été aussi introduit avec l'achat d'une soudeuses.

En parallèle, un groupe de travail a été formé pour élaborer les procédures de la stérilisation qui ont servi de base pour la formation du personnel de l'unité de stérilisation, du bloc et des unités des soins.

La traçabilité des activités est assurée avec un registre où sont consignés les résultats des tests Bowie-Dick, les numéros, le contenu et les tracés validés des cycles de l'autoclave. Les numéros sont enregistrés par la suite sur les dossiers des patients.

La réussite de cette démarche et ses points forts sont essentiellement la volonté de la clinique Essalem. Par ailleurs, la modalité de gestion du personnel a entraîné sa motivation et son implication active dans la démarche ce qui n'est pas toujours évident dans le secteur public du moins

dans le contexte tunisien actuel. Le rapport coût/qualité a toujours été considéré dans les prises des décisions.

PRÉSENTATIONS DE LA 2^E DEMI-JOURNÉE

Jean-Christophe Van den Schrieck (photo 7) a traité de l'anticipation du changement pour le maîtriser en se basant sur le cas de la stérilisation centrale du CHR de Namur en Belgique.

La stérilisation centrale du Centre Hospitalier Régional de Namur est actuellement dans une phase de transition. Elle doit digérer d'une part son déménagement récent dans de nouveaux locaux modernes et d'autre part l'effet sur son activité de l'ouverture en juillet 2013 du nouveau bloc opératoire.

Il lui est difficile dans ce contexte d'anticiper l'impact que vont avoir les changements à venir comme l'ouverture de salles d'opérations supplémentaires. Est-ce que la stérilisation dispose de la capacité suffisante pour traiter le surcroît de travail qui en découle ?

La solution trouvée pour répondre à cette question a été de simuler le processus de production dans un logiciel prévu à cet effet afin de pouvoir étudier les scénarios envisagés pour le futur.

Les données du système de traçabilité de l'établissement ont été récoltées et analysées. Il a notamment été montré que le temps du cycle de retraitement augmentait en fin de semaine ! C'est dû à un pic d'activité lié aux retours du matériel des consultations.

Les différentes étapes de la modélisation ont été expliquées et le système a permis de déterminer que l'ouverture de nouvelles salles allait dégrader la performance du service de stérilisation et qu'une augmentation moyenne de 26 minutes de la durée du cycle de retraitement était à prévoir dans les conditions de travail actuel. Le modèle a permis d'analyser plusieurs solutions :

- engagement d'une force de travail supplémentaire
- transfert d'un collaborateur de la zone de conditionnement à la zone de lavage
- achat d'un nouveau LD

permettant d'avoir une aide à la prise de décision.

Camille Fayard (photo 8) de l'unité de stérilisation du CH de Chambéry en France nous a expliqué les méthodes de contrôle des performances des bacs ultrasons

Les ultrasons constituent une technique de pré nettoyage utilisable pour le retraitement des dis-



Photo 8 Camille Fayard.



Photo 9 Gaétan Rawel.



Photo 10 Vincent Marque.

positifs médicaux réutilisables (DMR) quand le nettoyage standard s'avère difficile à réaliser ou peu efficace, notamment pour les instruments de microchirurgie, les dispositifs creux ou possédant des surfaces rugueuses. Le nettoyeur à ultrasons combine l'action du détergent dans lequel est immergée l'instrumentation, à l'effet mécanique des ondes ultrasoniques.

Cette technique de pré lavage est insuffisante à elle seule pour garantir le nettoyage correct des instruments avant stérilisation. Les bacs à ultrasons ne font pas l'objet de contrôles de performances spécifiées. Actuellement les tests disponibles sont la feuille d'aluminium, le Sonocheck®, le fréquence-mètre qui ont pour objectif l'évaluation de la qualité des ondes. Les tests de salissures sont également proposés pour l'évaluation du nettoyage des ultrasons.

L'objectif du travail a été de comparer les différentes méthodes de contrôle des ultrasons disponibles sur le marché et de proposer une méthode facile à mettre en œuvre, reproductible et transposable permettant de contrôler régulièrement la performance des bacs à ultrasons, en tenant compte des principaux facteurs d'influences : gaz dissous, température du bain, présence de détergent et fréquence des ondes.

Les conclusions du travail sont les suivantes :

- l'eau osmosée apporterait une action nettoyante plus rapide que l'eau adoucie
- en l'absence de détergent, la durée de nettoyage est allongée
- pas de différences si la température est maintenue entre 20 et 45°C
- les tests n'ont pas révélé de différences selon le type de panier
- un effet de surface plus marqué est observé pour le panier plein

- le temps est un facteur prépondérant et une durée minimum de 10 minutes est nécessaire

Gaétan Rawel (photo 9) de la société ANIOS à Lille en France a rappelé quelle était la contribution des enzymes pour le nettoyage des dispositifs médicaux.

La prévention des infections associées aux soins dispensés en établissements de santé impose des étapes de nettoyage et de désinfection optimales des dispositifs médicaux réutilisables. Dans cette optique, des produits détergents et désinfectants sont très largement utilisés. Toutes les opérations d'entretien et de nettoyage y font appel pour débarrasser les surfaces inertes de toutes souillures visibles et inactiver ou tuer les microorganismes présents. Les souillures biologiques sont des ensembles complexes constitués avant tout de composés organiques tels que protéines, lipides, glycoprotéines, carbohydrates et de microorganismes (pouvant être organisés sous la forme de biofilm).

La désorption des souillures complexes de la surface des dispositifs médicaux, nécessitent des procédures de nettoyage qui combinent simultanément des actions chimiques, actions mécaniques (laveur désinfecteur), température et temps de contact. L'action chimique des détergents est classiquement apportée par un « cocktail » de tensio-actifs (ionique, non-ionique), d'agents séquestrant, d'agent dispersant, d'anticorrosifs parfois associés à un pH alcalin. Ce dernier paramètre présente l'avantage de participer au bon dégraissage (effet de saponification) avec l'inconvénient récurrent d'accélérer le vieillissement de l'instrumentation fragile (alliage d'aluminium, métaux non ferreux...).

Depuis le début des années 60, la biotechnologie nous permet d'adjoindre à l'action chimique des tensioactifs l'activité biochimique des Enzymes. Le terme enzyme est issu du grec et désigne le « levain » (tout comme le mot latin « ferment »). Toutes les enzymes sont des protéines, éléments biodégradables, semblables à celles du lait et de la viande. Les enzymes sont des protéines de grande taille qui se caractérisent par la présence d'un site actif, responsable de l'activité et de la spécificité enzymatiques. Les différentes catégories d'enzymes, leur classification et leur mode d'action ont été présentées. Outil essentiel de la vie, les enzymes présentent une grande diversité d'activité.

La contribution des enzymes en détergence est multiple. Pour la protection de l'environnement les enzymes, totalement biodégradables, permettent de réduire significativement la concentration des tensio-actifs et de proposer, tout en maintenant un haut pouvoir de détergence, une alternative aux détergents fortement alcalins.

La conception des détergents et détergents désinfectants multienzymatiques reste cependant délicate. Les risques d'inactivation ou de déstabilisation des enzymes sont nombreux : cannibalisme, dénaturation à la chaleur, sensibilité aux ultrasons, non spécificité au substrat...

La création d'un produit détergent multi enzymatique avec des protéases (protéines), des lipases (lipides), des amylases (sucre), des mannanases (glycoprotéines) et des cellulases (lipoprotéines) associées à un tensioactif pour une détergence renforcée a été évoquée.

Vincent Marque (photo 10) du Service stérilisation du CHU de Bordeaux en France a montré comment l'application de l'instruction ministé-

rielle du 1^{er} décembre 2011 relative à la maladie de Creutzfeldt Jakob a été faite dans son établissement.

La nouvelle instruction ministérielle relative à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) apporte des modifications importantes par rapport à la circulaire du Mars 2001.

Les patients sont maintenant classés en 2 catégories : ni suspect, ni atteints en suspect ou atteints. Les tissus à haut risque infectieux sont en plus du système nerveux central, la rétine, le nerf optique et la muqueuse olfactive.

De nouveaux procédés ont été validés par l'AMSM comme étant des inactivant totaux.

En Suisse, il n'y a pas de prise en charge aussi contraignante. Par contre, une reconnaissance des procédés inactivant totaux comme c'est le cas en France et pour certains en Allemagne serait un élément intéressant qui pourrait permettre de traiter les DMx d'une manière différente de celle imposée par l'OMCJ.

Valérie Jacob Corazza (photo 11) du Centre Hospitalier d'Alès en France nous a fait un retour d'expérience de la traçabilité à l'instrument à la stérilisation de son centre. Il a ouvert sur un nouveau site il y a trois ans. L'activité chirurgicale comprend l'orthopédie, la neurologie, le viscéral, l'urologie, l'ophtalmologie notamment pour dix mille actes environ.

Le personnel de la stérilisation assure, de 8h à 20h, la traçabilité par le logiciel ECOSOFT des cycles des machines mais également la traçabilité jusqu'à l'instrument par code Datamatrix. Le service est autonome pour le gravage des instru-

ments grâce à une machine à micro-percussions reliés au logiciel ECOSOFT.

Cette traçabilité informatique des dix mille instruments s'effectue dès la phase de pré désinfection au bloc opératoire, se poursuit à la stérilisation par le lavage, la reconstitution par les agents de la stérilisation, la stérilisation et la distribution vers l'arsenal du bloc ou vers les services. Récemment, un nouveau module a permis l'intégration informatique des auxiliaires en prêt.

Cela a permis d'avoir une vision plus fine et donc plus réelle du travail effectué.

Herve Ney (photo 12), responsable de la Stérilisation Centrale des Hôpitaux Universitaires de Genève en Suisse a poursuivi sur le sujet de la traçabilité et nous a fait part de l'évaluation quantitative de l'impact de la traçabilité à l'instrument sur la reconstitution des plateaux opératoires.

Cette étude a permis de mesurer les temps de reconstitution des plateaux opératoires par différents collaborateurs, avec différents niveaux de connaissances de l'instrumentation chirurgicale et de recueillir le ressenti de chacun face à cet outil.

Les mesures effectuées ont montré que le temps de reconstitution était globalement rallongé, mais que c'était un outil facilitant pour les débutants, mais contraignant pour les initiés.

Quant au recueil du ressenti, il montre que l'ancienneté dans la fonction est un facteur important dans la perception de l'outil (connaissance des instruments, gestion des réparations). L'outil n'est pas considéré comme une dévalorisation du travail des agents comme nous aurions pu le penser.

La dernière présentation de cette première journée a été faite par Vincent Freychet (photo 13) sur son expérience d'utilisation du V PRO 1 PLUS® stérilisateur à basse température au CHU de Rouen en France.

Suite à l'acquisition par l'hôpital d'un robot chirurgical et à l'obsolescence du stérilisateur aux vapeurs de peroxyde d'hydrogène, un nouveau stérilisateur aux VH₂O₂ a dû être acheté.

L'installation et l'utilisation de cet appareil a été présentée et vous pouvez trouver tous les détails sur www.sssh.ch

PRÉSENTATIONS DE LA 3^È DEMI-JOURNÉE

Pour la première conférence du 2^e jour, Christophe Lambert, pharmacien responsable de l'unité de stérilisation centralisée du CH de Chambéry de Chambéry en France nous a présenté le contrôle de performance des conteneurs notamment avec un test à l'eau.

Les conteneurs de stérilisation constituent des systèmes barrière stérile préformés. Selon les exigences de la norme EN ISO 11607-2, la qualification des performances des emballages doit être assurée par chaque utilisateur. A ce jour en stérilisation, l'aptitude au fonctionnement des conteneurs est assurée par un contrôle visuel avant chaque opération de reconditionnement. Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'unité de stérilisation centralisée du CH de Chambéry utilise le « Test de fuite à l'eau » pour le contrôle des performances des conteneurs.

Après avoir versé un volume défini d'eau dans la cuve du conteneur, il faut remettre le couvercle en place et mettre le conteneur sur la tranche en prenant la précaution de ne pas déborder le filtre. Il faut alors attendre 20 secondes pour chaque tranche et observer la présence d'une fuite.



Photo 11 Valérie Jacob Corazza.



Photo 12 Hervé Ney.



Photo 13 Vincent Freychet (même si le panneau ne correspond pas !).

Dans une enquête nationale réalisée en France sur 257 conteneurs, 71 % des conteneurs étaient conformes et 29% non étanches. Le CH de Chambéry s'est concentré sur les conteneurs visuellement non conformes et ont mesuré que 60% n'étaient pas étanches. Après la maintenance, 85% des conteneurs ne présentent plus de fuite, mais il y a encore 15 % de non conformes. Christophe Lambert a ensuite posé toute une série de question sur la mise en place d'un tel test dans les divers établissements. Une norme française FD S98 053 publiée en 2014 décrit maintenant le protocole officiel à effectuer.

Frédy Cavin, président de la section romande de la SSSH a pour sa part rappelé l'utilité du test Bowie et Dick, montré les particularités d'un test intégré dans un stérilisateur et partagé l'expérience du CHUV à Lausanne en Suisse.

Historiquement, ce test a été développé a été décrit en 1963 dans la revue Lancet par J.-H. Bowie et al. Selon la EN 285, il est conçu pour vérifier l'efficacité de l'extraction de l'air des stérilisateur dits « à vide pulsé poussé » pour charge poreuse. Initialement, le test se faisait avec un paquet d'essai constitué d'une trentaine de linges dont la qualité, les dimensions et le pliage sont défini dans la norme et d'un indicateur chimique de classe 2.

Aujourd'hui, il existe des alternatives au paquet d'essai avec des charges d'essai contenant d'autres matériaux. Les tests Helix peuvent aussi être utilisés comme test de pénétration de la vapeur.

Depuis plus d'une dizaine d'années, des systèmes électroniques ont fait leur apparition sur le marché.

Il n'y a pas d'étude convaincante permettant de définir le meilleur système de contrôle.

Suite à l'appel d'offre pour le changement de 3 stérilisateur au CHUV, le fournisseur choisi, a proposé d'installer le système Steamspy® de la société MMM, un test BD intégré dans le stérilisateur. Il permet d'automatiser les tests préliminaires (essai de fuite d'air et BD) et démarrer la journée directement avec des charges productives.

Initialement, l'information donnée par ce système était uniquement une inscription : test réussi. Après discussion, il a été possible d'obtenir une impression de la mesure pendant toute la durée du cycle.

Des erreurs de jeunesse sont aussi apparues à l'utilisation, notamment des morceaux de matière plastique qui se sont enfilées dans le

canal empêchant la bonne réalisation du test, mais cela a été corrigé.

Le système peut aussi être utilisé pour contrôler les charges en routine, ce qui n'a pas encore été mis en fonction au CHUV.

Les points positifs pour ce système sont : gain de temps sur l'utilisation des stérilisateur, réduction du travail des collaborateurs, gain dans le stockage, pas de déchet, intégration facile dans la documentation de charge

D'un autre côté les points d'amélioration sont : système réservé aux stérilisateur MMM, pas de valeur imprimée sur la documentation de charge permettant d'évaluer une dérive possible.

Pour le CHUV, le BD intégré dans le stérilisateur est une bonne alternative au BD traditionnel, il a permis une simplification du travail et un gain de productivité utile en début de journée.

Julie Scholler (photo 16) des Hôpitaux universitaires de Strasbourg en France a présenté l'apport des contrôles en cours de production en stérilisation

La stérilisation de l'établissement est certifiée ISO 9001 et ISO 13485 ce qui l'engage dans une réelle dynamique de maîtrise et de traçabilité des étapes du processus et des différents activités qui y sont réalisées ainsi que de la formation des agents. Dans ce cadre, différents types de contrôles en production ont été développé, c'est-à-dire au cours de la réalisation du processus de stérilisation et basés sur une stratégie statistique d'échantillonnage par rapport au niveau de production. Ces contrôles statistiques sont réalisés sur les dispositifs médicaux eux même et/ou sur certaines pratiques telles le conditionnement. Pour chaque étape du processus de stérilisation et faisant suite à l'analyse de risque initiale basée sur la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points), des points critique ont été déterminés et font l'objet des contrôles développés en routine. Ces contrôles réalisés depuis plusieurs années ont permis d'intégrer à la démarche de nouveaux aspects : un aspect pédagogique, ces contrôles étant réalisés par les internes en pharmacie formés aux côté des agents de stérilisation ; une surveillance continues des pratiques professionnelle déployées par l'ensemble des agents sur les différents sites de stérilisation ; une évaluation régulière de la procédure de traitement des produits non conformes, une des exigences du référentiel ISO 13485.

Pascal Senetz (photo 17) de la société Borer en Suisse a fait une présentation sur les problèmes et solutions lors du retraitement d'instruments complexes



Photo 14 Christophe Lambert.



Photo 15 Frédy Cavin.



Photo 16 Julie Scholler.



Photo 17 Pascal Senetz.

Dans son introduction, il a parlé d'un problème survenu aux USA qui a touché des patients probablement infectés par des instruments contaminés par *Paeruginosa*. Les résidus de tissus trouvés dans les canules d'aspiration/de rinçage et dans les pièces à main de shaver auraient pu permettre aux bactéries de résister au processus de retraitement. Il a ensuite montré les actions correctives qui ont été prises :

- Introduction du contrôle endoscopique des pièces à main de shaver et des canules dans le cadre des procédures de routine
- Remplacement des brosses classiques pour lumières par des brosses sans soie
- Trempage des pièces à main de shaver dans une solution de lavage enzymatique pendant 10 à 15 minutes
- Retour à l'utilisation d'un tuyau d'aspiration plus rigide qui ne peut pas se courber ni entraîner de reflux
- Limitation de l'utilisation des autoclaves « flash »
- Réagencement de la salle de décontamination pour permettre un meilleur flux de travail
- Lancement d'un projet visant à effectuer un suivi de chaque instrument
- Planification d'une formation annuelle avec certification pour le personnel de retraitement

Pascal Senetz (photo 17) a aussi présenté une Étude consécutive à une alerte de la FDA, concernant une publication française en endoscopie et la formation de biofilm dans les endoscopes. Le matériel utilisé avec le système de robot Da Vinci est aussi difficile à nettoyer correctement à cause de sa conception.



Photo 18 Naoual Laaroussi.

Des solutions de lavage manuel, notamment l'effet de brosse « Pull Thru » ou mécanique ont été présentées.

La dernière présentation de ce congrès a été faite par Mme Naoual Laaroussi, animatrice à la cellule provinciale d'épidémiologie Province de Sefrou au Maroc sur l'enquête de satisfaction de fin de formation de la première promotion 2013 – 2014 du CU (certificat universitaire) de Stérilisation Hospitalière de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

La qualité d'une formation est généralement évaluée par la réalisation d'enquête de satisfaction de fin de formation auprès des participants. Elle vise la collecte des ressentis et des jugements en vue d'améliorer la qualité de la formation.

Dans ce cadre et en comme participante à la formation de la première promotion du CU de Stérilisation Hospitalière 2013-2014, Mme Laaroussi a réalisé une étude à la fois quantitative et qualitative auprès de tous les participants (étudiants et enseignants).

Les participants étaient répartis de manière égale entre les hommes et les femmes. L'âge de ceux-ci était majoritairement inférieur à 40 ans. Pour les enseignants, la répartition était de 70/30 % entre les hommes et les femmes et l'âge était majoritairement supérieur à 50 ans.

Les résultats ont montré des taux de satisfaction importants pour tous les items retenus : déroulement de la formation, organisation, méthode pédagogique, équipements, etc.

Les objectifs retenus après cette première formation sont les suivants :

- Passer à un niveau de formation plus approfondie en matière de stérilisation en utilisant



Photos 19 Membres du comité central en tenue locale.

les connaissances acquises par cette première promotion.

- Elargir les formations aux niveaux régionaux et provinciaux pour faire bénéficier les professionnels de la santé exerçant au niveau des services de stérilisation de formations continues et de mise à niveau de leurs compétences.
- Prévoir une salle de cours plus grande pour les travaux de groupe
- Prévoir la répartition du contenu de la session S3 en deux sessions vue la richesse des informations qu'elle contient. En effet traiter en 2 ½ jours, le conditionnement, la stérilisation vapeur avec des calculs de F_0 et les autres moyens de stérilisation, c'était du super concentré !

Après chaque demi-journée, des tables rondes très animées ont été organisées. C'est là que nous avons pu voir l'importance de faire un congrès international francophone. Lorsque tous les participants parlent la même langue, les échanges sont facilités et il est possible d'appréhender toutes les subtilités. Le rire et la décontraction ont été présents tout au long de ces journées.

Lors de ses journées, une rencontre des représentants des pays francophones a eu lieu. Il a été décidé de trouver un moyen d'effectuer une plateforme d'échanges en langue française.

Les 3^{es} JIF5 seront organisées par l'ASTER en Belgique en octobre 2016.

Les membres du comité central (photo 19) de la SSSH présents au congrès se sont pris au jeu et adaptés aux couleurs locales pour accueillir la

délégation suisse qui était la plus importante après les participants marocains.

Pour clore le congrès, une soirée de gala typiquement marocaine avec spectacle a été organisée chez Ali (photo 21 et 22). Si vous avez l'occasion d'aller à Marrakech, c'est splendide !

Pour terminer, je tiens à remercier le président de la SMS, Soufiane Derraji (photo 20), ainsi que tout le comité de la SMS, pour l'excellence de l'organisation des ces 2^{es} JIFS.

Toutes les présentations intégrales effectuées pendant ces 2^{es} JIFS se trouvent sur le site de la SSSH: www.sssh.ch |



Photo 20 Le président de la SMS Soufiane Derraji.



Photo 21 Cavalier du spectacle de la soirée chez Ali.



Photo 22 Soirée chez Ali.

