

De la qualification opérationnelle de l'ESET à une formation institutionnelle validée DPC sur la prise en charge d'un endoscope : une expertise renforcée au fil du temps pour la technicienne Biohygiéniste

Emilie LECOMPTE-HAVERBEQUE – Technicienne Biohygiéniste – CH VALENCIENNES

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

**Conférencier: Emilie, LECOMPTE-
HAVERBEQUE, Valenciennes**

**Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à
déclarer**

Préambule (2001)

- Arrivée d'une technicienne Biohygiéniste sur l'établissement en octobre 2000
- En 2001, rédaction d'un protocole de prélèvements : groupe de travail biologiste du laboratoire, PH hygiéniste, infirmière en endoscopie digestive
- Réalisation des prélèvements des endoscopes à 4 mains sur le **plateau d'endoscopie digestive**
→ IDE du service + technicienne Biohygiéniste

Qualification ESET (2012)

- Acquisition d'une Enceinte de Stockage pour Endoscopes Thermosensibles, double compartiment, sur le plateau d'endoscopie digestive
- Qualification des performances : **72H de stockage**
 - ✓ Constitution d'un groupe de travail : biologiste référent environnement, technicienne Biohygiéniste, IDE du plateau d'endoscopie digestive, pharmacien, cadre
 - ✓ Choix des endoscopes : 1 endoscope par famille
 - ✓ Planification et réalisation des prélèvements
 - Technicienne Biohygiéniste – IDE du service
- Rédaction de points d'étape par la TBH au fur et à mesure de la parution des résultats des prélèvements

Qualification ESET : résultats

- Qualification réussie pour le compartiment 1 (juin)
- Echec de qualification pour le compartiment 2



Réalisation de prélèvements environnementaux par la TBH dans le cadre d'une investigation : recherche d'une source environnementale



Les pistolets de soufflage sont incriminés dans la contamination des endoscopes avant insertion dans l'ESET



Qualification du compartiment 2 (août)
Rédaction d'un rapport de qualification

Qualification ESET



La technicienne Biohygiéniste devient **personne « ressource »** laboratoire/ULIN pour les intervenants du plateau technique d'endoscopie digestive

Formation aux prélèvements microbiologiques sur endoscopes (2013)

Sous l'impulsion de la qualification de l'ESET :

- ✓ Formation par la TBH des IDE du plateau technique d'urologie, du bloc central et de la réanimation pour les prélèvements d'endoscopes et des techniciens de laboratoire « environnement »

→ Autonomie des IDE du plateau technique d'endoscopie digestive dans la gestion du prélèvement

- ✓ Suivi des contrôles microbiologiques par la TBH



Le protocole de prélèvement devient institutionnel (disponible dans la base documentaire du CHV)

NETTOYAGE DU PLAN DE TRAVAIL

PREPARATION DU MATERIEL



- 1 champs stérile
- 2 paires de gants stériles
- 1 connectique de 2 tubulures stériles (plateau d'endoscopie) et/ou 1 seringue de 60 ml (plateau d'endoscopie, bloc)
- 1 connectique pour le canal auxiliaire si besoin
- 1 bloqueur de canaux et pistons (plateau d'endoscopie)
- 1 cupule stérile
- 1 seringue de 60 ml ou 20 ml stérile
- 1 valve à usage unique (canal opérateur)
- 1 filtre à air
- compresses imbibées d'alcool
- 2 flacons stérile de DNP (2X90 ml)
- 1 flacon de 1l stérile

ENDOSCOPE PRET

L'**Aide** et l'**Opérateur** effectuent une hygiène des mains. L'**Aide** s'équipe en stérile, l'**Opérateur** lui propose tous les matériels afin qu'il les dispose sur le champ stérile. L'**Opérateur** imbibe les compresses d'alcool, remplit les cupules de DNP et ouvre en dernier le champs de l'endoscope. L'**Aide** remplit une seringue de DNP, monte le filtre sur la seringue (pour la purge des canaux), dispose l'endoscope sur le champ stérile et désinfecte les orifices de l'endoscope.

ADAPTATION DES CONNECTIQUES
OU
DE LA SERINGUE STERILE

L'**Opérateur** s'équipe en stérile, adapte les connectiques, le bloqueur de canaux/pistons, la valve à usage unique sur le canal opérateur et propose le flacon stérile à l'**Aide** pour enlever l'opercule.



Valve sur canal opérateur



Obtuteur sur pistons/valve

L'obtuteur, une fois utilisé, sera désinfecté sur le banc semi-automatique.

PASSAGE DU DNP



L'Aide irrigue tous les canaux en exerçant une pression en veillant à commencer par le canal opérateur puis par le canal d'aspiration. Enfin, le ou les autres canaux.
Si 3 canaux (+opérateur) : 30 ml canal opérateur , 30 ml canal d'aspiration, 60 ml canal d'insufflation, 60 ml canal auxiliaire)
Si 2 canaux (+opérateur) : 60 ml canal opérateur , 60 ml canal d'aspiration, 60 ml canal d'insufflation)

RECUEIL DU DNP



L'opérateur maintient la partie distale de l'endoscope au dessus du flacon de recueil stérile, sans toucher les bords du flacon

RAPPEL : le recueil doit être au moins égal à 80% du volume injecté

MODE OPERATOIRE : bloc opératoire, urologie

Le passage du DNP ne se fait pas par pression mais par capillarité → l'**Aide** monte la seringue au niveau du canal opérateur puis la remplit de DNP, et ce, jusqu'à épuisement de la solution.

L'**Opérateur** maintient la partie distale de l'endoscope au dessus du flacon de recueil stérile en évitant qu'elle touche les bords du flacon.

La purge des canaux s'effectue comme cité ci-dessus.

Remarque : réajustement du protocole de prélèvement → Eléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie (CTINILS; 2007)

Evaluation des pratiques professionnelles (2014)

- Volonté de la Direction du CHV
- Ouverture d'un **EPP intitulé « de l'acte endoscopique au stockage de l'endoscope »**
- Suivi de 7 indicateurs environnementaux
 - Prélèvements de surfaces dans ESET
 - Prélèvements de surfaces sur les paillasse de soufflage
 - Prélèvements des eaux pour rinçage terminal (EBM)
 - Pistolet de soufflage
 - Prélèvements des endoscopes en sortie ESET
 - Prélèvements des endoscopes en retour de maintenance
 - Prélèvements des endoscopes (hors ESET) en prélèvement annuel

Evaluation des pratiques professionnelles (2014)

- Démarche qualité institutionnelle : toutes les spécialités d'endoscopie sont au moins concernés par 1 indicateur



La TBH **pilote en binôme l'EPP** avec le pharmacien responsable de l'activité

- Les indicateurs sont expertisés chaque année et font l'objet d'un plan d'amélioration (en concertation avec les services de soins)

Qualification des LDE (2015)

- Evolution des pratiques du fait de l'augmentation de l'activité d'endoscopie digestive
- Acquisition de 3 LDE

Le travail de la technicienne biohygiéniste

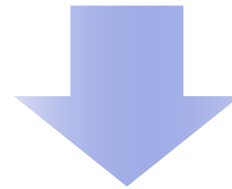
- Participation aux réunions de préparation en vue de l'installation des LDE
- Travail avec les IDE du plateau technique d'endoscopie pour le choix des endoscopes qui serviront à la qualification
- Etablissement d'une conduite à tenir pour mener à bien cette qualification sur site : où, quand, comment
- Envoi des points d'étapes

Qualification des LDE (2015)

- Résultats de la qualification sur site : 1 réussite, 1 échec et 1 qualification en « stand by »



Rôle du TBH : rechercher les causes à cet échec



Changement
de pratiques






Changement
de produits


Erreur dans la
réalisation du
prélèvement


Protocole de
qualification

Qualification des LDE (2015)

Aide demandée à la société Soluscope ® :

- Vérification des protocoles d'entretien 
- Vérification des protocoles de prélèvements 
- Vérification de l'état des endoscopes : respect des maintenances préventives et curatives 
- Vérification du protocole de qualification 
- Audit sur le prélèvement d'endoscope 

 Reprise de la qualification sur 2^{ème} LDE

 Retour du 3^{ème} LDE au fournisseur pour échange puis qualification sur site

Qualification des LDE (2015)



La qualification sur site
s'achève non sans mal 3
mois après avoir
commencée !

Ce qu'il faut retenir :
« Jamais douter de ses compétences et de son
expertise ! »

Visite de certification par l'HAS (2015)

L'HAS émet une non-conformité sur le risque infectieux dont dépend notamment les actes endoscopiques :

Non-conformité : l'établissement n'a pas établi une organisation globale pour piloter le processus.

L'organisation ne se traduit pas par une approche transversale homogène de la prise en charge endoscopique sur l'établissement. En fonction du niveau quantitatif de cette activité, il existe une disparité de moyens et de suivi des actions qualité, en termes d'analyse des pratiques et d'actions d'amélioration. Les moyens humains sont peu mutualisés entre services ou entre pôles.

→ La démarche qualité est bien installée sur le plateau technique d'endoscopie digestive, trop « jeune » pour les autres spécialités

Visite de certification par l'HAS (2015)

Constitution d'un groupe institutionnel :

- Directeur des soins
- Pharmacien responsable de l'activité endoscopie
- Praticien hygiéniste
- Technicienne Biohygiéniste
- Cadres de soins des différentes spécialités
- Ingénieur biomédical
- Invités si besoin

Pilote du groupe :
Pharmacien – PH en hygiène

Audit multi-sites (2016)

- ✓ Audit initialement prévu en 2015 (Audit GREPHH) mais décalé pour 2016 avec l'arrivée des Laveurs Désinfecteurs pour Endoscopes (LDE)
- ✓ Volonté du pilote du groupe institutionnel d'étendre l'audit à tous les services pratiquant l'endoscopie afin de répondre aux remarques de l'HAS lors de sa dernière visite : endoscopie digestive, bloc opératoire, urologie, cardiologie, consultations (la réanimation est exclue de l'audit : utilisation des fibroscopes à usage unique)
- ✓ Auditeurs faisant partie du groupe institutionnel
- ✓ Audit suivant un planning établi au préalable, et information des Praticiens concernés par mail.

Audit multi-sites (2016)



Le rôle du TBH

Au niveau du groupe institutionnel :

1. Fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un audit multi-sites
2. Proposer à l'encadrement d'auditer un autre secteur

Au niveau pratique :

1. Construire les grilles d'audit
2. Organiser le planning d'audit
3. Construire les binômes d'auditeurs
4. Dépouillement des grilles d'audit
5. Diaporama de restitution au CLIN, au groupe institutionnel puis aux équipes d'endoscopie
6. Plan d'amélioration

Groupe institutionnel (2017)

Les travaux :

- ① Elaboration des parcours patients (flux dans le service de soins)
- ② Parcours endoscopes (de leur prise en charge jusqu'à leur stockage)
- ③ Check-list
- ④ Consentement
- ⑤ Révision des procédures (adéquation avec les nouveaux automates, produits)

Groupe institutionnel (2017)



Le rôle du TBH

- ✓ Centraliser les différents projets,
- ✓ les valider avec la direction des soins et
- ✓ les rendre disponible dans la base documentaire

Formation institutionnelle validée DPC (2017)

- Proposition d'une formation suite aux conclusions de l'audit et à la demande du groupe endoscopie et validation par la Direction des Soins
- Thématique : « Prise en charge des endoscopes : de l'acte endoscopique au stockage de l'endoscope »
 - ✓ Acte endoscopique
 - ✓ PEC des endoscopes : transport, désinfection, stockage
 - ✓ Surveillance microbiologique
 - ✓ Traçabilité
- Sont concernés les IDE et AS des services (personnel de garde y compris)

Formation institutionnelle validée DPC (2017)



Le rôle du TBH

- ☒ Elaboration du diaporama de formation
- ☒ Construction des évaluations avant et après formation
- ☒ Correction des évaluations
- ☒ Evaluations à distance : rédaction, distribution, réception des retours et corrections
- ☒ Communication des notes obtenues à l'encadrement et aux agents → prise de RDV sur site pour les agents n'ayant pas obtenus la note minimale
- ☒ Procédure d'habilitation des agents formés

Qualification ESET : 7 jours de stockage

- Suite à la parution de la circulaire du 4 juillet 2016, choix d'étendre la période de stockage à 7 jours
- Reprise du mode opératoire utilisé pour le stockage à 72H



La TBH organise seule la qualification, fédère autour d'elle les IDE du plateau technique : c'est une réussite !

Conclusion

Je suis devenue en 2018 Co-pilote du groupe institutionnel.

Mes compétences, mon expertise et mon implication sont reconnus au niveau institutionnel !

Je remercie toutes les personnes qui me côtoient et qui ont cru en moi :

rien n'est impossible !

