

Visite de risque en endoscopie : retour d'expérience au Centre Hospitalier de Briançon (Hautes-Alpes)

Magali Lobjois (IDE hygiéniste), Karine Gryzka (IDE endoscopie), Gaëlle Peli (pharmacienne hygiéniste), Emilie Lescure (responsable qualité pôle médicaux technique)
Centre hospitalier de Briançon (05)

mlobjois@ch-briancon.fr

Les secteurs d'endoscopie dans les établissements de santé sont des secteurs à risques. La prise en charge du patient en endoscopie constitue une des thématiques investiguées lors des visites de certification.

« L'investigation de la thématique "prise en charge du patient en endoscopie" vise à évaluer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques en endoscopie afin de garantir la sécurité des patients quels que soient :

- le lieu de réalisation de l'endoscopie
- le type d'endoscopie

L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables (EI), à une situation de crise ou à l'actualité, mais est fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial » [1].

Désormais la gestion des risques doit faire partie intégrante du quotidien des équipes opérationnelles d'hygiène : l'axe N°3 du Propias 2015 (Programme national d'action de prévention des infections associées aux soins) a pour but de réduire le risque infectieux associé aux actes invasifs. Les actions préconisées dans cet axe sont d'"identifier le risque lié aux dispositifs invasifs" et

de "programmer des visites de risques" (action 1) ; de "renforcer la promotion d'audit de pratiques des actes invasifs" (action 5) [2].

Contexte

Le Centre Hospitalier des Escartons de Briançon est un établissement polyvalent de 223 lits et places. La visite de certification v2014 était prévue pour le mois d'octobre 2015. Afin de la préparer, des cartographies de risques ont été réalisées en partenariat avec le service qualité et les cadres de santé de différents services comme le bloc opératoire ou la dialyse. Celle du secteur d'endoscopie a été difficile à réaliser du fait d'un éclatement des secteurs d'endoscopie gérés par des cadres différents (Tableau 1). Réunir les équipes sur leur temps de travail a également été une difficulté.

Sites d'endoscopie	Types d'endoscopies	Locaux
Consultations externes de médecine	Endoscopies pulmonaires et digestives sans anesthésie	1 salle d'examen, 1 salle de décontamination, désinfection en machine
Consultations externes d'ORL	Naso-fibroscopies	1 salle d'examen, pas de salle de décontamination, désinfection manuelle, utilisation de gaine à usage unique
Bloc opératoire	Endoscopies digestives sous anesthésie générale et endoscopies urologiques	1 salle d'examen, pas de salle de décontamination, désinfection manuelle
Soins continus	Endoscopies pulmonaires et digestives sans anesthésie	Examens dans les chambres, salle de décontamination non conforme, désinfection manuelle

Tableau 1 : situation de l'endoscopie en 2014

Seule l'équipe d'endoscopie des consultations externes était formée à la fois à la réalisation des endoscopies pulmonaires et digestives et à la désinfection des appareils. Absente la nuit, les week-ends et jours fériés, il n'y avait pas d'équipe pour réaliser les endoscopies en urgence et la désinfection des endoscopes. De ces problématiques ont résulté plusieurs événements indésirables en 2013 et 2014 : suite à une mauvaise prise en charge des endoscopes après examens, ces derniers ont été mis en quarantaine jusqu'au retour de prélèvements conformes. Cela a entraîné une désorganisation du service et une déprogrammation des patients.

Pour les endoscopies digestives réalisées au bloc du 3^{ème} étage, la désinfection était réalisée aux consultations externes au rez-de-chaussée, d'où la nécessité de transporter les endoscopes. L'organisation n'était pas optimale et générait une perte de temps.

Jusqu'en 2014, aucun audit des pratiques n'avait été réalisé en endoscopie.

Un des objectifs de la Direction était de centraliser les endoscopies et le traitement des endoscopes afin d'améliorer la sécurité et l'hygiène, d'uniformiser et d'améliorer les pratiques et d'optimiser le temps de personnel.

C'est pourquoi, dans ce contexte difficile mais également exigeant en termes de qualité et de sécurité des soins, l'infirmière hygiéniste a proposé au Clin, à la Direction et au service Qualité d'organiser une visite de risques pour le secteur d'endoscopie.

La proposition ayant été acceptée, la démarche a pu être engagée auprès du Cclin Sud-Est lors du premier trimestre 2014.

Organisation de la visite

Les premiers contacts téléphoniques ont permis de fixer une date de visite au 24 novembre 2014. Rapidement l'infirmière hygiéniste a reçu le protocole de visite de risque ainsi que la liste des documents à envoyer au Cclin Sud-Est un mois avant.

Le choix de la visite s'est porté principalement sur les consultations externes qui possédaient une équipe dédiée et l'activité la plus importante. Une visite était également prévue au bloc opératoire.

Le projet a été présenté à la Cellule Qualité-Gestion des Risques, en présence du Directeur Qualité et du Directeur des Soins. L'infirmière hygiéniste a été nommée référente de la visite, accompagnée d'une infirmière référente en endoscopie.

La première étape a été de recenser l'ensemble des do-

cuments demandés par le Cclin Sud-Est. Cette étape, à première vue simple, s'est en fait révélée plus compliquée que prévu : en effet, plusieurs documents manquaient. Passé ce premier moment de panique et de remise en question, l'équipe a réalisé que cette visite de risque serait d'autant plus utile.

La deuxième étape pour le référent de la visite a été d'organiser le programme de la journée, en prévoyant les rencontres avec les professionnels (programmation d'un créneau horaire de 15 à 20 minutes par personne interviewée), tout en optimisant le temps sur place des experts. La logistique a également dû être anticipée (repas, salles de rencontres).

Le programme de la journée ainsi défini a ensuite été formalisé puis envoyé à chaque professionnel participant ainsi qu'aux visiteurs.

Le jour J, la visite de risque s'est ouverte à 8h30 par une rencontre entre les différents acteurs : professionnels, Direction et experts du Cclin Sud-Est.

L'observation des pratiques a démarré parallèlement avec une lecture des différents documents du service (procédures, fiches de traçabilité, manuel des différents appareils, résultats des contrôles, fiches de postes, fiches techniques et de sécurité des produits).

Les interviews des professionnels se sont déroulées l'après-midi ; les experts ont rencontré le personnel médical et paramédical du service, l'encadrement des consultations externes et du bloc, mais également le responsable biomédical et le médecin du travail.

En fin d'après-midi, la visite s'est clôturée par une restitution des observations en présence des mêmes acteurs que le matin. La journée s'est terminée à 17h30.

L'après visite

Un mois plus tard nous recevons le rapport du Cclin Sud-Est, que nous devons approuver ou corriger. Rapidement nous avons reçu le rapport final comportant des recommandations regroupées par thèmes observés :

- l'organisation et les moyens par site et par type d'endoscopes,
- les consommables,
- les risques professionnels et la maladie de Creutzfeld-Jakob,
- les contrôles,
- la gestion des risques et de la qualité.

L'infirmière hygiéniste a effectué une restitution de ce rapport à toute l'équipe d'endoscopie, à la Direction et au service qualité : l'objectif étant de faire un résumé des recommandations émises dans le rapport et de proposer un plan d'action (Tableau 2). Le rapport complet a été envoyé à toutes les personnes concernées. Le plan d'action a été écrit en précisant les responsables des actions avec un calendrier d'échéance.

Finir la mise à jour des protocoles de désinfection des endoscopes et les simplifier : faire valider ces protocoles par le Clin
Elaborer la fiche technique de séquestration de l'endoscope en cas de MCJ
Informers les médecins sur l'évaluation du risque de MCJ afin de la réaliser en amont de l'acte
Simplifier la traçabilité aux consultations externes : faire traçabilité par endoscope Améliorer la traçabilité en ORL faire traçabilité des filtres à eau
Evaluer les pratiques en ORL
Mettre à disposition les fiches techniques des produits et des soluscopes
Mettre à jour les fiches de poste en fonction de l'organisation cible de juin au bloc

Tableau 2 : extrait du Plan d'action

L'intérêt d'une visite de risque et notre vécu

L'obtention de l'accord et de l'engagement de chaque acteur est primordiale pour réussir cette visite. Il est nécessaire de convaincre de son bien-fondé, ce qui n'a pas été le cas pour l'un de nos médecins qui n'y a par conséquent pas participé.

Les visiteurs ont également audité la prise en charge des naso-fibrosopes en ORL, ce qui n'était pas prévu. Cette investigation supplémentaire, inopinée, a été plus ou moins bien perçue par le personnel et a généré des tensions. Les procédures n'étaient pas entièrement conformes et connues de tous et la traçabilité non effective.

L'élaboration du plan d'action a été plus facile à réaliser car nous avons suivi les recommandations formulées et avons déterminé des priorités ; il a constitué un des éléments clefs pour la visite de certification. Beaucoup de choses étaient déjà en place mais nous avons profité de cette dynamique pour revoir toutes nos procédures (22 au total) et les fiches de traçabilité.

Cette visite nous a donné une impulsion positive : elle nous a aidés à réaliser notre projet de restructuration, à mettre en place la visite de certification et à l'aborder avec moins de crainte.

Elle a permis à une petite équipe comme la nôtre de pouvoir rencontrer des experts en hygiène et d'avoir des

échanges fructueux. Que ce soit les équipes d'hygiène ou les équipes dans les services, nous avons souvent « la tête dans le guidon » et ce regard externe nous a permis de connaître les points positifs et négatifs dans la gestion du risque en endoscopie.

Elle a également facilité la prise des bonnes décisions concernant notre futur projet de restructuration de toute l'endoscopie au bloc opératoire.

Enfin elle a permis de valoriser la fonction d'hygiéniste au sein de l'établissement et de la cellule qualité et gestion des risques.

Conclusion

Organiser des évaluations dans des petits établissements reste compliqué et nécessite d'y consacrer du temps, mais beaucoup de méthodes « clefs en mains » sont proposées. Les visites de risques réalisées par des personnes extérieures sont une méthode d'évaluation utile. Elles peuvent paraître chronophages dans leur phase préparatoire, certes la journée fût dense, mais la finalité ô combien efficace et enrichissante.

Aujourd'hui toutes les endoscopies digestives et pulmonaires sont réalisées dans de nouveaux locaux au bloc opératoire, conformes en termes de sécurité et d'hygiène.

Notre visite de certification concernant la gestion du risque infectieux en endoscopie s'est bien déroulée. Il nous reste à ce jour à élaborer un manuel qualité.

Nous remercions toute l'équipe du Cclin Sud-Est pour son aide et sa disponibilité.

Références

- 1 HAS. Certification des établissements de santé, guide thématique des experts-visiteurs, management de la prise en charge des patients en endoscopie. 2014. 20 pages.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1778813/fr/les-guides-thematiques-des-experts-visiteurs-format-2 clics-v2014
- 2 Ministère des affaires sociales, de la santé. Instruction n° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015. (réf 399611)