

Université
de Limoges

Clinique Ambroise Paré

DIU d'Infirmier en Endoscopie

Projet CAPSULE

Comment Améliorer la Prise en charge des Soins infirmiers d'Urgence
Lors des astreintes Endoscopiques

Hélène Mendaille

2016/2017

Responsables pédagogiques : Pr SAUTEREAU, Mme Fanny DURAND

SOMMAIRE

I.	Introduction	4
II.	Revue de littérature	5
A.	Les astreintes en endoscopies	5
1.	Qu'entend-on par le terme « astreinte » ?	5
2.	Cadre législatif des astreintes en service d'endoscopie.....	5
B.	La formation du personnel.....	6
1.	Les spécificités de l'infirmier en endoscopie	6
2.	La formation de l'infirmier de bloc opératoire.....	7
3.	Retour d'expérience.....	8
C.	Les hémorragies digestives hautes.....	9
1.	Définition.....	10
2.	Prévalence.....	10
3.	Etiologies	10
4.	Traitement endoscopique.....	11
III.	Hypothèse de recherche.....	12
A.	Bilan de la revue de littérature	13
B.	Question de recherche.....	14
IV.	Méthodes.....	15
A.	Synopsis.....	15
B.	Descriptif du projet.....	17
1.	Pré-test	17
2.	Formation théorique	17
3.	Formation pratique	18
4.	Documentation récapitulative.....	18
5.	Post-test	18
6.	Auto-évaluation	19
C.	Evaluation du projet.....	19
1.	Evaluation quantitative.....	19
2.	Evaluation qualitative.....	19
V.	Conclusion	21
VI.	Références	23

I. Introduction

La réflexion entreprise au cours de ce mémoire est née d'une prise de conscience des difficultés rencontrées par le personnel d'astreinte du service d'endoscopie de la clinique Ambroise Paré à Toulouse.

Au sein de l'établissement, la prise en charge des endoscopies la nuit, le week-end et les jours fériés est assurée, d'un point de vue paramédical, par l'infirmier de bloc opératoire d'astreinte. Il s'agit là d'une pratique assez répandue dans les établissements de taille moyenne, peu confrontés aux urgences endoscopiques en astreinte.

Au cours de celles-ci, sont amenés à être traités dans la très grande majorité des cas, des patients adultes souffrant d'hémorragies digestives hautes (le centre n'assurant pas les endoscopies pédiatriques).

Cette situation se produit plusieurs fois par an, et pose systématiquement les mêmes problèmes : le personnel infirmier de bloc opératoire manque de formation en endoscopie, ce qui entraîne des difficultés d'une part dans la désinfection des endoscopes, et d'autre part dans l'instrumentation du geste endoscopique en terme d'anticipation et de réactivité.

Forts de constat, il a été dans un premier temps fait le choix de prioriser une action sur la désinfection des endoscopes : rédaction et diffusion d'une procédure écrite et sessions de formation pratique destinées aux infirmières de bloc opératoire.

Dans une démarche constante d'amélioration de la qualité des soins, la question suivante reste posée : **Comment améliorer la prise en charge infirmière des hémorragies digestives hautes de l'adulte en période d'astreinte, lorsque cette dernière est assurée par une infirmière de bloc opératoire extérieure au service d'endoscopie ?**

Au cours de ce travail, seront appréhendées dans la revue de littérature :

- la gestion des astreintes en endoscopie
- la formation des infirmiers en endoscopie et celle des infirmiers de bloc opératoire
- la place des hémorragies digestives hautes dans l'urgence endoscopique et les différentes techniques de traitement.

De cet état des lieux émergera la question de recherche.

Seront ensuite dégagés les axes d'amélioration de la prise en charge infirmière en astreinte, et les moyens qui pourraient être mis en place dans ce but.

L'évaluation de ce dispositif cherchera à savoir s'il répond bien à l'hypothèse de recherche.

La conclusion exposera les enseignements tirés de ce travail et fera émerger des perspectives.

II. Revue de littérature

A. Les astreintes en endoscopies

1. Qu'entend-on par le terme « astreinte » ?

Il s'agit de périodes pendant lesquelles l'employé, sans être sur son lieu d'exercice, doit être en mesure d'intervenir pour accomplir un travail au service de l'entreprise [1].

2. Cadre législatif des astreintes en service d'endoscopie.

- En ce qui concerne la désinfection des endoscopes :

Dans l'instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes [2], la fiche quinze encadre « *la gestion des endoscopes en garde, les week-ends et jours fériés* » d'un point de vue de la désinfection.

Elle impose, quel que soit le type d'établissement, la mise en place d'une astreinte, de manière à pouvoir mettre à disposition des endoscopes désinfectés pour assurer la permanence des soins. Elle ne précise cependant pas s'il s'agit de personnel infirmier ou aide soignant.

Elle précise que les endoscopes utilisés en astreintes doivent subir les mêmes règles rigoureuses de désinfection, stockage et traçabilité que ceux utilisés le reste de la semaine et ce par du personnel formé spécifiquement aux procédures de désinfection, mais aussi informé du risque lié à la manipulation de certains produits chimiques.

Dans la fiche seize, on note l'importance de la formation du personnel chargé de la désinfection des endoscopes, mais aussi l'importance de l'évaluation des compétences après la formation initiale. L'établissement se doit d'assurer cette activité de formation.

- En ce qui concerne l'instrumentation du geste endoscopique :

D'après les recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), « *le caractère hyperspécialisé de la pratique endoscopique (...) et les contraintes en matière de désinfection du matériel imposent la présence dans l'unité et auprès de l'endoscopiste pendant l'acte technique d'un personnel spécifiquement formé et régulièrement entraîné* ». Ce personnel doit entretenir et mettre à jour ses connaissances techniques et théoriques à travers la formation permanente. Enfin, le directeur d'établissement a pour responsabilité d'assurer l'astreinte d'endoscopie avec du personnel formé et compétent [3].

Les dernières recommandations de la SFED, concernant cette fois les endoscopies en urgences, déconseillent fortement la réalisation de ces gestes sans personnel infirmier formé. Elles précisent qu'en cas d'absence d'astreinte spécialisée, le personnel qui intervient « *devra faire l'objet d'une formation (...) à l'usage du matériel d'urgence* » [4].

B. La formation du personnel

1. Les spécificités de l'infirmier en endoscopie

La fiche métier d'infirmier en endoscopie [5] identifie plusieurs compétences nécessaires dans les soins infirmiers en endoscopie. D'après ce texte, l'infirmier d'astreinte en endoscopie doit lui aussi être en mesure d'apporter les compétences suivantes :

« - *Evaluer une situation clinique pour organiser la prise en charge des soins en vue d'une endoscopie*

- *Contrôler la fonctionnalité du plateau technique d'endoscopie*

- *Assurer l'instrumentation de l'endoscopie en anticipant les besoins et en étant vigilant aux risques potentiels durant l'acte*
- *Maitriser les différents niveaux et étapes de la désinfection des matériels thermosensibles ».*

On retrouve également ces spécificités dans le référentiel de compétences de l'infirmier en endoscopie [6].

Le conseil national de l'ordre infirmier estime que deux mois de pratique sont nécessaires à l'apprentissage des soins endoscopiques et considère qu'il faut douze à dix-huit mois pour acquérir toutes les compétences dans cette spécialité [5].

2. La formation de l'infirmier de bloc opératoire

Au cours de la formation d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE), l'étudiant suit une semaine de stage en service d'endoscopie. En ce qui concerne les cours théoriques, le module III aborde l'adaptation de la fonction d'infirmier de bloc opératoire au secteur d'endoscopie [7].

D'après la fiche métier d'IBODE délivrée par le conseil de l'ordre infirmier, l'endoscopie fait partie des secteurs d'activité dans lesquels peut travailler une infirmière de bloc opératoire [8].

Du fait d'une hyperspécialisation croissante de l'endoscopie digestive, le programme de formation d'IBODE a certainement atteint ses limites en terme d'apprentissage de la discipline, qui devient une spécialité paramédicale à part entière.

Il faut enfin rappeler qu'en France, grand nombre d'infirmiers exerçant en bloc opératoire n'ont pas reçu le diplôme d'état d'IBODE mais ont été formés en interne dans leur établissement, ce qui ne leur a pas forcément donné accès aux enseignements de l'endoscopie.

3. Retour d'expérience

En parallèle de ces investigations théoriques, un état des lieux des différentes organisations des astreintes retrouvées dans les établissements de santé paraissait nécessaire.

Un audit de tous les établissements toulousains pratiquant l'endoscopie, qu'ils soient privés ou publics, a été réalisé.

Ses résultats figurent dans le tableau suivant.

Audit sur l'organisation des astreintes dans les établissements de santé toulousains (Mai 2017)

ETABLISSEMENTS	Nombre d'endoscopies réalisées en astreinte	Equipe paramédicale d'astreinte	Formation du personnel paramédical aux gestes endoscopiques d'urgence
Clinique Ambroise Paré	6 / an	Bloc opératoire	Non
Clinique Sarrus -Teinturiers	2 / an	Bloc opératoire	Non
Hôpital Joseph Ducuing	2 / an	Bloc opératoire	Non
Clinique Pasteur	4 / an	Nuit : Bloc opératoire Week-end : Endoscopie	Oui Oui
Clinique Saint Jean du Languedoc	5 / an	Bloc opératoire	Oui
Clinique d'Occitanie	17 / an	Bloc opératoire	Non
Clinique des Cèdres	23 / an	Bloc opératoire	Non, connaissances des endoscopies de base
Clinique de L'Union	7 /an	Nuit : Bloc opératoire Week-end : Endoscopie	Non Oui

Clinique du Parc	1 / an	Bloc opératoire	Non
CHU Purpan	35 / mois	Aucune d'astreinte paramédicale	-
CHU Rangueil	25 / mois	Aucune d'astreinte paramédicale	-

Cette enquête distingue :

- les deux Centres Hospitaliers Universitaires qui réalisent en moyenne une trentaine de gestes endoscopiques en astreintes par mois. Ces dernières comprennent toutes les endoscopies réalisées en semaine de 16h30 à 7h, le week-end et les jours fériés. Il n'y a pas de personnel paramédical dédié à cette prise en charge. Le médecin sénior est assisté par l'interne.
- les autres établissements (privés ou publics) de taille moyenne qui réalisent entre un et vingt-trois examens en astreinte par an. Sur ces neuf structures interrogées : deux ont mis en place une astreinte assurée par le personnel d'endoscopie le week-end mais pas la semaine, et sept font appel aux infirmiers de bloc opératoire. Lorsque l'astreinte est prise en charge par le bloc opératoire, une formation spécifique à l'instrumentation des gestes endoscopiques d'urgence est retrouvée dans moins de vingt cinq pourcents des cas.

Ces problématiques de manque de formation du personnel d'astreinte en endoscopie sont retrouvées au delà nos frontières : une étude canadienne a montré que plus d'un tiers des endoscopistes interrogés dans le pays n'ont pas d'infirmiers entraînés pour les assister lors des actes pratiqués en astreinte [9].

C. Les hémorragies digestives hautes

1. Définition

Une hémorragie digestive se définit par un saignement, actif ou ayant cédé, dont l'origine se situe dans l'appareil digestif (...). On distingue les hémorragies digestives hautes, dont l'origine se situe en amont de l'angle duodénojéjunal, des hémorragies digestives basses dont l'origine est en aval [10].

2. Prévalence

Les hémorragies digestives hautes représentent quatre vingt pourcent des hémorragies digestives en France avec soixante cinq mille cas par an et une mortalité de trois à quatorze pourcent [11].

Il s'agit de l'urgence la plus fréquente en hépato-gastroentérologie.

3. Etiologies

Les étiologies de l'hémorragie digestive haute sont dominées par l'ulcère gastroduodéal (dans plus de quarante pourcent des cas) et les varices oesophagiennes ou gastriques dans un contexte d'hypertension portale sur cirrhose (dans près de trente pourcent des cas). On retrouve ensuite de manière plus minoritaire les oesophagites, les gastropathies érosives, les cancers, et le syndrome de Mallory Weiss.

Etiologies	Fréquences
Ulcère gastroduodéal	30 à 63%
Varices	3 à 20%
Erosions	7 à 18%
Oesophagites	1,3 à 11%

Cancer	2,4 à 5 %
Syndrome Mallory Weiss	1,8 à 4%

4. Traitement endoscopique

La prise en charge endoscopique « *doit être réalisée le plus rapidement possible après stabilisation hémodynamique* » [10].

Il est préférable qu'elle soit effectuée dans l'unité d'endoscopie habituellement utilisée, mais le geste peut également se faire au lit du malade si ce dernier n'est pas transportable. Il est pour cela recommandé de mettre en place un chariot d'urgence endoscopique regroupant tout le matériel nécessaire [4].

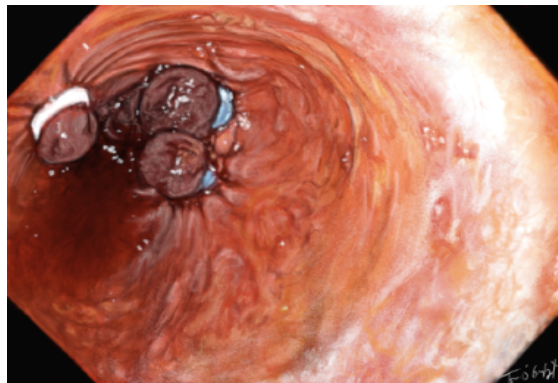
Suivant l'étiologie, différentes techniques à visée hémostatique pourront être utilisées. Pour les décrire, il faut distinguer l'hémorragie digestive haute non liée à une hypertension portale (HTP) et l'hémorragie liée à une HTP.

- Méthodes d'hémostase endoscopique de l'hémorragie digestive haute non liée à une HTP :
 - L'injection d'adrénaline diluée (très largement utilisée)
 - L'hémostase thermique par électrocoagulation bipolaire ou multipolaire, ou par plasma argon.
 - La pulvérisation de poudre hémostatique
 - L'hémostase mécanique par pose de clips



Pose de clip hémostatique

- Méthodes d'hémostase endoscopique de l'hémorragie digestive haute liée à une HTP :
 - La ligature élastique représente le traitement de référence de la rupture de varice oesophagienne
 - La sclérose de varice oesophagienne par aetoxisclérol peut être utilisée en cas d'échec de ligature
 - L'injection de colle biologique permet de traiter la rupture de varice gastrique
 - La coagulation au plasma argon permet de traiter les ectasies vasculaires antrales.



Ligature élastique sur varices oesophagiennes

III. Hypothèse de recherche

A. Bilan de la revue de littérature

La revue de littérature a permis de faire un état des lieux de ce qui a pu être écrit récemment sur le sujet par différentes sociétés savantes.

Il en résulte une obligation d'astreinte, afin de mettre à disposition des endoscopes désinfectés pour la réalisation de gestes endoscopiques en urgence.

Le directeur d'établissement a pour responsabilité d'assurer l'astreinte endoscopique avec du personnel formé et compétent.

Cependant, les textes n'obligent pas les établissements à instaurer des astreintes dans les équipes d'infirmiers en endoscopie. Le rapport coût efficacité d'une telle organisation étant rédhibitoire, les urgences sont très souvent assurées par le personnel infirmier de bloc opératoire, qui n'a pas toujours été formé spécifiquement. Ceci s'explique par le coût très important que représenterait la mise à disposition d'un personnel spécifique, par rapport au faible nombre de gestes réalisés en astreinte.

Or, toutes les recommandations s'accordent sur le fait que l'endoscopie est une spécialité qui requiert du personnel paramédical formé et entraîné. La gestion des gestes d'urgence nécessite une certaine technicité, ainsi qu'une bonne connaissance de la physiopathologie et du matériel permettant ainsi une anticipation nécessaire.

Cette discordance entre écrits et vraie vie amène à réfléchir à ce qui pourrait être mis en œuvre sur le terrain, tout en tenant compte des aspects organisationnels.

B. Question de recherche

Le bilan précédent a progressivement fait émerger l'hypothèse de recherche suivante :

La mise en place d'une formation en interne aux gestes endoscopiques d'urgence améliore la prise en charge infirmière des hémorragies digestives hautes de l'adulte, en période d'astreinte, lorsque cette dernière est assurée par un infirmier de bloc opératoire extérieur au service d'endoscopie.

Un exemple de projet qui pourrait être mis en place sera exposé ci-après et tachera de démontrer cette hypothèse. Son évaluation permettra de juger de sa pertinence.

IV. Méthodes

A. Synopsis

INVESTIGATEUR	Clinique Ambroise Paré Service d'endoscopie 387 Route de St Simon - 31100 Toulouse
COORDONNATEUR/PRINCIPAL	Mme Rodriguez, cadre du service d'endoscopie
ACRONYME	CAPSULE : Comment Améliorer la Prise en charge des Soins infirmiers d'Urgence Lors des astreintes Endoscopiques
TITRE COMPLET	Formation des infirmiers de bloc opératoire à la prise en charge endoscopique de l'hémorragie digestive haute en astreinte.
JUSTIFICATION/CONTEXTE	▪ Obligation de mise à disposition d'endoscopes désinfectés pour les astreintes. ▪ Concernant le personnel d'astreinte d'endoscopie : pas d'obligation mais des recommandations de personnel formé et entraîné. ▪ Contenu des enseignements en endoscopie des formation initiale et formation d'Ibode insuffisants. ▪ L'hémorragie digestive haute est l'urgence la plus fréquente en gastroentérologie.
HYPOTHESE	La mise en place d'une formation en interne aux gestes endoscopiques d'urgence améliore la prise en charge infirmière des hémorragies digestives hautes de l'adulte, en période d'astreinte, lorsque cette dernière est assurée par un infirmier de bloc opératoire extérieur au service d'endoscopie.

OBJECTIFS	<u>Objectif principal :</u> Améliorer la prise en charge infirmière de l'hémorragie digestive haute lors d'une endoscopie réalisée en astreinte. <u>Objectifs secondaires :</u> Acquérir les savoirs théoriques permettant d'évaluer une situation clinique pour organiser la prise en charge des soins endoscopiques. Acquérir les savoir faire pratiques permettant d'assurer l'instrumentation de l'endoscopie en anticipant les besoins.
SCHEMA DE LA RECHERCHE	■ Pré-test ■ Formation théorique et pratique (durée une heure et demi, récurrence annuelle) ■ Evaluation des connaissances en fin de formation
CRITERES D'INCLUSION	La formation s'adresse aux infirmiers exerçant au bloc opératoire assurant les astreintes. Elle porte sur la prise en charge infirmière de l'hémorragie digestive haute chez l'adulte.
CRITERES DE NON INCLUSION	La formation ne s'adresse pas aux : - infirmiers de soins généraux - infirmiers d'endoscopie - infirmiers exerçant au bloc opératoire n'assurant pas les astreintes. Elle ne porte pas sur les urgences endoscopique autres que l'hémorragie digestive haute, ni sur les urgences endoscopiques chez l'enfant.
TRAITEMENTS STRATEGIES PROCEDURES DE LA RECHERCHE	■ Questionnaire d'évaluation : état des lieux des connaissances préalables. ■ Formation théorique, assurée par un ou plusieurs gastro-entérologues (PowerPoint, vidéos commentées des différents traitements endoscopiques, temps d'échange questions-réponses). ■ Formation pratique, assurée par un ou plusieurs infirmiers en endoscopie expérimentés (ateliers de démonstration des différents dispositifs médicaux, essais, manipulations). ■ Remise d'une documentation récapitulative à chaque participant en fin de formation. ■ Evaluation post-apprentissage.

CRITERES DE JUGEMENT	<u>Evaluation qualitative :</u> - Etude comparative des réponses du pré-test et du post-test - Recueil d'opinion du public en fin de formation - Auto-évaluation de l'infirmier après la prise en charge d'une urgence endoscopique en astreinte.
RETOMBÉES ATTENDUES	Amélioration de la prise en charge infirmière des hémorragies digestives hautes lors d'endoscopies réalisées en astreintes s'inscrivant dans une démarche de qualité de soins. Etat des lieux précis des compétences des infirmiers de bloc opératoire d'astreinte, afin de dégager des axes d'amélioration et développement pour les formations futures.

B. Descriptif du projet

1. Pré-test

Ce questionnaire d'évaluation a un double objectif :

- Evaluer quelques semaines avant la formation les connaissances théoriques et pratiques des futurs participants pour affiner en fonction des besoins la formation qui leurs sera délivrée.
- Comparer les connaissances avant et après la formation pour pouvoir évaluer objectivement le projet mis en place.

2. Formation théorique

Elle est assurée par un ou plusieurs des gastro-entérologues du centre en présence d'un infirmier d'endoscopie expérimenté, sous forme de présentation orale avec PowerPoint. Elle dure une vingtaine de minutes.

Elle aborde dans un premier temps les différents modes de révélation de l'hémorragie digestive haute. Dans un second temps sont décrites les différentes étiologies et leur

physiopathologie. Chacune d'entre elles est illustrée par une vidéo du traitement endoscopique nécessaire.

Cette séance est clôturée par un temps d'échange (cinq à dix minutes) entre les participants et le médecin permettant de répondre aux différentes questions.

3. Formation pratique

Elle se déroule sous la forme de quatre ateliers de quinze minutes chacun, animés par un infirmier d'endoscopie expérimenté, qui abordent les thèmes suivants :

- L'aiguille à sclérose : présentation et manipulation par les participants. Prise de connaissance des protocoles de dilution de l'adrénaline et de l'aetoxislérol
- Le clip hémostatique : présentation et manipulation par les participants
- Le kit de ligature de varices oesophagiennes : démonstration du montage et du principe de largage de l'élastique
- La coagulation au plasma argon, la poudre hémostatique: présentation et manipulation par les participants.

4. Documentation récapitulative

En fin de session de formation, une documentation écrite est remise aux participants.

On y retrouve :

- les points clés de la formation théorique
- les fiches pratiques illustrées sur l'utilisation des différents dispositifs médicaux présentés en atelier
- les fiches récapitulatives des protocoles de dilution de l'adrénaline et de l'aetoxislérol.

Ce support pourra être gardé à disposition et utilisé pour les endoscopies en astreinte.

5. Post-test

Il reprend les mêmes questions que le pré-test. Il est remis « à chaud » en fin de formation, puis « à froid » six mois après. Il permet ainsi de mesurer l'impact de ce projet sur l'acquisition de connaissances théoriques par les participants. Un espace réservé au commentaire libre recueille l'opinion de ces derniers sur l'ensemble de la formation dans un souci d'amélioration des prochaines séances.

6. Auto-évaluation

Le questionnaire d'auto-évaluation est remis à la fin de la documentation récapitulative de la formation.

Les infirmiers ayant participé à la formation rempliront anonymement ce questionnaire après chaque endoscopie réalisée en astreinte, afin d'auto-évaluer leurs compétences au cours de l'examen.

C. Evaluation du projet

1. Evaluation quantitative

Le comparatif entre pré-test et post-test « à froid » doit montrer une augmentation d'au moins cinquante pourcents de bonnes réponses au questionnaire pour répondre favorablement à l'hypothèse.

Le comparatif entre post-test « à chaud » et post-test « à froid » cherche à s'assurer du maintien des connaissances dans le temps.

2. Evaluation qualitative

Elle est effectuée à l'aide de la grille d'auto-évaluation remplie par les infirmiers de bloc opératoire venant d'effectuer une endoscopie en astreinte.

Cette grille évalue les compétences suivantes :

- Evaluer une situation clinique pour organiser la prise en charge endoscopique
- Assurer l'instrumentation de l'endoscopie en anticipant les besoins et en étant vigilant aux risques potentiels durant l'acte.

Chaque compétence est évaluée par plusieurs questions.

Les réponses possibles se présentent sous la forme de deux items positifs et deux négatifs :

« oui totalement »	« oui en partie »	« insuffisamment »	« pas du tout »
3 points	2 points	1 points	0 points

Sur l'ensemble des questionnaires, la moyenne des réponses devra se situer entre « oui totalement » et « oui en partie » pour juger de l'efficacité de la formation.

V. Conclusion

Les différentes investigations ont pu mettre en évidence le caractère indispensable de la formation du personnel paramédical en endoscopie du fait de l'hyperspécialisation de cette discipline médico-interventionnelle.

Le statut de l'infirmier d'endoscopie reste aux frontières de celui de l'infirmier de bloc opératoire et celui de l'infirmier en soins généraux. On lui reconnaît cependant des compétences spécifiques.

En ce qui concerne les astreintes endoscopiques, très peu d'établissements y attribuent un personnel paramédical spécialisé. Cette organisation est probablement trop onéreuse par rapport au nombre d'examens réalisés en astreinte. Les examens sont alors pris en charge par les infirmiers de bloc opératoire (déjà réquisitionnés pour la chirurgie) qui dans la très grande majorité des cas, n'ont reçu aucune formation spécifique en endoscopie. Mais les patients pris en charge en endoscopie la nuit ou le week-end ne méritent-ils pas la même qualité de soin qu'en semaine ?

Les textes officiels n'obligent en rien les établissements de santé à cette astreinte paramédicale spécialisée, il n'existe que des recommandations établies par les sociétés savantes. Les budgets de dépenses de santé sont également à prendre en compte. Par conséquent, n'est-ce pas au corps infirmier à être force de proposition pour trouver une alternative s'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins ?

Le projet de formation interne aux gestes endoscopiques d'urgence proposé dans ce mémoire cherche à montrer qu'il peut améliorer la prise en charge infirmière en astreinte lorsqu'elle est assurée par un personnel extérieur au service d'endoscopie. On peut facilement imaginer une amélioration de l'anticipation et de l'instrumentation pour les infirmiers qui suivraient cette formation théorique et pratique. Une étude allemande récente a d'ailleurs montré que la mise en place d'une formation de trois jours pour les infirmiers en endoscopie change les pratiques dans plus de quatre vingt pour cent des cas [12].

Ce travail s'est focalisé sur l'apprentissage du traitement endoscopique de l'hémorragie digestive haute. Ce choix se justifie par le fait qu'il s'agit de l'urgence la plus fréquente en hépato-gastroentérologie, son enseignement semble de ce fait prioritaire. La formation à la

prise en charge des autres causes d'endoscopie en urgence sera formalisée dans un deuxième temps.

Les résultats de l'évaluation de l'impact de cette formation sur l'amélioration des pratiques professionnelles pourront être confirmés par une étude pluricentrique.

VI. Références

- [1] Site officiel du service public. Fiche pratique « Astreintes dans le secteur privé » Vérifié le 2 septembre 2016
- [2] 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 soin
- [3] Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive relatives au personnel d'endoscopie – Acta Endoscopica Juin 2014
- [4] Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive relatives aux conditions de réalisation et descriptions des principales techniques utilisées au cours de l'endoscopie en urgence - Acta Endoscopica 2016
- [5] Fiche métier de l'infirmier en endoscopie écrite par le Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie – Ordre National des Infirmiers
- [6] Référentiel de compétences de l'infirmier en endoscopie
- [7] Programme de la formation d'IBODE
<https://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/programme-de-la-formation-dibode.html>
- [8] Fiche métier Infirmier de Bloc Opératoire – Conseil National de l'Ordre Infirmier
- [9] Can J Gastroenterol. 2012 Dec;26(12):871-6.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23248785>
- [10] Les fondamentaux de la pathologie digestive © CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson - Octobre 2014
- [11] Hémostase endoscopique et rôle IDE – cours Dr. Legros DIU IEE – Décembre 2016

[12] Z Gastroenterol. 2013 Jul;51(7):619-27. doi: 10.1055/s-0032-1330677. Epub 2013 Apr 10.