



**AUDIT DE PRATIQUES**

**« EVALUATION DES PRATIQUES  
EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »**

**RESULTATS 2005**

**C.CLIN Sud-Ouest**

Groupe Hospitalier Pellegrin  
33076 BORDEAUX

Tél. : 05 56 79 60 58

Fax : 05 56 79 60 12

E-mail : [cclin.so@chu-bordeaux.fr](mailto:cclin.so@chu-bordeaux.fr)

<http://cclin-sudouest.com>

**GROUPE DE TRAVAIL ANIME PAR :**

Madame Elisabeth GALY	CCLIN Sud-Ouest	Toulouse
Monsieur Daniel ZARO-GONI	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux

**PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL :**

Madame Cécile BARRUE	CHU Purpan	Toulouse
Madame Anne BAZIN	Clinique Pasteur	Toulouse
Madame Agnès BRASILES	CHU Purpan	Toulouse
Monsieur Serge DEVAUX	Centre Hospitalier	Moissac - Castelsarrasin
Madame Françoise FOIDART	Clinique du Château	Toulouse
Madame Sylvie MANS	CHIVA	Foix
Docteur Jean-Louis PAYEN	Centre Hospitalier	Montauban
Docteur Christophe GAUTIER	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux

**EXPLOITATION DES RESULTATS ET REDACTION DU RAPPORT :**

Madame Elisabeth GALY	CCLIN Sud-Ouest	Toulouse
Docteur Christophe GAUTIER	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux
Mademoiselle Julie GONDEL	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux
Docteur Pierre PARNEIX	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux
Monsieur Daniel ZARO GONI	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux

**Ces résultats sont également disponibles sur le site Internet  
du C.CLIN Sud-Ouest**

**[<http://www.cclin-sudouest.com>]**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>A / OBJECTIF DE L'ETUDE</b> .....	5
<b>B / BUTS DE L'EVALUATION</b> .....	5
<b>C / METHODOLOGIE</b> .....	5
<b>I / DONNEES GENERALES</b> .....	7
<b>II / AVANT L'ACTE</b> .....	11
<b>III / DEROULEMENT DE L'ACTE</b> .....	21
<b>IV / A LA FIN DE L'ACTE</b> .....	28
<b>V / BIONETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT ENTRE DEUX PATIENTS</b> .....	31
<b>VI / CONCLUSION</b> .....	33
<b>ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE</b> .....	36
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS</b> .....	37
<b>ANNEXE 3 : FICHE DE RECUEIL</b> .....	40

# INTRODUCTION

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer, (définition de l'audit selon l'ANDEM). L'audit médical correspond à ce que l'on désigne sous le terme « d'audit clinique » incluant à la fois, les soins médicaux et les soins infirmiers.

Cette étude est placée sous l'égide du CCLIN Sud-Ouest. La méthodologie utilisée, est basée sur la réflexion d'un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant médecin gastro-entérologue, pharmacien et infirmières en hygiène hospitalière des réseaux Midi-Pyrénées et Aquitaine.

Au total, **68** établissements se sont portés volontaires pour participer à ce travail (soit 24,5 % des 277 établissements de l'inter région appelés à participer).

Au vu et après analyse des résultats de cet audit, il appartiendra aux équipes, qui le souhaitent et le jugent nécessaire, de mettre en œuvre une réflexion sur les éventuelles discordances mises en évidence par rapport aux recommandations officielles applicables lors des actes sur les patients.

## **A / OBJECTIF DE L'ETUDE**

Faire un état des lieux sur l'appropriation des recommandations applicables pour la maîtrise du risque infectieux, au cours des actes d'endoscopie digestive effectués par les équipes.

Il s'agit de permettre aux établissements volontaires de mesurer le niveau d'observance de ces recommandations, par l'utilisation d'une méthodologie commune et validée.

## **B / BUTS DE L'EVALUATION**

Aider les équipes dans leur démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients au cours d'une endoscopie digestive

Apporter les mesures correctives afin d'améliorer les pratiques de soins.

Cette évaluation doit permettre de repérer au sein de l'établissement et du service d'endoscopie, le non respect des règles de bonnes pratiques. L'analyse de ces « points critiques » facilite l'élaboration des solutions correctives qui, une fois en place, contribuent à l'amélioration de la qualité des prestations

## **C / METHODOLOGIE**

Tous les établissements de soins volontaires, quel que soit le type d'établissement, pouvaient participer à l'étude.

Tous les services ou blocs opératoires dans lesquels des actes d'endoscopie digestive sont réalisés, pouvaient être inclus dans cette évaluation.

La sélection des unités d'endoscopie et de bloc opératoire pour participer à cette évaluation a été réalisée par l'équipe du CLIN, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et le service des Soins Infirmiers de l'établissement.

Toutes les équipes ayant une activité d'endoscopie digestive ont été auditées. Dans le but de limiter l'effet répétitif des gestes réalisés, le groupe de travail a limité à trois, le nombre d'observations par équipe d'endoscopiste. A titre d'exemple, un établissement possédant un service d'endoscopie digestive et 3 médecins endoscopistes avait pour objectif de réaliser 9 observations.

Les trois observations, sur une même équipe, pouvaient être réalisées, au choix de la structure, de manière successive ou réparties dans le temps.

La période d'audit des pratiques en endoscopie digestive, a eu lieu du 18 octobre 2004 au 12 novembre 2004. L'établissement ayant déterminé une période de 5 jours consécutifs pour conduire cet audit.

Tous les patients bénéficiant d'une gastroscopie et/ou coloscopie avec ou sans biopsie pouvaient être inclus dans cette étude.

Chaque établissement après avoir saisi ses données, avait la possibilité d'accéder à ses propres résultats en utilisant l'analyse automatisée incluse dans l'outil informatique, mis à disposition par le CCLIN Sud-Ouest à tous les participants.

Les résultats présentés dans ce document concernent l'ensemble des établissements ayant volontairement suivi cet audit et ayant renvoyé les disquettes comportant les saisies de leurs observations. Les données globales figurant dans ce rapport ont été exploitées par le CCLIN Sud-Ouest avec le logiciel EPI INFO version 6.

# I – DONNEES GENERALES

Cet audit a été proposé à tous les présidents de CLIN des 277 établissements de santé de l'inter-région Sud-Ouest susceptibles de pratiquer des endoscopies digestives.

Au total, **68** établissements se sont portés volontaires pour participer à ce travail. Ils se répartissent de la manière suivante :

<b>Statut de l'établissement</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Privé	31	45,6
PSPH	7	10,3
Public	30	44,1
Total	68	100,0

<b>Nature de l'établissement</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Centre Hospitalier	27	39,7
Centre Hospitalier Universitaire	2	2,9
Centre de Lutte contre le Cancer	2	2,9
Cliniques MCO	31	45,6
Hôpital des Armées	1	1,5
Autres établissements	5	7,4
Total	68	100,0

Au cours de la période d'observation (18 octobre au 12 novembre 2004), 603 actes d'endoscopies digestives ont été audités mais seulement **600** actes étaient exploitables lors de l'analyse.

Ces actes ont été réalisés dans 81 services d'endoscopies et par 203 équipes endoscopistes.

**Tableau I - Fréquence des actes audités**

<b>Nature de l'acte</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gastroscopie	108	18,0
<u>Coloscopie</u>	<u>182</u>	<u>30,3</u>
Gastroscopie avec biopsie	74	12,3
Coloscopie avec biopsie	103	17,2
Gastroscopie et coloscopie sans biopsie	50	8,3
Gastroscopie et coloscopie avec biopsie	83	13,9
Total	600	100,0

Dans cette étude, la coloscopie est l'examen le plus réalisé soit 30% des situations observées alors qu'en pratique courante la gastroscopie est l'examen le plus fréquent.

Le groupe pilote de cet audit, a tenté de trouver une raison à ce résultat : seule l'hypothèse d'une activité libérale réalisant plus fréquemment des coloscopies a été évoquée, mais sans pouvoir l'affirmer.



**Tableau II - Actes audités et anesthésie générale**

Type d'actes	N	Acte pratiqué sous anesthésie générale				
		Oui	Non	NR*	% Oui	% Oui**
Gastroscopie	108	56	51	1	51,9	52,4
Coloscopie	182	165	17	-	90,7	90,7
Gastroscopie avec biopsie	74	49	25	-	66,2	66,2
Coloscopie avec biopsie	103	97	5	1	94,2	95,1
Gastroscopie et coloscopie sans biopsie	50	46	4	-	92,0	92,0
Gastroscopie et coloscopie avec biopsie	83	83	-	-	100,0	100,0
Total	600	496	102	2	82,7	82,9

\*NR : non réponses

\*\* %Oui après exclusion des non réponses (exclusion au dénominateur)

Sur les 600 endoscopies, 496 sont pratiquées sous anesthésie générale, soit **82,7 %**. L'acte se déroule au bloc opératoire dans **34,0 %** des cas (n=204) et en salle d'endoscopie dans **66,0 %** des cas (n=396).

**Tableau III - Relation entre actes réalisés et lieu de pratique**

Type d'actes	N	Lieu de l'acte pratiqué			
		Bloc opératoire		Salle d'endoscopie	
		n	%	n	%
Gastroscopie	108	30	27,8	78	72,2
Coloscopie	182	66	36,3	116	63,7
Gastroscopie avec biopsie	74	24	32,4	50	67,6
Coloscopie avec biopsie	103	45	43,7	58	56,3
Gastroscopie et coloscopie sans biopsie	50	18	36,0	32	64,0
Gastroscopie et coloscopie avec biopsie	83	21	25,3	62	74,7
Total	600	204	34,0	396	66,0

L'utilisation d'une salle dédiée à l'activité d'endoscopie est le cas pour 2/3 des établissements. Le bloc opératoire représente 34% des observations. Notons que cette organisation architecturale est retenue quel que soit l'examen effectué, quelle que soit la modalité d'examen choisie (réalisation ou pas d'une biopsie, réalisation d'une gastroscopie suivie d'une coloscopie). Les patients sont anesthésiés dans l'un et l'autre de ces lieux d'activité.

**Tableau IV - Fréquence des personnels audités**

<b>Personnels audités</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médecin endoscopiste	600	100,0
Médecin anesthésiste	353	58,8
Au moins un(e) infirmier(e)	455	75,8
Personnel médical en formation	21	3,5
Infirmière IADE	260	43,3
Au moins un(e) aide soignant(e)	330	55,0

Nous retrouvons toutes les professions concernées par la réalisation de l'examen d'endoscopie : médecin endoscopiste, au moins un(e) infirmier(e) et un(e) aide soignant(e), ainsi que le médecin anesthésiste et l'infirmière anesthésiste diplômée d'état (IADE) pour la prise en charge des actes d'anesthésies.

## II – Avant l'acte

### Hygiène des mains

Tableau V - Observance de l'hygiène des mains selon le personnel concerné

Personnel concerné	N	Type d'hygiène pratiqué									
		Lavage simple		Lavage hygiénique		Traitement hygiénique par friction		Non fait		Non réponse	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médecin endoscopiste	600	192	32,0	74	12,3	32	5,3	299	49,8	3	0,5
Personnel médical en formation	21	7	33,3	-	-	2	9,5	12	57,1	-	-
Infirmier(e)	512	231	45,1	84	16,4	57	11,1	139	27,1	1	0,2
Aide soignant(e)	333	139	41,7	34	10,2	49	14,7	109	32,7	2	0,6
Médecin anesthésiste	353	70	19,8	17	4,8	52	14,7	209	59,2	5	1,4
Infirmière IADE	260	101	38,8	28	10,8	42	16,2	86	33,1	3	1,2

Avant l'acte, l'observance de l'hygiène des mains montre, quel que soit la catégorie professionnelle, des insuffisances dans le respect de cette mesure essentielle.

L'hygiène des mains est réalisée par un médecin endoscopiste sur deux.

Un lavage simple est effectué dans 32% des cas et pour 12% il est pratiqué un lavage hygiénique.

La friction avec une solution hydro-alcoolique est une technique très peu utilisée seulement 5%.

Si l'on retient comme niveau requis, la pratique d'une hygiène des mains de bas niveau, (lavage simple ou friction avec une solution hydro-alcoolique) on constate que 37% des pratiques sont conformes.

Dans 12% des observations il est réalisé un lavage hygiénique.

40% des médecins anesthésistes pratiquent une hygiène des mains. Lorsque celle-ci est réalisée elle concerne pour 20% un lavage simple et 15% une friction avec une solution hydro-alcoolique.

Un lavage hygiénique est réalisé dans 5%.

Pour les autres catégories professionnelles on note que pour environ 70% des endoscopies une hygiène des mains a été réalisée avant l'acte avec une prédominance de lavage simple (de 39 à 45%) et de friction avec une solution hydro-alcoolique dans 11 à 16% de situations.

Le lavage hygiénique est réalisé dans 10% des cas par les IADE et les aides-soignants et par 16% des infirmières.

Ces résultats largement insuffisants doivent être améliorés.

Le traitement hygiénique des mains par friction est la technique à développer par les équipes car elle est la plus adaptée à ce type d'activité.

Cette technique, qui a démontré son efficacité, est facile de mise en œuvre, d'application rapide et d'une tolérance supérieure au lavage des mains. De plus l'implantation de cette méthode améliore l'observance de l'hygiène des mains.

## Tenue vestimentaire

Personnel concerné	Port de pyjama					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	481	113	6	80,2	81,0
Personnel médical en formation	21	16	4	1	76,2	80,0
Infirmier(e)	513	504	2	7	98,2	99,6
Aide soignant(e)	338	332	4	2	98,2	98,8
Médecin anesthésiste	353	310	39	4	87,8	88,8
Infirmière IADE	260	248	8	4	95,4	96,9
Personnel concerné	Chaussures professionnelles					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	410	185	5	68,3	68,9
Personnel médical en formation	21	16	4	1	76,2	80,0
Infirmier(e)	513	499	8	6	97,3	98,4
Aide soignant(e)	338	327	9	2	96,7	97,3
Médecin anesthésiste	353	297	51	5	84,1	85,3
Infirmière IADE	260	244	11	5	93,8	95,7
Personnel concerné	Tablier/surblouse à usage unique					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	102	491	7	17,0	17,2
Personnel médical en formation	21	4	15	2	19,0	21,1
Infirmier(e)	513	104	401	8	20,3	20,6
Aide soignant(e)	338	56	276	6	16,6	16,9
Personnel concerné	Gants non stériles à usage unique					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	584	8	8	97,3	98,6
Personnel médical en formation	21	16	4	1	76,2	80,0
Infirmier(e)	513	495	7	11	96,5	98,6
Aide soignant(e)	338	321	13	4	95,0	96,1
Personnel concerné	Masque					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	106	482	12	17,7	18,0
Personnel médical en formation	21	7	12	2	33,3	36,8
Infirmier(e)	513	165	338	10	32,2	32,8
Aide soignant(e)	338	137	196	5	40,5	41,1
Personnel concerné	Masque à visière					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	12	579	9	2,0	2,0
Personnel médical en formation	21	-	18	3	-	-
Infirmier(e)	513	4	502	7	0,8	0,8
Aide soignant(e)	338	-	330	8	-	-

**Tableau VI - Observance du respect de la tenue vestimentaire selon le personnel**

<b>Masque et masque à visière</b>						
	<b>N</b>	<b>Masque</b>	<b>Masque à visière</b>	<b>Aucun des 2</b>	<b>NR</b>	<b>% Aucun des 2</b>
Médecin endoscopiste	600	106	12	473	9	78,8
Personnel médical en formation	21	7	-	12	2	57,1

  

<b>Lunettes de protection</b>						
	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>
Médecin endoscopiste	600	22	564	14	3,7	3,8
Personnel médical en formation	21	1	17	3	4,8	5,6
Infirmièr(e)	513	29	474	10	5,7	5,8
Aide soignant(e)	338	17	312	9	5,0	5,2

  

<b>Changement de gants si gastroscopie suivie de coloscopie</b>						
	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>
Médecin endoscopiste	133	105	23	5	78,9	82,0
Personnel médical en formation	2	1	1	-	50,0	50,0
Infirmièr(e)	104	85	13	6	81,7	86,7
Aide soignant(e)	74	47	21	6	63,5	69,1
Infirmièr(e)	513	165	4	334	10	65,1
Aide soignant(e)	338	137	-	196	5	58,0

## COMMENTAIRES

### ◆ **Les points positifs :**

1. La tenue vestimentaire (port du pyjama), est globalement respectée. Le respect de cette mesure est comparable entre les différentes professions, on n'observe pas de différence au sein des équipes réalisant les endoscopies. Des améliorations toujours possibles sont à programmer et à organiser au sein des établissements notamment pour les médecins endoscopistes qui dans 19% des cas ne sont pas revêtus d'une tenue adaptée à l'activité exercée et que 31% d'entre eux ne portent pas de chaussures professionnelles.
2. Le port des gants non stériles à usage unique est fortement respecté et ce quelque soit le professionnel. Le besoin de se protéger individuellement contre le risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques doit conduire les personnes à porter des gants au cours de ces examens (cf. Précautions Standard).
3. Si un changement de gants est indiqué et nécessaire, il est réalisé pour plus de 80% des professionnels concernés (médecins et infirmières). Il ne s'agit plus d'une protection de l'opérateur comme précédemment mais bien d'un souci de prévention de la transmission de germes entre patients. Lorsque une gastroscopie est suivie d'une coloscopie, un changement systématique de gants doit être réalisé entre les deux actes par tous les professionnels. Lors des 133 observations conduites au cours de l'audit un changement de gants a été réalisé avec une fréquence comprise entre 64 et 79% alors que le résultat attendu était de 100%.

### ◆ **Les points à améliorer :**

1. Le port de protections telles que tablier, sur blouse est de 17% à 21%, ce qui est très insuffisant en raison du risque de projections existant pendant la réalisation de l'acte notamment pour le médecin endoscopiste.
2. Les masque, masque à visière et lunettes de protection sont trop peu utilisés : 18% de port de masque, 2% de masque à visière et 4% de lunettes pour les médecins endoscopistes.

Les recommandations concernant la protection des individus vis à vis du risque de projections de produits biologiques humains, à savoir les protections « standard » ne semblent pas perçues comme indispensables et ne sont pas appliquées. C'est un point qui doit être amélioré, travaillé au sein des équipes.

**Tableau VI - Observance du respect de la tenue vestimentaire selon le personnel concerné et le lieu de l'acte**

Personnel concerné	Port de pyjama											
	Bloc opératoire						Salle d'endoscopie					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	204	183	18	3	89,7	91,0	396	298	95	3	75,3	75,8
Personnel médical en formation	8	7	-	1	87,5	100,0	13	9	4	-	69,2	69,2
Infirmier(e)	205	201	-	4	98,0	100,0	308	303	2	3	98,4	99,3
Aide soignant(e)	110	107	1	2	97,3	98,2	228	225	3	-	98,7	98,7
Médecin anesthésiste	117	114	2	1	97,4	98,3	236	196	37	3	83,1	84,1
Infirmière IADE	142	140	-	2	98,6	100,0	118	108	8	2	91,5	93,1
	Chaussures professionnelles											
	Bloc opératoire						Salle d'endoscopie					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	204	174	27	3	85,3	86,6	396	236	158	2	59,6	59,9
Personnel médical en formation	8	7	-	1	87,5	100,0	13	9	4	-	69,2	69,2
Infirmier(e)	205	200	2	3	97,6	99,0	308	299	6	3	97,1	98,0
Aide soignant(e)	110	107	1	2	97,3	99,1	228	220	8	-	96,5	96,5
Médecin anesthésiste	117	107	8	2	91,5	93,0	236	190	43	3	80,5	81,5
Infirmière IADE	142	135	4	3	95,1	97,1	118	109	7	2	92,4	94,0



**Personnel concerné****Tablier/surblouse à usage unique**

	<b>Bloc opératoire</b>						<b>Salle d'endoscopie</b>					
	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>
Médecin endoscopiste	204	29	172	3	14,2	14,4	396	73	319	4	18,4	18,6
Personnel médical en formation	8	1	6	1	12,5	14,3	13	3	9	1	23,1	25,0
Infirmièr(e)	205	31	170	4	15,1	15,4	308	73	231	4	23,7	24,0
Aide soignant(e)	110	11	96	3	10,0	10,3	228	45	180	3	19,7	20,0

**Gants non stériles à usage unique**

	<b>Bloc opératoire</b>						<b>Salle d'endoscopie</b>					
	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>
Médecin endoscopiste	204	198	2	4	97,1	99,0	396	386	6	4	97,5	98,5
Personnel médical en formation	8	7	-	1	87,5	100,0	13	9	4	-	69,2	69,2
Infirmièr(e)	205	197	4	4	96,1	98,0	308	298	3	7	96,8	99,0
Aide soignant(e)	110	102	6	2	92,7	94,4	228	219	7	2	96,1	96,9

Personnel concerné	Masque											
	Bloc opératoire						Salle d'endoscopie					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	204	52	145	7	25,5	26,4	396	54	337	5	13,6	13,8
Personnel médical en formation	8	7	-	1	87,5	100,0	13	-	12	1	-	-
Infirmier(e)	205	87	114	4	42,4	43,3	308	78	224	6	25,3	25,8
Aide soignant(e)	110	67	41	2	60,9	62,0	228	70	155	3	30,7	31,1

	Masque à visière											
	Bloc opératoire						Salle d'endoscopie					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	204	7	194	1	3,4	3,5	396	5	385	6	1,3	1,3
Personnel médical en formation	8	-	6	2	-	-	13	-	12	1	-	-
Infirmier(e)	205	3	199	3	1,5	1,5	308	1	303	4	0,3	0,3
Aide soignant(e)	110	-	106	4	-	-	228	-	224	4	-	-

**Personnel concerné****Lunettes de protection**

	<b>Bloc opératoire</b>						<b>Salle d'endoscopie</b>					
	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>
Médecin endoscopiste	204	9	189	6	4,4	4,6	396	13	375	8	3,3	3,4
Personnel médical en formation	8	1	5	2	12,5	16,7	13	-	12	1	-	-
Infirmièr(e)	205	17	184	4	8,3	8,5	308	12	290	6	3,9	4,0
Aide soignant(e)	110	7	99	4	6,4	6,6	228	10	213	5	4,4	4,5

**Changement de gants si gastroscopie suivie de coloscopie**

	<b>Bloc opératoire</b>						<b>Salle d'endoscopie</b>					
	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>	<b>N</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NR</b>	<b>% Oui</b>	<b>% Oui*</b>
Médecin endoscopiste	39	33	4	2	84,6	89,2	94	72	19	3	76,6	79,1
Personnel médical en formation	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	50,0	50,0
Infirmièr(e)	35	28	3	4	80,0	90,3	69	57	10	2	82,6	85,1
Aide soignant(e)	25	17	6	2	68,0	73,9	49	30	15	4	61,2	66,7

## **COMMENTAIRES :**

Le lieu de réalisation de l'endoscopie, salle d'endoscopie ou salle d'un bloc opératoire, ne semble pas influencer de manière significative habitudes de travail et les comportements des équipes médicales et infirmières. Les résultats observés précédemment sont identiques à ceux qui apparaissent dans les tableaux ci dessus.

Toutefois, pour l'ensemble des professionnels la tenue vestimentaire de base (port de pyjama et chaussures professionnelles) est plus fréquemment respectée en bloc opératoire qu'en salle d'endoscopie. On notera que pour 13% des médecins endoscopistes le port de chaussures spécifiques au bloc opératoire n'est pas respecté.

Le tablier ou la surblouse est moins fréquemment porté en bloc opératoire (14%) qu'en salle d'endoscopie (18 à 25%).

Le port de masque est plus fréquent en bloc opératoire. Cette observance peut être liée aux habitudes du port d'un masque dans l'enceinte d'un bloc.

## III – Déroulement de l'acte

### Pose de la voie veineuse

La pose de la voie veineuse se fait en salle dans **46,7%** des cas (n=280).

### Lors de la pose de la voie veineuse

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Respect des 4 étapes de la préparation cutanée	280	53	227	-	<b>18,9</b>	18,9
Nettoyage et désinfection du garrot entre chaque patient	280	94	178	8	<b>33,6</b>	34,6
Elimination immédiate du mandrin dans le collecteur de sécurité	280	221	58	1	78,9	79,2
Pose du pansement sur le point d'insertion	280	272	6	2	97,1	97,8
➤ Pansement occlusif	272	240	30	2	88,2	88,9
➤ Pansement stérile	272	243	28	1	89,3	89,7
Ports de gants non stériles à usage unique	280	101	177	2	<b>36,1</b>	36,3

Seulement 19% des poses de voies veineuses, font l'objet d'une préparation cutanée du point de ponction selon le principe des 4 temps (détersion, rinçage, séchage, antiseptie). C'est un chiffre très bas qui doit être amélioré en travaillant avec les équipes sur l'intérêt d'une telle procédure même si les actes (cathétérisation et perfusion) sont de courte durée.

Le port de gants qui se justifie comme une mesure préventive de la transmission virale en cas d'AES, n'est respecté que dans une situation sur trois (36%) ce qui est largement insuffisant en regard du risque réel d'accident avec exposition au sang (AES) par piqûre.

L'élimination immédiate du mandrin, mesure essentielle de la prévention des AES, est faite dans 79% des cas.

La mise en place d'un pansement sur le point de ponction est largement respectée (97%).

La gestion du garrot, nettoyage et désinfection, entre deux patients doit être reconsidéré avec les équipes concernées.

Ces 4 points représentent des pratiques non conformes, à risques tant pour le patient que pour le personnel concerné. Ces pratiques non satisfaisantes doivent être améliorées en priorité dans ces services d'endoscopie.

Les équipes concernées sont celles qui assurent la pose des voies veineuses sur les patients avant l'endoscopie.

## Actes d'anesthésie

### Lors des actes d'anesthésie

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Utilisation d'un plateau à patient unique	496	207	282	7	<u>41,7</u>	42,3
Utilisation de contenants à patient unique	496	416	75	5	83,9	84,7
Utilisation de seringues et aiguilles à patient unique	496	486	5	5	98,0	99,0
Préparation extemporanée des produits	496	390	101	5	<u>78,6</u>	79,4

L'utilisation d'un plateau à patient unique, c'est à dire préparé et utilisé pour un seul patient, n'est le cas que pour seulement 42% des endoscopies. Un même plateau utilisé pour plusieurs patients (58% des situations) est une pratique non conforme car il peut devenir, en cas de souillures, vecteur de transmission de virus véhiculés par le sang de patient ayant bénéficié d'une pose de voie veineuse.

La préparation extemporanée des drogues injectées chez le patient est de 79%, chiffre très haut mais encore trop bas pour permettre d'assurer la sécurité de tous les patients.

Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) publiées en 1997 préconisent : « le matériel utilisé (seringues, tubulures, robinets à 3 voies, ampoules et flacons) est à usage unique et destiné à un seul patient. Après connexion à la ligne de perfusion intraveineuse d'un patient, il doit être considéré comme potentiellement contaminé et donc uniquement utilisé pour ce patient, puis éliminé après usage ou au plus tard à la fin de l'anesthésie du patient concerné ».

« le plateau des agents anesthésiques est uniquement utilisable pour le soin d'un seul patient. Il contient l'ensemble de seringues et aiguilles préparées pour l'anesthésie en cours et doit être conservé dans un endroit propre et protégé de toute projection pour éviter une possible contamination ».

Sur ces deux points et afin d'être en conformité avec les recommandations de la SFAR les équipes concernées doivent mettre en œuvre les mesures correctives qui s'imposent.

## Oxygénothérapie

L'administration d'une oxygénothérapie a été réalisée dans **77,5 %** des cas (n=465).

### Lors d'oxygénothérapie

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Changement du matériel d'oxygénothérapie entre chaque patient	465	430	14	21	92,5	96,9
Utilisation du matériel de ventilation	465	249	180	36	53,5	58,0
Changement du matériel de ventilation entre chaque patient	249	235	<b>13</b>	1	94,4	94,8
Utilisation d'un filtre anti-bactérien	249	243	3	3	97,6	98,8

Le critère concernant le changement de matériel n'étant pas suffisamment précis, le résultat apparaissant dans ce tableau doit être considéré avec beaucoup de prudence et ne permet pas d'aller plus loin dans les commentaires.

## Aspiration trachéo-bronchique

Une aspiration trachéo-bronchique est réalisée dans **4,7 %** des cas (n=28).

### Lors d'une aspiration trachéo-bronchique

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Utilisation de gants non stériles à usage unique	28	21	7	-	75,0	75,0
Port d'un masque de protection	28	6	22	-	21,4	21,4
Utilisation d'un matériel d'aspiration à usage unique	28	23	3	2	82,1	88,5
Utilisation d'un matériel d'aspiration à usage multiple et stérile	28	7	13	8	25,0	35,0
Changement de matériel entre chaque patient	28	26	2	-	92,9	92,9

En regard du faible nombre d'observations (n = 28) ces résultats sont à prendre avec prudence. On soulignera cependant que 25% des aspirations sont faites sans port de gants alors qu'il y a un risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques.

Le matériel utilisé est pour 82% des observations à usage unique et il est changé entre chaque patient dans 93% des cas.

## Au cours de l'endoscopie

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Utilisation d'un cale dents à usage unique	600	126	240	234	21,0	34,4
Utilisation d'un cale dents à usage multiple et stérile	600	218	67	315	36,3	76,5
Utilisation d'une pince à biopsie	600	297	233	70	49,5	56,0
Utilisation d'une pince à biopsie stérile à usage unique	297	293	2	2	98,7	99,3
Changement du tuyau d'aspiration de l'endoscope entre 2 patients	600	216	358	26	36,0	37,6
Prétraitement de l'endoscope dès la fin de l'acte	600	582	8	10	97,0	98,6

	N	Usage unique	Usage multiple	Aucun des 2	NR
Utilisation d'un cale dents	600	126	218	58	198

Conformément à la réglementation en vigueur, l'utilisation d'une pince à biopsie stérile à usage unique est une pratique dans 99% des situations.

A peine plus du tiers des équipes procèdent à un changement de tuyau d'aspiration entre chaque patient.

Les recommandations relatives à l'entretien des endoscopes sont largement appliquées puisque 97% des endoscopes font l'objet d'un pré-traitement dès la fin de l'acte.



## Interruptions pendant l'acte

L'acte est interrompu dans **22,0 %** des cas (n=132)

Personnel concerné	N	Interruption				
		Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	43	71	486	7,2	37,7
Personnel médical en formation	21	-	4	17	-	-
Infirmièr(e)	60	46	10	4	76,7	82,1
Aide soignant(e)	33	30	2	1	90,9	93,8
Médecin anesthésiste	353	62	43	248	17,6	59,1
Infirmière IADE	260	17	32	211	6,5	34,7

Personnel concerné	N	Mesures correctives				
		Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	43	23	16	4	53,5	59,0
Infirmièr(e)	46	40	2	4	87,0	95,2
Aide soignant(e)	30	19	5	6	63,3	79,2
Médecin anesthésiste	62	14	37	11	22,6	27,5
Infirmière IADE	17	8	7	2	47,1	53,3

Pour les médecins endoscopistes, anesthésistes et les infirmières IADE le nombre très élevé de non-réponses ne permet pas une analyse précise des résultats.

Cependant cet audit montre que les endoscopistes interrompent leur activité dans 7% des cas et que seulement à peine plus d'un sur deux met des mesures correctives en place.

Pour les médecins anesthésistes on note 18% d'interruptions et 23% d'entre-eux appliquent des mesures correctives

Les interruptions de tâches sont les plus fréquentes chez les aides-soignantes et les infirmières (91% et 77%) qui mettent en place des mesures correctives dans respectivement 63% et 87% des situations.

## Mesures correctives mises en place

Personnel concerné	Hygiène des mains					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	23	10	11	2	43,5	47,6
Infirmièr(e)	40	16	22	2	40,0	42,1
Aide soignant(e)	19	9	8	2	47,4	52,9
Médecin anesthésiste	14	10	3	1	71,4	76,9
Infirmière IADE	8	8	-	-	100,0	100,0

  

	Changement de gants					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	23	20	3	-	87,0	87,0
Infirmièr(e)	40	35	5	-	87,5	87,5
Aide soignant(e)	19	18	1	-	94,7	94,7
Médecin anesthésiste	14	2	4	8	14,3	33,3
Infirmière IADE	8	1	3	4	12,5	25,0

  

	Hygiène des mains et changement de gants					
	N	Les 2	Hygiène mains seule	Change gants seul	Aucun des 2	% Oui aux 2
Médecin endoscopiste	23	10	-	10	3	43,5
Infirmièr(e)	40	16	-	19	5	40,0
Aide soignant(e)	19	9	-	9	1	47,4
Médecin anesthésiste	14	1	9	1	3	7,1
Infirmière IADE	8	1	7	-	-	12,5

Pour ce qui concerne les trois premières catégories professionnelles (médecin endoscopiste, infirmière, aide-soignante) une hygiène des mains n'est réalisée qu'en moyenne à 44%, le changement de gants varie de 87% à 95%.

L'hygiène des mains est plus largement respectée par les médecins et infirmières anesthésistes mais le changement de gants, pour cette même catégorie professionnelle, est très insuffisamment appliqué soit 12% à 14%. Il est cependant à noter un nombre d'observations très faible.

Pour ce qui concerne le critère « hygiène des mains et changement de gants », ce qui était attendu en terme de résultat, seulement 40% à 47% des procédures sont conformes. Les résultats sont beaucoup plus faible (7% à 12%) pour ce qui concerne les pratiques en anesthésie mais le nombre d'observations est particulièrement faible.

## IV – A la fin de l'acte

### Gestes effectués directement après l'acte d'endoscopie

Personnel concerné	Hygiène des mains					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	384	206	10	64,0	65,1
Personnel médical en formation	21	11	4	6	52,4	73,3
Infirmièr(e)	496	347	142	7	70,0	71,0
Aide soignant(e)	328	223	98	7	68,0	69,5

  

Personnel concerné	Elimination surblouse/tablier					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	97	217	286	16,2	30,9
Personnel médical en formation	21	3	5	13	14,3	37,5
Infirmièr(e)	496	71	198	227	14,3	26,4
Aide soignant(e)	328	32	118	178	9,8	21,3

  

Personnel concerné	Elimination du masque					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	46	241	313	7,7	16,0
Personnel médical en formation	21	1	7	13	4,8	12,5
Infirmièr(e)	496	47	235	214	9,5	16,7
Aide soignant(e)	328	25	150	153	7,6	14,3

  

Personnel concerné	Elimination des gants					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin endoscopiste	600	562	18	20	93,7	96,9
Personnel médical en formation	21	14	1	6	66,7	93,3
Infirmièr(e)	496	438	33	25	88,3	93,0
Aide soignant(e)	328	298	18	12	90,9	94,3

Pour les médecins endoscopistes l'hygiène des mains est plus fréquente après l'examen d'endoscopie qu'avant : 64% après et 50% avant.

Les infirmières procèdent moins souvent à une hygiène des mains après l'examen (70% après pour 73% avant). Les résultats chez les aides-soignantes sont quasiment identiques (67% avant et 68% après).

L'élimination des gants est très fréquente 94% pour les médecins et 88% pour les infirmières.

Toutes catégories professionnelles confondues l'élimination de la surblouse, du tablier et du masque est faible mais il faut noter pour ces deux critères un nombre de non-réponses est élevé.

## Dès la fin de la prise en charge du patient :

Personnel concerné	Hygiène des mains					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin anesthésiste	353	124	202	27	35,1	38,0
Infirmièr(e) IADE	260	164	87	9	63,1	65,3

  

Personnel concerné	Elimination surblouse/tablier					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin anesthésiste	353	1	150	202	0,3	0,7
Infirmièr(e) IADE	260	-	92	168	-	-

  

Personnel concerné	Elimination du masque					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin anesthésiste	353	8	166	179	2,3	4,6
Infirmièr(e) IADE	260	13	106	141	5,0	10,9

  

Personnel concerné	Elimination des gants					
	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Médecin anesthésiste	353	125	117	111	35,4	51,7
Infirmièr(e) IADE	260	142	33	85	54,6	81,1

Dès la fin de la prise en charge du patient, les médecins anesthésistes réalisent une hygiène des mains dans 35% des observations. Ce taux est plus faible que celui obtenu avant le début de l'acte où 41% d'entre eux avaient réalisé une hygiène des mains.

Les infirmières anesthésistes procèdent plus fréquemment à une hygiène des mains après l'acte 63% qu'avant où le taux d'observance recueilli est de 33%.

En ce qui concerne l'élimination des moyens de protection utilisés (surblouse, tablier masque) les résultats sont faibles mais ils sont à considérer avec prudence en raison du nombre important de non réponses obtenu. L'élimination des gants n'est pas systématique contrairement aux recommandations : un peu plus du tiers chez les médecins et une fois sur deux chez les infirmières anesthésistes.

Ces résultats montrent des insuffisances dans l'application des règles de bonnes pratiques. Les équipes devront travailler sur ces points afin d'améliorer l'observance de l'hygiène des mains, la bonne gestion du port de gants et des moyens de protection.

## V – Bionettoyage de l'environnement entre deux patients

Le bionettoyage de l'environnement entre 2 patients se fait dans **77,2 %** des cas (n=463).

### Lors du bionettoyage

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Port d'une surblouse ou tablier	463	57	402	4	12,3	12,4
Port de gants à usage unique	463	348	112	3	75,2	75,7
Evacuation du linge	463	327	94	42	70,6	77,7
Evacuation des DASRI	463	246	207	10	53,1	54,3
Essuyage des surfaces avec un DD	463	420	34	9	90,7	92,5
➤ table d'instrumentation	420	245	127	48	58,3	65,9
➤ table d'anesthésie	420	165	211	44	39,3	43,9
➤ colonne vidéo	420	232	179	9	55,2	56,4
➤ table d'examen	420	355	19	46	84,5	94,9

  

	N	Oui	Non	Non adapté	NR	% Oui**	% Oui*
Lavage du sol si souillures	463	173	29	249	12	80,8	85,6

  

	N	Oui	Non	NR	% Oui	% Oui*
Hygiène des mains à l'issue du bionettoyage	463	296	150	17	63,9	66,4

\* exclusion des non réponses

\*\* exclusion des « non adaptés »

La personne en charge de l'entretien de l'environnement est revêtue d'une surblouse ou d'un tablier à usage unique dans seulement 12% des cas.

La fréquence du port de gants à usage unique est de 75%.

A la fin de la procédure de bionettoyage pour 36% des cas il n'a pas été réalisé d'hygiène des mains.

A la fin de l'acte, les déchets d'activités de soins à risque infectieux sont éliminés à peine plus d'une fois sur deux (54%) et le linge l'est dans 77% des cas.

Dans plus de  $\frac{3}{4}$  des situations (77%) un bionettoyage de l'environnement est réalisé entre deux patients. Lors de ce bionettoyage, un essuyage des surfaces avec un détergent-désinfectant est réalisé dans 92% des cas. Si la table d'examen fait l'objet d'un entretien dans 95% des cas, les résultats montrent des procédures insuffisantes pour l'entretien de la table d'instrumentation (66%), de la table d'anesthésie qui dans 56% des observations n'a fait l'objet aucun essuyage et de la colonne vidéo qui est nettoyée une fois sur deux.

Dans plus de 80% des situations, il a été procédé à un lavage du sol en raison de la présence de souillures.

Les procédures de bionettoyage, réalisées entre deux actes, doivent faire l'objet d'axes d'amélioration notamment en ce qui concerne l'environnement proche du patient.

Les tables d'instrumentation et d'anesthésie doivent faire l'objet d'un essuyage systématique à l'aide d'un détergent-désinfectant après chaque patient.

Le port de gants, qui assurent la protection, des personnels doit être systématique ainsi que l'hygiène des mains.



## VI – CONCLUSION

Cet audit a permis de faire un état des lieux sur l'appropriation des recommandations applicables pour la maîtrise du risque infectieux au cours des actes d'endoscopie digestive.

L'absence de référentiels spécifiques à l'activité endoscopique a parfois limité l'analyse de certains résultats et commentaires. L'analyse s'est donc appuyée sur les recommandations générales existantes applicables aux différents actes audités.

Cette étude qui a porté sur 600 observations et 203 équipes permet de tirer un certain nombre d'enseignements.

**L'hygiène des mains** : l'application de cette mesure essentielle dans la prévention du risque infectieux reste largement insuffisante. Elle est réalisée, avant l'acte, par 50% des médecins endoscopistes, 40% des médecins anesthésistes, et en moyenne par 70% des autres professionnels. Après l'acte, les résultats sont sensiblement supérieurs pour l'ensemble des acteurs.

Dans toutes les catégories professionnelles on note une prédominance de lavage simple (20% à 45%) ou de traitement hygiénique des mains par friction.

L'utilisation de solution hydro-alcoolique est cependant très faible et varie selon les catégories professionnelles : 5% pour les médecins endoscopistes et 15% en moyenne pour les médecins anesthésistes et autres professionnels.

L'observance de l'hygiène des mains doit être prioritairement améliorée. Le traitement hygiénique des mains par friction est la technique à développer par les équipes car elle est la plus adaptée à ce type d'activité.

Cette technique, qui a démontré son efficacité, est facile de mise en œuvre, d'application rapide et d'une tolérance supérieure au lavage des mains. De plus l'implantation de cette méthode améliore l'observance de l'hygiène des mains.

**La tenue vestimentaire** est globalement respectée mais un effort doit être consenti. Chaque membre de l'équipe, prenant en charge un examen endoscopique, doit revêtir une tenue adaptée à savoir port d'un pyjama spécifique à cette activité et port de chaussures professionnelles.

Le port de gants est globalement satisfaisant pour l'ensemble des acteurs. Cette mesure essentielle, bien intégrée par les équipes, doit cependant faire l'objet d'une gestion plus rigoureuse portant sur un changement systématique des gants entre deux patients ou deux activités.

Le port de protections (surblouse, tablier, masque ou lunettes de protection) est insuffisant et doit amener les équipes à évaluer les risques encourus afin de définir, pour chaque professionnel, la tenue la plus adaptée pour leur protection vis-à-vis du risque de projections.

**La pose de la voie veineuse**, rencontrée dans 47% des situations doit faire l'objet de deux axes d'amélioration :

- la protection du soignant vis-à-vis du risque d'AES qui nécessite un port de gants systématique et l'élimination immédiate du mandrin
- une préparation cutanée du point de ponction respectant le principe des 4 temps.

**Lors des actes d'anesthésie** les pratiques observées montrent des non conformités qu'il conviendra de corriger. Afin d'être en conformité avec les recommandations de la SFAR, les mesures correctives doivent cibler l'utilisation d'un plateau à patient unique et la préparation extemporanée des médicaments.

Pendant l'acte d'endoscopie et conformément à la réglementation en vigueur, l'utilisation d'une pince à biopsie stérile à usage unique est une pratique dans 99% des situations. C'est un point positif qu'il convient de souligner. Il s'agit là d'une règle de sécurité importante dont tous les acteurs ont visiblement partagé l'intérêt malgré les surcoûts qu'elle induit.

Un autre point de cet audit a concerné les interruptions de tâches qui surviennent dans 22% des actes audités. Ces interruptions, faibles pour les médecins endoscopistes (7%) et les médecins anesthésistes (18%), sont fréquentes chez les aides-soignantes et les infirmières (91% et 77%).

La mise en place de mesures correctives telles que « une hygiène des mains et un changement de gants » (ce qui était attendu en terme de résultat) est effective pour certaines catégories professionnelles dans seulement 40% à 47% des procédures.

Il conviendra que chaque équipe mène une réflexion sur l'organisation et la prise en charge des actes d'endoscopie afin de limiter au maximum ces interruptions de tâches qui, lorsqu'elles ne sont pas bien gérées (absence d'hygiène des mains et de changement de gants) peuvent être source de transmission croisée par manuportage.

A la fin de l'acte il est procédé à une élimination des gants dans 88% à 94% des cas selon la catégorie professionnelle. On note cependant que ces résultats sont beaucoup plus faibles pour les équipes anesthésistes.

**Le bionettoyage de l'environnement** entre deux patients est réalisé dans plus des  $\frac{3}{4}$  des situations. Un essuyage (avec un détergent-désinfectant) des surfaces est réalisé dans 92% des cas mais l'observance varie en fonction des surfaces.

Si les résultats concernant la prise en charge de la table d'examen sont satisfaisants d'autres doivent faire l'objet d'axes d'amélioration notamment en ce qui concerne les tables d'instrumentation et d'anesthésie qui doivent faire l'objet d'un essuyage systématique.

En conclusion, cet audit démontre que l'application des mesures essentielles pour la prévention du risque infectieux, à savoir les « précautions standard » sont globalement insuffisantes et que certaines pratiques liées à la prise en charge anesthésique ou à la maîtrise de l'environnement méritent des améliorations.

En fonction des résultats obtenus, chaque établissement doit mettre en place les mesures correctives qui s'imposent. Cela doit se traduire par une réflexion consensuelle d'équipe à travers un projet de service visant l'amélioration des prestations donc la qualité des soins. Une information et une formation sur les précautions standard doivent être mises en place pour l'ensemble des professionnels concernés.

A travers l'activité endoscopique, à ce jour parfaitement codifiée et maîtrisée, l'application rigoureuse des « précautions standard » doit trouver sa juste et nécessaire place.

# Annexe 1

## Bibliographie

- (1) Comité Technique National des Infections Nosocomiales : 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 1999
- (2) Comité Technique National des Infections Nosocomiales : Désinfection des dispositifs médicaux. 1998
- (3) Ministère de la Santé, DGS/DHOS, CTIN "Désinfection des dispositifs médicaux en anesthésie et réanimation" - Septembre 2003.
- (4) SFHH : Recommandations pour la désinfection des mains. 2002
- (5) CCLIN Sud-Ouest : Recommandations pour une bonne tenue vestimentaire adaptée des personnels soignants en milieu hospitalier. 1998
- (6) CCLIN Sud-Ouest : Entretien des locaux des établissements de soins. 1998
- (7) SFAR - Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie. 1997
- (8) CCLIN Sud-Ouest : Traitement du matériel de ventilation en anesthésie et réanimation. 1997
- (9) ANAES : L'audit clinique : Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. avril 1999.
- (10) CCLIN Ouest "Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière" Recommandations. janvier 1999.
- (11) Monique ROTHAN-TONDEUR : "Stratégies d'évaluation en hygiène hospitalière" Bayard Editions octobre 1991.
- (12) H; LECLET, C. VILCOT "Qualité en santé" 150 questions pour agir AFNOR 1999.
- (13) CCLIN Paris-Nord "L'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation - Guide méthodologique - Septembre 1998.

## Annexe 2

# Liste des établissements participants

### Aquitaine

Fondation Wallerstein - ARES  
Clinique Chirurgicale Paulmy - BAYONNE  
Clinique Saint Etienne - BAYONNE  
Centre Hospitalier Samuel Pozzi - BERGERAC  
Polyclinique Aguiléra - BIARRITZ  
Clinique Tivoli - BORDEAUX  
HIA Robert Picqué - BORDEAUX  
Institut Bergonié - BORDEAUX  
Polyclinique Bordeaux Nord - BORDEAUX  
Aquitaine Santé - Polyclinique Jean Villar - BRUGES  
Clinique Jean le Bon - DAX  
Clinique Luro - ISPOURE  
Centre Hospitalier Pasteur - LANGON  
Clinique Sainte Anne - LANGON  
Hôpital Suburbain du Bouscat - LE BOUSCAT  
Clinique Mutualiste du Médoc - LESPARRÉ  
Centre Hospitalier de Libourne - LIBOURNE  
CHIC Marmande Tonneins - MARMANDE  
Polyclinique du Marmandais - MARMANDE  
Aquitaine Santé - Les Cèdres - MERIGNAC  
Clinique des Landes - MONT DE MARSAN  
Clinique Marzet - PAU  
Polyclinique de Navarre - PAU  
Clinique Mutualiste de Pessac - PESSAC  
Centre Hospitalier - PERIGUEUX  
Polyclinique Sokorri - SAINT PALAIS  
Hôpital Bagatelle - TALENCE  
Centre Hospitalier Saint-Cyr - VILLENEUVE SUR LOT

## **Guadeloupe**

Centre Médico-social - BASSE TERRE

## **Martinique**

Clinique Saint Paul - FORT DE FRANCE

Centre Hospitalier Louis Domergue - TRINITE

## **Limousin**

CHU de Limoges - LIMOGES

Centre Thérapeutique et Chirurgical Chénieux - LIMOGES

Centre Hospitalier de Saint Junien - SAINT JUNIEN

Centre Hospitalier Jacques Boutard - SAINT YRIEIX LA PERCHE

## **Midi Pyrénées**

Clinique Toulouse Lautrec - ALBI

CMC Claude Bernard - ALBI

Centre hospitalier de Auch - AUCH

Clinique Chirurgicale du Dr Carlier - AUCH

Clinique du Quercy - CAHORS

Clinique des Pyrénées - COLOMIERS

Centre Hospitalier - DECAZEVILLE

Centre Hospitalier - FIGEAC

Centre Hospitalier du Val d'Ariège - FOIX

Centre Hospitalier de Lourdes - LOURDES

CHIC du Sud Aveyron - MILLAU

CHIC Castelsarrasin - MOISSAC

Centre Hospitalier de Montauban - MONTAUBAN

Clinique Croix Saint Michel - MONTAUBAN

Clinique du Pont de Chaume - MONTAUBAN

Clinique d'Occitanie - MURET

Centre hospitalier de Saint Céré - SAINT CERE

Centre Hospitalier - SAINT GAUDENS

Centre Hospitalier Ariège - Couserans - SAINT GIRONS

Nouvelle Clinique de l'Union - SAINT JEAN

CHU Toulouse Rangueil - TOULOUSE

Clinique du Château - TOULOUSE

Centre Hospitalier - VILLEFRANCHE DE ROUERGUE

## **Poitou Charente**

Clinique Bon Secours - CHATELLERAULT

Centre Hospitalier - COGNAC

Centre Hospitalier - LA ROCHELLE

Polyclinique de la Source - L'ISLE D'ESPAGNAC

Centre Hospitalier de Niort - NIORT

Polyclinique St Georges - SAINT GEORGES DE DIDONNE

Centre Hospitalier - SAINT JEAN D'ANGELY

Centre Hospitalier d'Angoulême - SAINT MICHEL

Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres - PARTHENAY

Polyclinique de Poitiers - POITIERS

# Annexe 3

## Fiche recueil

### I - Informations générales :

↻ **Code établissement (SO) :** /\_\_/\_/\_\_\_/

↻ **Statut de l'établissement :** Public  PSPH  Privé

↻ **Nature établissement :**

CHU/CHR <input type="checkbox"/>	Centre hospitalier <input type="checkbox"/>	Hôpital local <input type="checkbox"/>
MCO privés PSPH <input type="checkbox"/>	Hôpital militaire <input type="checkbox"/>	C.L.C.C <input type="checkbox"/>
Nature autre <input type="checkbox"/>		

↻ **Nombre de services réalisant des endoscopies digestives :** /\_\_/\_/

↻ **Code service :** /\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/

↻ **Nombre mensuel d'endoscopies digestives réalisées dans le service:** /\_\_/\_/\_\_\_/

↻ **Nombre d'équipes endoscopistes dans le service:** /\_\_/\_/

↻ **Code de l'équipe endoscopiste:** /\_\_//\_\_//\_\_\_/

↻ **Numéro de fiche :**  1  2  3

↻ **Acte pratiqué :**

▪ Gastroskopie <input type="checkbox"/>	▪ Coloscopie <input type="checkbox"/>
▪ Gastroskopie avec biopsie <input type="checkbox"/>	▪ Coloscopie avec biopsie <input type="checkbox"/>
▪ Gastroskopie & Coloscopie sans biopsie <input type="checkbox"/>	▪ Gastroskopie & Coloscopie avec biopsie <input type="checkbox"/>

↻ **Acte pratiqué sous anesthésie**  oui  non

↻ **Lieu de l'acte pratiqué :**

Bloc opératoire  Salle d'endoscopie



☞ **Personnels audités:**

Médecin Endoscopiste	<input type="checkbox"/>
Médecin Anesthésiste	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>
Personnel médical en formation	<input type="checkbox"/>
Infirmière IADE	<input type="checkbox"/>
Aide soignante	<input type="checkbox"/>

## II - Avant l'acte

➤ **Hygiène des mains**

1 : lavage simple      2 : lavage hygiénique      3 : traitement hygiénique par friction  
4 : non fait

PERSONNELS CONCERNES	Type d'hygiène pratiqué			
	LS (1)	LH (2)	THF (3)	Non fait (4)
Médecin endoscopiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel médical en formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide opératoire n°1 IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide opératoire n°2 IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Hygiène vestimentaire**

TENUE VESTIMENTAIRE	Personnels concernés			
	Médecin endoscopiste	Pers. med. en formation	Aide op. 1 <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	Aide op. 2 <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS
Port de pyjama	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Chaussures professionnelles	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Tablier ou sur-blouse à usage unique	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Gants non stériles à usage unique	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Masque	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Masque à visière	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Lunettes de protection	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Si gastroscopie suivie de coloscopie changement de gants	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

TENUE VESTIMENTAIRE	Personnels concernés	
	Médecin anesthésiste	IADE
Port de pyjama	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Chaussures professionnelles	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

### III - Déroulement de l'acte

➤ **Pose de la voie veineuse en salle :**     Oui     Non

	Oui	Non
La préparation cutanée respecte les étapes suivantes :		
▪ Déterision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Séchage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Antisepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le garrot est nettoyé et désinfecté entre chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mandrin est éliminé immédiatement dans le collecteur sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un pansement est appliqué sur le point d'insertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : il est occlusif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
il est stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'opérateur porte une paire de gants non stériles à UU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Actes d'anesthésie**

	Oui	Non
Utilisation d'un plateau pour un seul patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les ampoules ou les flacons sont utilisés pour un seul et même patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seringue et aiguille à patient unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation des produits est extemporanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Administration d'une oxygénothérapie et/ou d'une ventilation :**     Oui     Non

	Oui	Non
Si oui : le matériel d'oxygénothérapie est changé entre chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utilisation de matériel de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le matériel de ventilation est changé entre chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un filtre anti-bactérien est utilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Réalisation d'une aspiration trachéo-bronchique :**       Oui     Non

	Oui	Non
Si oui : utilisation de gants non stériles à UU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
port d'un masque de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le matériel d'aspiration utilisé (sonde, stop vide) est :		
▪ à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ à usage multiple et stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est changé entre chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Matériel utilisé au cours de l'endoscopie :**

	Oui	Non
Le cale dents est :		
▪ à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ à usage multiple et stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'une pince à biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : elle est stérile à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tuyau d'aspiration de l'endoscope est changé entre 2 patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la fin de l'acte, l'endoscope subit immédiatement un pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Interruption des activités pendant l'endoscopie :**       Oui     Non

<b>PERSONNELS CONCERNES PAR L'INTERRUPTION</b>	Interruption	Mesures correctives	Hygiène des mains	Changement de gants
Médecin endoscopiste	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Personnel médical en formation	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Aide opératoire n°1: IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Aide opératoire n°2 IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
IADE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

#### IV - Immédiatement après l'acte

➤ Gestes effectués après endoscopie :

PERSONNELS CONCERNES	Hygiène des mains	Elimination surblouse/tablier	Elimination du masque	Elimination des gants
Médecin endoscopiste	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Personnel médical en formation	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Aide opératoire n°1: IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Aide opératoire n°2 IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

➤ Dès la fin de la prise en charge du patient :

PERSONNELS CONCERNES	Hygiène des mains	Elimination surblouse/tablier	Elimination du masque	Elimination des gants
Médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
IADE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

#### V - Bionettoyage de l'environnement :

➤ Entre deux patients :  oui  non

TENUE DE L'AGENT	Oui	Non
Port d'une surblouse ou tablier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de gants à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evacuation du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evacuation des DASRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essuyage avec un DD des surfaces :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Table d'instrumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Table anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Colonne vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Table d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage du sol si présence de souillures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la fin du bionettoyage, l'hygiène des mains est réalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>