AUDIT ENDOSCOPIE

Guide méthodologique

Préface

Le traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux est une activité récurrente où la maîtrise du risque infectieux repose sur la rigueur de chaque étape. Pré-traitement, nettoyage, désinfection, rinçage, séchage, stockage et traçabilité s'enchaînent selon des procédures nombreuses, répétées chaque jour, et une seule rupture dans cette chaîne peut exposer un patient à une contamination évitable. Le risque exogène lié aux endoscopes est connu, son évitabilité est démontrée, et sa prévention passe par l'application stricte des recommandations.
C'est pour accompagner les établissements dans cette démarche que le CPias Grand Est propose un nouvel audit. Construit à partir de l'audit du GREPHH de 2016 que je connais trop bien pour avoir coordonné son ébauche, et des référentiels nationaux en vigueur, il évalue l'organisation de l'établissement, les sites de traitement, les connaissances des professionnels et, surtout, les pratiques observées au quotidien. Des outils complémentaires consacrés aux enceintes de stockage, à la maintenance, aux contrôles microbiologiques et à la traçabilité, pourront s'y ajouter selon les besoins de chacun.

Les différentes fiches s'appuient aussi sur un outil de saisie Excel qui facilite le recueil des données, réduit les risques d'erreur et restitue des résultats lisibles par les équipes comme par les directions. Ces résultats ont vocation à nourrir un plan d'actions partagé, puis une réévaluation, pour faire progresser durablement la qualité et la sécurité des soins.

Je tiens à remercier particulièrement deux professionnelles du CPias Grand Est, Carole DUMAS pour avoir coordonné la réalisation de cet audit, ainsi qu'Olivia ALI-BRANDMEYER, conceptrice de l'outil de saisie. Mes remerciements vont bien entendu aussi aux établissements qui ont contribué à l'élaboration des fiches et testé l'audit. Soyez-en toutes et tous remerciés.

Dr Loïc SIMON
Responsable du CPias Grand Est

Endoscopes non autoclavables avec canaux

Organisation, pratiques, gestion du risque infectieux patient

Cet audit s'appuie sur les documents de l'audit du GREPHH de 2015.
Il a été rédigé dans le cadre de mon mémoire de Diplôme Universitaire : gestion des risques en établissement de santé.
Cet audit a été réalisé avec des établissements de la région Grand Est en fonction de leurs besoins.
L'outil de saisie informatique version 2026 a été élaboré par Mme Olivia Ali-Brandmeyer.
Mme Carole Dumas IBODE PRI et PCI au CPias Grand Est

Sommaire

Acronymes **3**
Méthodologie **4**
1. Contexte **4**
2. Objectifs et principes de l'audit **4**
2.1 Objectifs 4
2.2 Référentiels 4
2.3 Type d'étude 5
2.4 Champs d'application 6
2.5 Recueil des données 6
2.6 Taille et constitution de l'échantillon 7
2.7 Calendrier 7
3. Organisation de l'audit **8**
3.1. Le coordonnateur de l'audit 8
3.2. L'équipe projet 8
3.3. Les auditeurs internes 8
3.4. Les personnes-relais pour la fiche « Personnel » 9
3.5. Validation des données 9
3.6. Saisie informatique des données 9
3.7. Résultats attendus 9
3.8. Rétro information 9
3.9. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation 9
Bibliographie **10**

Acronymes

AS	Aide-soignant	**HAS**	Haute autorité de santé
ASH	Agent de service hospitalier	**HCSP**	Haut conseil de santé publique
CAT	Conduite à tenir	**HIA**	Hôpital d'instruction des armées
CH	Centre hospitalier	**IAS**	Infections associées aux soins
CHR	Centre hospitalier régional	**IDE**	Infirmier diplômé d'état
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire	**IN**	Infection nosocomiale
CHU	Centre hospitalier universitaire	**LDE**	Laveur-désinfecteur d'endoscopes
CLCC	Centre de lutte contre le cancer	**MAS**	Maison d'accueil spécialisée
CLIAS	Comité de lutte contre les infections associées aux soins	**MCJ**	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales	**MCO**	Médecine chirurgie obstétrique
CME	Commission médical établissement	**NA**	Non approprié à la situation évaluée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	**NC**	Non concerné
EIG	Evènement indésirable grave	**PCI**	Prévention contre les infections
EOH	Equipe opérationnelle en hygiène	**PMSI**	Programme de médicalisation des systèmes d'information
EPRI	Equipe prévention du risque infectieux	**RMM**	Revue de morbidité et mortalité
ES	Etablissement de santé	**SF2H**	Société française d'hygiène hospitalière
ESET	Enceinte de stockage d'endoscopes thermosensibles	**SFED**	Société française d'endoscopie digestive
ESPIC	Etablissement de santé privée d'intérêt collectif	**SLD**	Soins de longue durée
FAM	Foyer d'accueil médicalisé	**SMR**	Soins médicaux et de réadaptation
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière	**SSR**	Soins de suite et de réadaptation

Méthodologie

1 Contexte

L'amélioration de la prévention des infections associées aux actes invasifs constitue un axe important des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins.

La complexité des dispositifs comme des procédures de nettoyage et de désinfection ainsi que leur répétition augmentent le risque d'erreur humaine et exposent au risque de transmission de micro-organismes avec un endoscope contaminé.

Des infections peuvent survenir lors du passage des micro-organismes à travers la muqueuse gastro-intestinale au décours d'un acte endoscopique. Elles sont dues à une effraction volontaire (biopsie) ou involontaire (érosion, ulcération).

Deux types d'infections sont observés :

- Les infections d'origine endogène liées au fait que l'endoscope est introduit le plus souvent dans des cavités septiques comme le tube digestif. La présence d'une riche flore microbienne au niveau des endoscopes après utilisation est dans ce cas prévisible et inévitable.
- Les infections exogènes après acte endoscopique proviennent de la transmission de micro-organismes de l'environnement matériel et humain (il s'agit de contamination croisée). La présence de ces micro-organismes au niveau des endoscopes est anormale, elle peut être liée à un problème de conception de l'endoscope rendant difficile son entretien, à une rupture de la chaîne de son entretien (défaut de pratiques, dysfonctionnement d'un procédé de nettoyage ou de désinfection de l'endoscope), ou à une contamination du laveur-désinfecteur d'endoscopes (LDE) ou des fluides de traitement (produit, eau de rinçage) .

Les sociétés savantes (SF2H, SFED...) ont largement prouvé l'évitabilité de ce risque exogène. La mise en place et la stricte application d'une politique de prévention reposant sur le respect des précautions standard, de l'hygiène et des bonnes pratiques de nettoyage et de désinfection des endoscopes le réduit considérablement.

Sur la base de ces éléments, le traitement des endoscopes est une activité devant faire l'objet d'une démarche qualité, afin d'écarter le risque d'infection au décours d'un acte endoscopique.

2 Objectifs et principes de l'audit

2.1 Objectifs

Principal

Evaluer la prévention/maitrise du risque infectieux d'origine exogène en endoscopie par mesure des écarts aux référentiels dans les établissements de santé ayant une activité d'endoscopie.

Secondaires

- Mesurer le niveau d'implication de l'établissement (en particulier direction de l'établissement)
- Sensibiliser les personnels aux recommandations existantes
- Harmoniser les pratiques au sein d'un ES en tenant compte des spécificités de chaque spécialité (parfois plusieurs sites d'endoscopie)
- Aider les établissements de santé à s'organiser de façon optimale et favoriser la mise en place d'un système de qualité autour de l'endoscopie
- Fournir des arguments pour une éventuelle centralisation du traitement.

2.2 Référentiels

L'audit s'appuie sur des recommandations nationales issues des référentiels suivants :

1. **SFED, GIFE.** Recommandations relatives au personnel paramédical du plateau technique d'endoscopie digestive. 2024.
2. **Ministère chargé de la santé.** Guide technique. Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux : FAQ n° 3. Novembre 2023. https://www.sfed.org/wp-content/uploads/2024/01/faq_3_endoscope_-_novembre_2023.pdf
3. **HAS.** Certification des établissements de santé. Fiche pédagogique : traceur ciblé IAS en endoscopie. Mai 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/fiche_pedagogique_ias_en_endoscopie.pdf
4. **SF2H.** Guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables. Novembre 2022. https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2022/11/Guide_DM_22_SF2H.pdf
5. **SFED, SF2H, GIFE.** Recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive. 2022.
6. **Ministère chargé de la santé.** Guide technique. Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux : FAQ n° 2. Août 2019. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_faq_2_traitement_endoscopes_060819-2.pdf

7. **Ministère chargé de la santé.** Instruction n° DGOS/PF2/DGS/VVS1/PP3/2018/195 relative à l'actualisation du traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux de type duodénoscope au sein des structures de soins, et son annexe technique. 2 août 2018. https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43880
8. **ANSM.** Protocole standard prion (PSP) dans la lutte contre les infections liées aux soins. Version 2018. 15 mai 2018. https://ansm.sante.fr/documents/reference/protocole-standard-prion-dans-la-lutte-contre-les-infections-liees-aux-soins
9. **Ministère chargé de la santé.** Guide technique. Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux : FAQ n° 1, relative à l'application de l'instruction n° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016. Février 2017.
10. **Ministère chargé de la santé.** Instruction n° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins. 4 juillet 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41172
11. **GREPHH, réseau CClin-Arlin.** Audit national endoscopie 2015 « Endoscopes souples non autoclavables avec canaux ». Rapport national. 2016. https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2019/03/Rapport_national_audit_endoscopie_Grephh_2015-2016.pdf
12. **Ministère chargé de la santé.** Instruction DGS/RI3 n° 2011-449 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs. 1er décembre 2011. https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/34277
13. **SF2H, SFED.** Recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des enceintes de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET). Mars 2011. http://www.sfed.org/wp-content/uploads/2021/10/ESET_bonnespratiques.pdf
14. **Kovaleva J, Degener JE, Van der Mei HC.** Mimicking disinfection and drying of biofilms in contaminated endoscopes. J Hosp Infect. 2010;76:345-50.
15. **AFNOR.** Norme NF S 98-030. Enceintes de stockage des endoscopes thermosensibles. Janvier 2008. ISSN 0335-3931.
16. **Foxcroft L, Monaghan W, Fagagali J.** Controlled study of the Lancer FD8 drying/storage cabinet for endoscopes. J GENCA. 2008;18(2):5-11.
17. **Pineau L, Villard E, Luu Duc D, Marchetti B.** Endoscope drying/storage cabinet: interest and efficacy. J Hosp Infect. 2008;68:59-65.
18. **Queensland Government.** High efficiency particulate air (HEPA) filtered cabinets to dry and store flexible endoscopes. Advisory 01/2008. 2008.
19. **Ministère chargé de la santé, CTINILS, CSHPF.** Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie. 2007, 55 p.
20. **Muscarella LF.** Inconsistencies in endoscope-reprocessing and infection-control guidelines: the importance of endoscope drying. Am J Gastroenterol. 2006;101(9):2147-54.
21. **AFSSAPS.** Enceintes de stockage des endoscopes thermosensibles (ESET). Information produit, information traitement. 21 juin 2006. http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Information-produit-Information-traitement/Enceintes-de-stockage-des-endoscopes-thermosensibles-ESET-Information-produit-Information-traitement/(language)/fre-FR
22. **Ministère chargé de la santé.** Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2003-591 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins. 17 décembre 2003.
23. **British Society of Gastroenterology.** BSG guidelines for decontamination of equipment for gastrointestinal endoscopy. Report of a working party of the BSG Endoscopy Committee. 2003.
24. **Cowen A, Jones D, Wardle E.** Infection control in endoscopy. 2nd ed. Sydney: Gastroenterological Society of Australia, Digestive Health Foundation. 2003, réimpression 2006.
25. **Ministère chargé de la santé, CTIN.** Bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Guide pour l'utilisation des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes. 2003, 37 p.
26. **Nelson DB.** Infectious disease complications of GI endoscopy: Part II, exogenous infections. Gastrointest Endosc. 2003;57:695-711.
27. **Medical Devices Agency.** Device bulletin. Decontamination of endoscopes. MDA DB2002(05). Juillet 2002.
28. **Alvarado CJ, Reichelderfer M.** APIC guideline for infection prevention and control in flexible endoscopy. Am J Infect Control. 2000;28:138-55.
29. **Noy MF, Harrison L, Holmes GKT, Cockel R.** The significance of bacterial contamination of fibreoptic endoscopes. J Hosp Infect. 1980;1:53-61.

2.3 Type d'étude

Audit mixte

- Analyse documentaire (procédures), évaluation des ressources (matériel, consommables), auto-questionnaire et observation des pratiques.

Niveaux de l'audit

- Etablissement
- Site de traitement
- Personnel
- Endoscope

2.4 Champs d'application

2.4.1 Inclusion

Matériels

Endoscopes souples non autoclavables avec canaux internes

Etablissements

Tout établissement de santé, quel que soit son statut (public, privé, ESPIC) ayant une activité d'endoscopie.

Les cabinets libéraux ayant une activité d'endoscopie et gérant eux-mêmes l'entretien des endoscopes (pas de recours à un plateau technique hospitalier) peuvent utiliser certaines fiches en auto-évaluation.

Personnel

L'audit s'adresse à toute personne prenant en charge le traitement des endoscopes, que ce soit de manière régulière ou occasionnelle.

2.4.2 Exclusion

Cet audit n'étudie pas la protection du personnel (les équipements de protection individuelle, la ventilation des locaux), l'entretien des locaux, et les précautions standard

Matériels

Endoscopes souples sans canaux et endoscopes rigides stérilisables (autoclave, gaz plasma...)

Etablissements non concernés :

- établissements de santé n'ayant pas d'activité endoscopique
- établissements ayant exclusivement des endoscopes souples sans canaux ou rigides stérilisables
- établissements externalisant le traitement des endoscopes

2.5 Recueil des données

Plusieurs outils sont mis à disposition.

1/ Un tronc commun constitué de quatre fiches :

- Fiche « Etablissement » : Evaluation de l'organisation :
  - critère 1 : gestion du risque infectieux
  - critère 2 : politique d'achat des équipements et consommables pour le traitement des endoscopes
  - critère 3 : maintenance et prêt
  - critère 4 : contrôles microbiologiques.

  Fiche obligatoire. Réponses obligatoires à toutes les questions pour valider la fiche.
- Fiche « Site de traitement » : Evaluation des modalités de prise en charge des endoscopes :
  - critère 1 : équipements pour le traitement des endoscopes
  - critère 2 : procédures et protocoles
  - critère 3 : matériels et produits
  - critère 4 : locaux

  Fiche obligatoire. Réponses obligatoires à toutes les questions pour valider la fiche.
- Fiche « Personnel » : Evaluation de l'activité et de la formation des professionnels pour la prise en charge du matériel d'endoscopie :
  - critère 1 : activités du professionnel
  - critère 2 : formation du professionnel au traitement des endoscopes
  - critère 3 : accessibilité aux documents
  - critère 4 : participation et formation à la surveillance microbiologique

  Fiche obligatoire destinée à tous les personnels concernés du site de traitement des endoscopes. Réponse obligatoire à toutes les questions.
- Fiche « Observation du traitement » : Evaluation visuelle des différentes étapes de nettoyage et de désinfection des endoscopes :

  Fiche obligatoire. Réponse obligatoire à toutes les questions.

2/ Quatre outils complémentaires :

- « ESET » : évaluation des qualifications lors de la mise en service, des performances, validations des qualifications...
- « Maintenance » : évaluation de l'existence d'inventaire, de la mise en service, des modalités de maintenance préventive et curative des LDE et endoscopes...
- « Contrôle microbiologique » : évaluation des techniques de prélèvements, des techniques microbiologiques, de l'interprétation des résultats microbiologiques sur les prélèvements d'endoscopes ou de laveur-désinfecteur d'endoscopes...

- « Traça-test » : utilisation d'un outil élaboré pour pouvoir tester la performance du système de traçabilité dans les différents secteurs d'endoscopie à partir de plusieurs *scénarii* évaluant des situations rencontrées par les équipes d'endoscopie...

Méthodes de mesure

- Fiche « Etablissement » : questionnaire permettant une analyse documentaire, rempli par un professionnel de l'EOH/ l'EPRI ou par toute autre personne ayant un niveau de connaissance reconnu en endoscopie au sein de l'établissement. Certains professionnels de l'établissement pourront être sollicités pour répondre aux questions :
  - Le DIM pour l'activité endoscopique (PMSI)
  - Le gestionnaire de risques ou service qualité pour les démarches qualité et le signalement des événements indésirables
  - Le service des achats et la pharmacie
  - Les services biomédicaux et techniques pour l'aspect maintenance
  - Le laboratoire pour les contrôles microbiologiques
- Fiche « Site de traitement » : questionnaire mixant l'analyse documentaire et observationnelle, rempli par un professionnel de l'EOH/ l'EPRI ou par toute autre personne ayant un niveau de connaissance reconnu en endoscopie au sein de l'établissement.
- Fiche « Personnel » : auto-questionnaire rempli par toute personne concernée par le traitement des endoscopes au niveau du site de traitement (activité régulière ou occasionnelle).
- Fiche « Observation du traitement » : questionnaire de type observationnel rempli par un professionnel de l'EOH/ l'EPRI ou par toute autre personne ayant un niveau de connaissance reconnu en endoscopie au sein de l'établissement
- Quatre outils complémentaires : questionnaires avec les professionnels concernés remplis par un professionnel de l'EOH/ l'EPRI ou par toute autre personne ayant un niveau de connaissance reconnu en endoscopie au sein de l'établissement

2.6 Taille et constitution de l'échantillon

Principe général de réalisation de l'audit

Les quatre fiches du tronc commun (« Etablissement », « Site de traitement », « Personnel », « Observation du traitement ») sont obligatoires et non dissociables.

Par contre les quatre outils complémentaires sont optionnels. Ils peuvent être utilisés indépendamment en complément du tronc commun.

Détail par module

Fiche Etablissement

- 1 seule fiche à remplir par établissement.

Fiches Site de traitement

- 1 fiche par site. Dans la mesure du possible, il est conseillé d'auditer tous les sites de traitement.

Fiche Personnel

- 1 fiche par personnel. Dans la mesure du possible, il est conseillé que chaque personnel susceptible de réaliser l'entretien des endoscopes renseigne cette fiche (activité régulière ou occasionnelle). Durée de remplissage = environ 10 minutes

Fiche Observations du traitement

- Nombre de fiches à remplir :

  Les observations doivent être représentatives de l'activité du site.

  Il est recommandé de réaliser **5** à **10 observations minimum par site** de traitement des endoscopes réparties sur plusieurs demi-journées.
  - Si un seul type d'endoscope traité dans le site (ex : digestif) : 5 observations minimum
  - Si plusieurs types d'endoscopes traités (digestif, bronchique, ...) : 10 observations minimum en variant les types d'endoscopes selon la fréquence d'utilisation. Ex : 5 digestifs, 3 bronchiques, 2 gynécologiques

  Penser à observer la désinfection de haut niveau si elle est pratiquée sur le site.

  Il est judicieux d'observer le plus de personnel différent sur des plages horaires différentes.

  A titre indicatif, l'objectif de 30 observations dans l'établissement est recommandé pour une analyse statistique (cas des établissements avec plusieurs sites d'endoscopie).

2.7 Calendrier

- Phase de préparation de l'audit : les auditeurs identifient les sites de traitement, les ressources humaines, les modalités de traitement au sein des sites et la nature des endoscopes et matériels associés (cf diaporama « Formations des auditeurs »).
- Période d'audit fixée par l'équipe projet de l'établissement.
- Durée de l'audit variable en fonction du nombre de sites de traitement à évaluer.
- Communication rapide des résultats dans les services audités.
- Mise en œuvre du plan d'actions.
- Programmation d'une nouvelle évaluation selon les résultats de l'audit après la mise en œuvre du plan d'actions.

Synthèse

Tableau 1 : Présentation synthétique de la méthodologie de l'audit Endoscopie

FICHE	RECUEIL	NOMBRE	MODALITÉS
Etablissement	**Obligatoire**	– 1 fiche / établissement	
Site de traitement	**Obligatoire**	– 1 fiche/site soit ≤ N fiches pour l'ES N = nombre total de sites de traitement des endoscopes dans l'établissement	Questionnaire rempli par L'EPRI/ l'EOH / le coordonnateur
Personnel	**Obligatoire**	– 1 fiche / personnel soit ≤ N fiches pour l'ES N = nombre de personnels susceptibles de réaliser l'entretien des endoscopes	Auto-questionnaire rempli par le personnel du site de traitement
Observation du traitement	**Obligatoire**	– 3 observations/fiche – Nombre minimum d'observations par site et par type d'endoscopes (cf.2.6)	Questionnaire rempli par l'EPRI /l'EOH / le coordonnateur

3 Organisation de l'audit

3.1. Le coordonnateur de l'audit

Le coordonnateur de l'audit est un professionnel de l'EOH/ l'EPRI ou un référent de l'établissement en charge de la lutte contre les IAS (médecin ou infirmier). Il est aidé dans sa démarche par une équipe projet.

La coordination de l'audit consiste à :

- informer la direction de l'établissement et les instances du déroulement de l'audit
- déterminer la composition de l'équipe projet et la coordonner

3.2. L'équipe projet

Si la taille de l'établissement le permet, l'équipe projet doit être multi-professionnelle.

Elle peut se composer :

- d'acteurs de soins
- de professionnels ayant une expertise ou impliqués en hygiène hospitalière : professionnels de l'EOH/ l'EPRI, membres du Clin, correspondants en hygiène
- des professionnels ayant une expertise sur le thème ou sur la méthode d'audit.

Missions de l'équipe projet :

- déterminer l'étendue de l'étude : au-delà des quatre fiches du tronc commun « Etablissement » - « Site de traitement » – « Personnel » - « Observation du traitement » (obligatoires), choix des fiches des modules complémentaires (facultatif)
- lister les sites de traitement qui seront investigués et programmer la période en accord avec les responsables
- préparer les documents nécessaires en amont de l'audit (pré-remplissage des fiches, photocopies...)
- identifier des personnes-relais pour la gestion des fiches « Personnel »
- former les auditeurs internes et les personnes-relais ou toute autre personne ayant un niveau de connaissance reconnu en endoscopie au sein de l'établissement (Cf. diaporama « formation des auditeurs »)
- planifier les différentes étapes de l'audit, notamment l'information des services
- centraliser le recueil des fiches et procéder à la vérification avant saisie
- organiser le traitement des données (saisie, analyse et édition du rapport)
- organiser la restitution des résultats (instances, services)
- établir un plan d'actions à partir des axes d'amélioration proposés
- programmer le suivi des écarts et des points de progrès (réévaluer).

3.3. Les auditeurs internes

Les auditeurs sont des personnes si possibles externes au service audité. Ils doivent maitriser la prévention du risque infectieux en endoscopie et être formés à la méthodologie de l'audit. Ils sont membres de l'EOH/ l'EPRI ou correspondants en hygiène d'un autre service, ou cadre de soin, ou responsables qualité.... Dans les établissements comportant plusieurs sites de traitement, un audit croisé peut être envisagé en collaboration avec l'EOH/ l'EPRI (binôme d'auditeurs).

Leur rôle consiste à :

- réaliser le recueil des informations
- remettre les fiches au coordonnateur de l'audit.

3.4. Les personnes-relais pour la fiche « Personnel »

Leur rôle consiste à :

- prévoir idéalement un temps de rencontre programmé en équipe pour l'information des audités sur le principe, les modalités (fiches à remplir, retour des données) et la période de l'évaluation
- à défaut de collecte immédiate des fiches, effectuer les relances nécessaires auprès des audités
- veiller à ce que le remplissage des fiches soit fait de façon individuelle (point important en auto-évaluation), la prévention de ce biais passe par un délai court entre distribution et retour des documents
- vérifier et faire compléter les fiches si besoin
- transmettre les fiches au coordonnateur de l'audit pour la saisie,

3.5. Validation des données

La validation consiste à vérifier l'absence de données manquantes et à analyser la cohérence des données. Cette étape est nécessaire avant la saisie informatique. La validation garantit la qualité de l'information saisie. Elle est effectuée, sous le contrôle du coordonnateur de l'audit.

3.6. Saisie informatique des données

L'application Excel 2026 a été élaborée par Mme Olivia ALI-BRANDMEYER.

Après codage et validation des données, la saisie des fiches papier est réalisée localement sous le contrôle du coordonnateur de l'audit. Toutes les données des fiches sont à saisir. L'application informatique comprend une vérification automatique de l'absence de cases vides (données non saisies).

Les fiches « Personnel » et « Observations » comportent une ou des case(s) « N° de fiche ». Ce numéro est attribué automatiquement par l'application informatique lors de la saisie et doit être reporté sur chaque fiche papier en fin de saisie.

A la fin de la saisie, le rapport automatisé peut-être édité.

3.7. Résultats attendus

Les résultats sont présentés en termes de pourcentages de réponses « oui » ou « non » ou d'objectifs atteints. Ceux-ci sont détaillés par question pour l'ensemble de l'établissement dans un rapport automatisé et sont synthétisés par critère dans un poster.

3.8. Rétro information

Pour être efficace, la restitution des résultats aux équipes auditées doit être autant que possible rapide et ciblée.

Un plan d'actions d'amélioration doit accompagner cette restitution.

La communication des résultats est une partie fondamentale de l'audit. Les résultats peuvent être présentés de manière spécifique aux services participants, puis de manière générale lors de réunions de la CME et d'autres instances.

Les modes de diffusion et les supports peuvent être multiples tels qu'affichage, bulletin, distribution, intranet.

3.9. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

Si des écarts entre les réponses attendues et les réponses obtenues sont mis en évidence, le coordonnateur de l'audit présente les axes d'amélioration au responsable de l'établissement, coordonnateur de la lutte contre les IN et aux professionnels impliqués dans le projet. Il argumente un plan d'actions d'amélioration et de réévaluation précisant :

- les mesures correctives, dont la priorité est définie en fonction des écarts et de la nature des actions
- le calendrier prévisionnel des actions
- le responsable de chaque action.

Bibliographie

1. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative à relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41172
2. FAQ février 2017 concernant l'application de l'instruction N° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_faq_2_traitement_endoscopes_060819-2.pdf
3. Guide La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Haute Autorité de Santé, mars 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf
4. Instruction DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/34277
5. Le guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables publié par la SF2H novembre 2022 https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2022/11/Guide_DM_22_SF2H.pdf
6. Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS). https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/actions-propias-risque-infectieux/article/les-infections-nosocomiales-propias
7. 2024_Recommandations_Personnel-paramédical_plateau-technique_Endoscopie-digestive_SFED-GIFE
8. 2022 Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) et du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive
9. Guide technique Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux : FAQ 2-2019-MINISTERE DE LA SANTE
10. Annexe Technique TRAITEMENT DES DUODENOSCOPES- 2018 -MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
11. Instruction N°DGOS/PF2/DGS/VVS1/PP3/2018/195 du 2 août 2018 relative à l'actualisation du traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux de type duodénoscope au sein des structures de soins Annexe technique
12. Guide technique Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux : FAQ 1-2017-MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
13. Actualisation des Précautions standard Établissements de santé Établissements médicosociaux Soins de ville JUIN 2017-SF2H
14. Norme NF S EN 98030 relative aux ESET (mars 2015)
15. Recommandations relatives aux personnels d'endoscopie, SFED, 2014, 5 pages
16. Enceintes de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET). HCSP 2013. 14 pages
17. Instruction DGS/RI3 n° 2011-449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs
18. Recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des enceintes de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET). SF2H et SFED 2011, 7 pages.
19. Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie. CTINILS 2007, 55 pages.
20. La désinfection du matériel en endoscopie digestive. SFED 2007, 6 pages.
21. Protocole de contrôle microbiologique des endoscopes. CClin Ouest 2005, 6 pages.
22. Guide pour l'entretien manuel des dispositifs médicaux en endoscopie digestive. CTIN 2004, 38 pages.
23. Acide peracétique. Activités et usages en établissements de santé. CClin Sud-Est 2004, 72 pages.
24. Circulaire DHOS/E 2/DGS/SD 5 C n° 2003-591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables.
25. Bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Guide pour l'utilisation des laveurs-désinfecteurs d'endoscope. Ministère de la Santé 2003, 37 pages.
26. Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux, CSHPF, CTIN 1998, 117
27. Audit National endoscopie 2015 « Endoscopes souples non autoclavables avec canaux » https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2019/03/Rapport_national_audit_endoscopie_Grephh_2015-2016.pdf
28. L'instruction du 2 août 2018 relative à l'actualisation du traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux de type duodénoscope au sein des structures de soins https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43880
29. HAS « Réussir un audit clinique et son plan d'action » 15 décembre 2008 https://www.has-sante.fr/jcms/c_457168/fr/reussir-un-audit-clinique-et-son-plan-d-amelioration
30. FAQ n°3 Traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux SF2H novembre 2023 https://www.sfed.org/wp-content/uploads/2024/01/faq_3_endoscope_-_novembre_2023.pdf
31. Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Traceur ciblé IAS en endoscopie - mai 2023 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/fiche_pedagogique_ias_en_endoscopie.pdf