

Endoscopie en dehors des heures ouvrables Audit organisationnel et de moyens

Véronique Marie, Hélène Boulestreau, Emmanuelle Bussière, Josiane Nunes, Alice Mongy,
Marion Saly, Anne-Marie Rogues

Service d'Hygiène Hospitalière



Introduction / Objectifs

- Établissement de 3000 lits répartis sur 3 sites
- Parc de 385 endoscopes thermosensibles à canaux
- Actes d'endoscopie sur 3 sites y compris la nuit et le WE
 - Fibroscopies bronchiques et digestives en urgence
- Objectif de notre travail
 - Évaluer si l'organisation et les moyens de traitement des endoscopes utilisés pour des **actes en dehors des services d'endoscopie ou en dehors des heures ouvrables** permettraient de respecter les recommandations de traitement des endoscopes avant et après l'acte



Matériel et méthode (1/3)

- Un groupe de travail du SHH a défini
 - Les objectifs
 - Les services à cibler
 - La méthode : visite de risque vs **audit de pratique**
- Période d'enquête : fin 2013 – début 2014
- Inclusion de 14 services répartis sur les 3 sites (7 exclusions)

- GHP

- Bloc gynécologie
- FXM (brûlés)
- Réa pédiatrique

- GHSA

- Réanimation médicale
- Réanimation digestive
- Endoscopie digestive

- GHS

- Bloc chir cardiaque
- Réa cardio adulte
- Réa cardio pédiatrique
- Bloc thoracique
- Réa thoracique
- Bloc digestif
- Réa digestive
- Endoscopie digestive



Matériel et méthode (2/3)

- **Choix des critères, modalités d'évaluation, personnes ressources**
 - Analyse de risque reposant sur les référentiels de bonnes pratiques et la connaissance du terrain
 - Évaluation par interviews, observations, analyse documentaire
 - Choix des personnes à interroger : cadre, référent paramédical en endoscopie, IDE/AS, médecin
- **Le groupe a également interrogé les professionnels de terrain autant que nécessaire pour construire l'outil**
- **L'outil a été testé dans un service d'endoscopie digestive**
- **Référentiel**
 - Circulaire/guide de 2003 (désinfection manuelle des endoscopes thermosensibles)
 - Guide sur l'utilisation des LDE
 - Recommandations SFED : organisation et fonctionnement d'un plateau technique



Matériel et méthode (3/3)

- Critères retenus
 - Organisation de la prise en charge des endoscopes
 - Formalisation écrite des organisations
 - Connaissance des procédures de traitement
 - Matériel disponible (équipement/consommable)
 - Distinction propre/sale
 - Traçabilité
 - Formation des professionnels et opérationnalité
- Analyse des résultats
- Identification des axes d'amélioration par rapport au référentiel
- Restitution aux équipes pour discussion/validation
- Mise en œuvre du plan d'actions (en cours)



Résultats



Organisation (1/3)

- La totalité des services avait ciblé les urgences et avait accès à un équipement ou à une organisation permettant le traitement du matériel
- **Équipement/lieux de traitement utilisés**
 - Salle de traitement identifiée et équipée pour 10/14 services
 - Paillasse identifiée et équipée pour 4/14
 - Locaux corrects dans la plupart des cas ; trop exigu dans un cas qui a maintenant disparu
- **Mode de fonctionnement des 14 services**
 - Pour 7 services le fonctionnement est identique quel que soit le jour ou l'heure (réanimations)
 - Pour 7 le **traitement des endoscopes est réalisé en dehors du service par d'autres professionnels**
- En pratique centralisation vraie sur aucun des 3 sites



Organisation (2/3)

- **Information du professionnel en charge du traitement ?**
 - **Avant l'acte**
 - Toujours sauf urgence vitale pour 12/14
 - ESET pour les 2 autres
 - => **Étape de DS avant acte toujours respectée**
 - **Après l'acte**
 - **Mobilisation ou disponibilité des professionnels plus difficile à obtenir**
 - délai de traitement de l'endoscope variable : de 10 mn à 2h, ou NSP, ou ne retrouve pas l'information ...
 - Mais tous savaient que la PEC doit avoir lieu sans délai



Organisation (3/3)

■ Conditions de transport des endoscopes

- Satisfaisantes dans 7/14 cas : endoscope emballé dans un champ et transporté dans un bac fermé ou une valise adaptée et entretenue à chaque étape
- Pour 7/14 cas les réponses ne sont pas claires
- Contenants identiques pour transporter propre et sale → entretien ?

■ Capacité à différencier le propre du sale ?

- Non pour 10/14 services (mode d'emballage)
 - Traçabilité, rareté des examens, positionnement de l'endoscope ... utilisés pour différencier



Procédures

- 6/14 services ont formalisé l'organisation ; pour les autres il s'agit d'une transmission orale
- **Procédures de traitement à disposition ?**
 - Oui : classeur d'hygiène ou intranet
 - Affiches disponibles sur le lieu de traitement en général
 - Procédures connues des paramédicaux dans 100% des cas
- **Type de traitement**
 - **Manuel** pour les brûlés, les réanimations du GHSA, du pédiatrique, de cardiologie (bloc et réanimations), endoscopes digestifs du GHS
 - **Automatisé** pour les actes d'endoscopie digestive du GHSA, les actes de fibroscopie bronchique du GHS
- **Listing du matériel nécessaire au traitement des endoscopes**
 - Formalisé dans 4/14 secteurs (NA pour 7 secteurs)
 - +/- organisé 3/14 secteurs mais en général matériel disponible



Formation des professionnels

- Variable selon les services (hors formation interne par le SHH)
 - Formation régulière des professionnels (< 3 ans) en favorisant les derniers arrivés (services d'endoscopie, blocs à forte activité d'endoscopie)
 - Formation des référents et compagnonnage pour les autres (réanimations)
- Types de formation
 - Initiale seulement pour les IBODE (théorique et pratique) +/- IADE
 - Continue
 - Théorique et pratique : centre de formation interne au CHU (SHH, CCLIN)
 - Pratique : SHH en interne
- Formation médicale
 - Succincte
 - Au mieux : différentes étapes du pré-traitement
 - Gastro-entérologues > anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens



Opérationnalité de la formation/ des professionnels

- Qui ?
 - Essentiellement AS, IDE ou IBODE
 - Rarement : AP, IADE, cadre
- **Dépend beaucoup de la fréquence de PEC**
 - 1 à 180 fois par an selon les professionnels
- Tous les professionnels paramédicaux
 - Connaissent les grandes étapes de traitement
 - Savent où trouver les protocoles
 - Sont formés à l'utilisation des LDE
 - Voire à l'utilisation des ESET (2 ESET installées à ce jour)
 - Les médecins des services équipés d'ESET savent les utiliser
 - Ont reçu une formation
 - idéalement théorique et pratique
 - *a minima* pratique + compagnonnage



Traçabilité

- Traçabilité papier
- Le cahier de traçabilité suit-il l'endoscope ?
 - Oui : 9/14 cas
 - Ne suit pas pour 2 services
 - Pas de cahier CHU pour 2 services
 - Un cahier pour plusieurs endoscopes dans un service
- Insertion de l'exemplaire patient dans le dossier patient ?
 - Non 5/14 ; pas toujours 3/14 ; **oui 1/14** ; NSP 2/14 ; pas de réponse 3/14
 - Problème de la traçabilité papier et du dossier patient informatisé
- Ciblage ESST
 - Pas tous les services
 - Pas en réanimation, au bloc gynéco, en pédiatrie
 - Oui au bloc de chirurgie cardiaque, en endoscopie digestive (information bloquante dossier patient informatisé)



Discussion/Conclusion (1/2)

■ Points positifs

- Évolution des organisations
 - La PEC des endoscopes est possible partout
 - Le nb de sites de traitement a été réduit (mais nécessite encore une optimisation)
- Procédures de traitement connues et accessibles +/- affiches
- Salles de traitement ou paillasses correctement équipées
- Information des professionnels en charge du traitement pour réalisation de la procédure avant l'acte (sauf urgence vitale)
- Amélioration de la formation des professionnels paramédicaux



Conclusion (2/2)

■ Axes d'amélioration

- Formalisation des organisations, listing du matériel nécessaire
- Conditions de transport des endoscopes entre 2 secteurs
- **Différenciation propre/sole +++**
- **Délai de PEC des endoscopes après l'acte**
- Traçabilité
 - Ciblage ESST
 - Papier → informatisation
- Évoluer vers de vraies centralisations avec du personnel dédié, formé et opérationnel disponible 24/24 h
- Formation médicale
 - Architecture des endoscopes/grandes étapes de traitement
 - **Sensibilisation au risque infectieux associé à l'endoscopie**
 - Responsabilité en temps qu'opérateur/qualité microbiologique de l'endoscope



Au total

- Une bonne PEC des endoscopes implique
 - Une évolution vers une réelle centralisation de la PEC en dehors des heures ouvrables
 - Une équipe dédiée, formée et entraînée
 - Des conditions de transport du matériel satisfaisantes
 - Un délai de PEC des endoscopes bien plus court
 - Une organisation et des moyens permettant la distinction du propre et du sale sans risque d'erreur
 - Une évolution de la traçabilité vers l'informatisation

