

Anesthésie en endoscopie digestive

Impact d'une démarche d'audit sur les pratiques professionnelles

Chapuis C¹, Larroumes N¹, Bouygues S², Thonnerieux MC², Systchenko R², Seveignes S².

¹ Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux – Groupement Hospitalier Sud - Hospices Civils de Lyon

² Centre des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif du sud ouest lyonnais - Irigny

Contexte

Le risque infectieux lié à l'anesthésie est démontré et sa prévention repose sur un large corpus réglementaire et sur des recommandations de bonnes pratiques.

Dans le cadre de sa politique de gestion des risques, un établissement spécialisé dans les maladies digestives a mis en œuvre en 2007 une évaluation des pratiques d'hygiène durant l'anesthésie. Cet audit par observation a mis en évidence des pratiques non-conformes : utilisation d'ampoules à patients multiples, non respect des règles de manipulation des produits, délai important d'attente de certaines préparations et hygiène des mains insuffisante. Cette enquête a été suivie de recommandations auprès des anesthésistes. Un nouvel audit a été conduit en 2010 pour mesurer l'impact de la première démarche et l'évolution des pratiques.



Matériel et Méthode

L'objectif de cet audit est l'évaluation du respect des précautions standard et des bonnes pratiques de préparation et d'administration des produits injectables lors d'une anesthésie pour un acte endoscopique digestif. Cette étude est réalisée selon la méthodologie classique d'audit de pratiques par observations directes et anonymes. La grille de recueil de données est construite à partir des protocoles et référentiels en vigueur sur l'établissement et est identique à celle utilisée pour le premier audit. L'ensemble des observations est effectué par deux auditeurs formés aux techniques d'audit.

Résultats

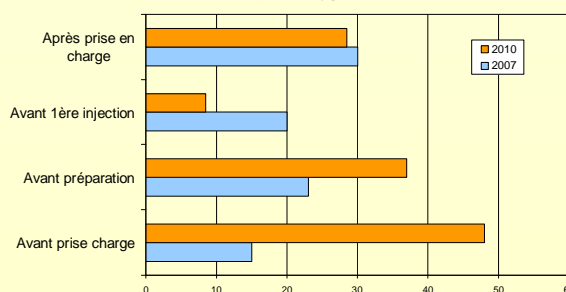
L'enquête s'est déroulée en novembre 2010. 35 actes d'anesthésie, réalisés par les 5 médecins anesthésistes exerçant sur la structure, ont été observés. 57 préparations de produits anesthésiques ont été observées. Les points déjà acquis en 2007 sont toujours présents : tenue professionnelle, utilisation de seringues et de plateau à patient unique. Les 2 non-conformité importantes relevées en 2007 ont disparu : le partage des ampoules n'est plus pratiqué et les produits sont à patient unique; le délai d'attente des produits n'excède plus 30 minutes.

Certains comportements restent non-conformes aux recommandations de bonnes pratiques de préparations des injectables même si ils n'exposent pas au risque de transmission croisée entre 2 patients : désinfection du col des ampoules dans moins de 15% des cas, utilisation de trocarts de préparation à patients multiples dans ¼ des observations et absence de manipulation aseptique du site d'injection. L'observance de l'hygiène des mains s'est renforcée et est passée avant la prise en charge du patient de 13% à 50% et de 22% à 37% avant la préparation des produits, mais reste insuffisante lors des injections et en fin de prise en charge.

Critères	2007	2010
Nombre d'anesthésies	37	35
Nombre préparations	56	57
Manipulation aseptique site	0	0
Plateau à patient unique	36/37	35/35
Désinfection col ampoule	0/56	8/57
Flacon à patient unique	23/37	35/35
Seringue à patient unique	37/37	35/35
Seringue à à préparation unique	39/57	47/57
Trocart à seringue unique	39/57	41/57
Délai d'attente Diprivan® < 30 mn	11/13	13/13



Evolution de l'observance (%) de l'hygiène des mains entre 2007 et 2010



Conclusion

Les anesthésistes de la structure se sont engagés dans la dynamique d'évaluation de l'établissement et cette démarche d'audit en 2 tours a permis d'objectiver une réelle amélioration des pratiques avec en particulier l'abandon de l'usage de flacons à patients multiples. Il convient néanmoins de poursuivre la sensibilisation des professionnels en particulier sur les modalités de préparation et manipulation des produits injectables et sur l'hygiène des mains.