



# **D I U d' Infirmier en Endoscopie**

## **Une IDE coordinatrice en endoscopie respiratoire, pourquoi pas?**

**Françoise Chouly**

**2017/2018**

**Guidant : Valérie Castéra Cadre de santé Formateur IFSI Nice**

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord à Valérie Castéra, qui a soutenu ma candidature pour ce DIU m'a guidée et accompagnée tout au long de ce mémoire.

Je remercie Benjamin et Julie, mes enfants, qui m'ont apportée leur aide technique pour la rédaction de ce travail.

Merci à Fernand, mon ami, qui a su modérer mes inquiétudes et qui m'a fait bénéficier de ses compétences en informatique pour la mise en forme de ces pages.

Merci à Jennifer Griffonnet, Attachée de Recherche Clinique au CHU de Nice pour ses précieux conseils lors de la réalisation de mon schéma d'étude.

Merci également à Valérie Bec, Documentaliste à l'IFSI du CHU de Nice, pour la relecture de ce travail.

Merci à Fanny Durand pour son dynamisme et sans laquelle ce DIU n'existerait pas.

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 RATIONNEL</b>	
1.1 / Contexte	3
1.2 / Etat des lieux	4
1.3/ Justification scientifique	6
<b>2 HYPOTHÈSE</b>	<b>12</b>
<b>3 SYNOPSIS</b>	<b>14</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>17</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

Je suis Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) depuis 1983, et j'ai exercé essentiellement en réanimation. J'ai découvert la Pneumologie dans l'unité de soins intensifs respiratoires du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice, et lorsque l'opportunité d'un poste en Endoscopie Respiratoire s'est présentée, c'est naturellement que j'ai posé ma candidature, dans le but d'acquérir une spécialisation, et de perfectionner mes compétences, conformément au Code de Déontologie des Infirmiers, art R4312-46 [1] car *«Aiguiser l'outil constitue un seuil en deçà de quoi il y a des bricoleurs, et au delà de quoi il y a des gens de métier»* selon Paul Feller.[2]

J'ai intégré l'unité d'endoscopie en 2010. Ma formation a été faite sous la forme du compagnonnage, basé sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair qui transmet ses connaissances et ses savoir faire. Selon la définition du dictionnaire, *«le compagnonnage est une association entre ouvriers d'une même profession à des fins d'instruction professionnelle et d'assistance mutuelle»*[3]. Cela est particulièrement vrai dans notre métier.

J'ai rapidement pris conscience de la multiplicité des missions à effectuer, des compétences à acquérir, nécessaires afin que les programmes soient respectés, la traçabilité correctement effectuée, les patients traités dans les meilleurs délais, en sécurité, en toute clarté, et donc dans le respect de la qualité.

Le service d'endoscopie respiratoire travaille avec de nombreux médecins, certains hospitaliers, certains ayant une activité mixte, et d'autres, externes. L'activité d'endoscopie est variée, puisqu'elle allie les bronchoscopies souples sous anesthésie locale et sous sédation, et les bronchoscopies souples et rigides sous anesthésie générale. D'autres examens non endoscopiques sont réalisés dans cette unité, tels que ponctions pleurales, biopsies trans thoraciques ou poses de drains thoraciques.

Les patients accueillis viennent soit de leur domicile (externe), soit des services de pneumologie attenants, (hospitalisation conventionnelle, hôpital de semaine, ou hôpital de jour), soit d'une autre unité fonctionnelle (UF) du CHU, voire du centre de cancérologie voisin, Centre Antoine Lacassagne (CAL) avec lequel nous avons un partenariat. Je constate régulièrement que les patients n'ont pas respecté la consigne de jeûne, ou que le traitement anti coagulant n'a pas été stoppé et ou relayé: soit parce qu'ils sont mal ou incomplètement

informés de l'examen pour lequel ils sont là, soit parce qu'ils n'ont pas compris l'importance des consignes.

Partant de ce constat, je me suis demandée à quel moment de son parcours de soin le patient reçoit les informations nécessaires à la réalisation de l'examen, par qui elles sont délivrées, et s'il existe un moyen de formaliser ce parcours pour améliorer la qualité de sa prise en charge, et éviter les dysfonctionnements. J'ai donc émis l'hypothèse qu'une Infirmière coordinatrice pourrait renforcer le dispositif d'information au patient et diminuer le pourcentage d'annulations ou reports d'examens, et ce sera l'objet de ce travail.

Nous verrons dans un premier temps quelques définitions, les données locales sous forme d'un tableau statistique, puis l'aspect législatif, la mise en pratique des règles éthiques et légales, pour arriver au schéma d'étude que je propose afin de répondre à cette question.

# 1 RATIONNEL

## 1.1 Contexte

L'endoscopie respiratoire regroupe plusieurs examens dont nous allons donner les définitions, ainsi que les différentes précautions pré interventionnelles.

La fibroscopie bronchique ou bronchoscopie souple est un acte invasif, très courant, qui permet d'examiner l'intérieur de la trachée et des bronches à l'aide d'un endoscope. Cet examen a une visée diagnostique et/ou thérapeutique. Le patient doit être à jeun, le médecin prescripteur s'assure de l'arrêt des anti coagulants ou de leur relai, si nécessaire. Le médecin qui réalise l'acte doit avoir à sa disposition le dossier médical du patient, incluant scanner, pet scanner, et à minima, une demande détaillée et/ou un résumé de l'histoire clinique, ainsi que le document de consentement éclairé dûment complété. À Nice en 2017, 88,2% de ces examens ont été réalisés sous anesthésie locale (Tableau I). Dans ce cas, le délai entre la prescription et l'exécution va de quelques heures à quelques jours. C'est un geste qui dure entre 5 et 20 minutes, avec une durée médiane de 10 min, bien toléré le plus souvent, d'autant mieux qu'il a été expliqué et compris.

En cas de bronchoscopie souple sous sédation ou sous anesthésie générale (11,8% des cas en 2017 à Nice), il convient d'organiser une consultation d'anesthésie au minimum 48 heures avant l'acte et de réserver un lit d'hospitalisation, soit en Hôpital de Jour pour un acte en ambulatoire, soit en Hôpital de Semaine, selon l'état de santé du patient. C'est le score ASA (Annexe I) défini par le médecin anesthésiste qui détermine son hospitalisation ou non.

La bronchoscopie rigide est elle aussi un acte invasif qui permet de visualiser l'arbre bronchique et d'effectuer des gestes diagnostiques et/ou thérapeutiques. Cet examen se pratique toujours sous anesthésie générale, les pré requis sont les mêmes que précédemment.

L'Echo Endoscopie Bronchique par Ultrasons (EBUS) est un examen invasif qui permet de ponctionner, après repérage échographique, les ganglions fixant au TEP scanner (Tomographie par Emission de Positons) dans les aires accessibles à l'écho endoscope à des fins diagnostiques et/ou de stadification des lésions cancéreuses, ou d'autres maladies qui donnent une atteinte ganglionnaire thoracique (telles que la sarcoïdose, par exemple). Il se déroule sous anesthésie générale, et nécessite les mêmes précautions pré interventionnelles

que les examens pré cités, à savoir : consultation de pré anesthésie, hospitalisation en ambulatoire ou en court séjour.

Le délai entre la demande de l'examen et la date de sa réalisation est le même pour tous les actes sous anesthésie générale ou sédation, à savoir entre 3 et 10 jours en moyenne.

## 1.2 État des lieux

En 2015, le Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) a réalisé un audit consultatif [4] en réponse à l'instruction du 8 décembre 2014 [5], ce qui m'a permis d'extraire les chiffres suivants. Au cours de l'année 2015, 244 313 actes de bronchoscopie souple ont été recensés dans les 528 Etablissements de Santé (ES) qui ont participé à cet audit. Ces données, bien que partielles, nous donnent une idée du nombre d'endoscopies bronchiques souples effectuées sur le territoire national.

L'unité d'endoscopie dans laquelle j'exerce réalise environ 1300 actes par an, dont 800 à 900 bronchoscopies souples. Ci dessous, le Tableau I récapitule les examens 2017 catégorie par catégorie, ainsi que les taux d'annulation. (Les chiffres de 2016 figurent au Tableau III en Annexe II).

Tableau I : Examens programmés, annulés et réalisés en 2017 en endoscopie respiratoire à Nice chiffres et pourcentage.

EXAMENS 2017		Total par examen	Taux de réalisation	Taux d'annulation
Fibroscopie sous A/L	Programmés	962	86 %	14 %
	Annulés	134		
	Réalisés	828		
Fibroscopie sous sédation	Programmés	129	85 %	15 %
	Annulés	19		
	Réalisés	110		
Fibroscopie sous A/G	Programmés	0		
	Annulés	0		
	Réalisés	0		
Bronchoscopie Rigide	Programmés	97	94 %	6 %
	Annulés	6		
	Réalisés	91		
EBUS	Programmés	223	81 %	19 %
	Annulés	43		
	Réalisés	180		
Ponctions / Pose de drain	Programmés	58	88 %	12 %
	Annulés	7		
	Réalisés	51		
Protocoles/Spirales	Programmés	2	100 %	0 %
	Annulés	0		
	Réalisés	2		
Biopsie musculaire	Programmés	1	100 %	0 %
	Annulés	0		
	Réalisés	1		
Total Annuel	Programmés	1472		
	Annulés	209		
	Réalisés	1263		

On le constate, cet examen est très courant, puisqu'il représente deux tiers des examens réalisés à Nice, en endoscopie respiratoire. Et cet examen nécessite d'être expliqué au patient, afin de recueillir son consentement.

### 1.3 Justification scientifique

Cette information entre dans un cadre législatif très balisé, comme on peut le voir notamment avec la loi du 04/03/2002, dite loi Kouchner. « *Le médecin est tenu de donner au patient une*



*information loyale et éclairée et appropriée sur les risques des investigations des soins qu'il lui propose de façon à y donner un consentement ou un refus éclairé » [6]*

Cette loi est renforcée par l'article suivant qui est au cœur du sujet qui nous intéresse. Selon le Code de la Santé Publique (CSP) l'article 1111-2 [7]

*Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus... Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent l'en dispenser.[8] [9] ...Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel...*

Différents articles insistent sur l'aspect légal, incontournable, obligatoire et déontologique de l'information au patient, tels que les articles L-1111-4 [8] et le R4127-36[9] du CSP, et notamment l'article R4127-35 du CSP [10] dit que : « *le praticien donne une information éclairée en tenant compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ». Car il ne s'agit pas seulement de délivrer l'information, mais il faut aussi s'assurer qu'elle a été comprise.

Dans la littérature on trouve également un article de Anne Laude (2005) [11] dans lequel elle précise qu'il ne s'agit plus seulement du devoir du médecin, mais que la notion s'est transformée au bénéfice du patient du droit à être informé sur son état de santé. Parlant de la loi du 4 mars 2002, elle dit : «*Elle reflète un changement symbolique en transformant notamment le devoir du professionnel d'informer son patient en un véritable droit pour le patient d'être informé*». Ces textes nous montrent toute l'importance du changement du statut du malade, qui, au fil des ans et des lois, est devenu patient, puis acteur de son parcours de soin, au coeur du dispositif.

Pour l'endoscopie bronchique, le Docteur B.Etienne-Mastroianni, dans une présentation au cours de la semaine du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) en 2013, nous rappelle l'implication du Groupe d'Endoscopie de Langue Française (GELF) pour faire appliquer la loi. Il y cite une étude publiée en 2003 par Barlesi et coll., [12] basée sur un auto questionnaire au patient avant et après endoscopie bronchique, qui vise à mesurer le ressenti des patients tant sur l'information reçue que sur le déroulement de l'examen lui-même. Les auteurs concluent que pour 92% des patients cette information reflète la réalité de l'acte d'endoscopie bronchique.

Voilà pour l'aspect légal, mais qu'en est-il en pratique ?

Je dois tout d'abord expliquer l'infrastructure de l'établissement dans lequel je travaille, et les contraintes géographiques afférentes. Le CHU de Nice est un hôpital multi sites construit sur plusieurs collines. Les transports de personnes et de biens entre les différents sites s'effectuent par l'Unité de Transport Sanitaire (UTS). Le CHU a un partenariat avec le Centre Antoine Lacassagne (CAL), centre anti cancéreux contigu, pour lequel nous réalisons les examens d'endoscopie respiratoire. Le médecin responsable de l'unité d'endoscopie respiratoire est un pneumo-oncologue interventionnel qui exerce sa profession à part égale entre le CHU et le CAL. L'activité d'endoscopie est centrée sur les matinées, dont 2 pour les examens sous anesthésie générale, et une matinée est dédiée aux patients du CAL dans le cadre de ce partenariat. Dans ce service d'endoscopie, l'équipe paramédicale se compose de 2 infirmières (IDE) représentant 1,4 poste et travaillant respectivement 2 et 3 jours par semaine, sur une plage horaire quotidienne de 10 heures. Une IDE du service de Pneumologie assure les remplacements. Il y a 2 aide soignantes (AS) à temps plein, qui aident l'IDE et assurent la désinfection des endoscopes.

C'est l'IDE d'endoscopie qui gère la programmation des examens. L'organisation est la suivante :

1/ Le patient est hospitalisé dans le service de Pneumologie : l'indication est posée par un des médecins du service, qui remplit la demande d'examen (Annexes III) et prend rendez-vous auprès de l'IDE d'endoscopie, il informe le patient (Annexe IV) et s'assure des précautions pré interventionnelles (jeûne, gestion des anti coagulants, présence de scanner ou autre dans le dossier, nécessité d'une consultation de pré-anesthésie)

2/ Le patient est hospitalisé dans un service du CHU ou au CAL. Le médecin prescripteur fait valider l'indication par un des pneumologues du service, prend rendez-vous auprès de l'IDE d'endoscopie, informe le patient et s'assure des précautions pré interventionnelles. C'est l'IDE qui gère le cas échéant le rendez-vous de consultation pré-anesthésique, réserve le lit d'hospitalisation si l'acte se déroule sous anesthésie générale, et informe le service demandeur des dates et modalités, par mail, avec la convocation à remettre au patient (Annexe V)

3/ Le patient est adressé par un médecin de ville. Le prescripteur, après validation de l'indication de l'examen par un des pneumologues du service, prend rendez-vous auprès de l'IDE d'endoscopie, il informe le patient et s'assure des précautions pré interventionnelles . C'est l'IDE qui gère le cas échéant le rendez-vous de consultation pré-anesthésique et réserve le lit d'hospitalisation si l'acte se déroule sous anesthésie générale, et informe le médecin prescripteur des dates et modalités (cf paragraphe précédent). C'est le médecin traitant qui convoque le patient.

L'équipe d'endoscopie fait connaissance avec le patient à son arrivée dans le service, le jour de l'examen.

Dans tous les cas, c'est le médecin qui donne l'information au patient, que ce soit sur le type d'examen, ses conditions de réalisation, le but recherché, les précautions à prendre, les examens éventuels complémentaires avant la réalisation de l'acte (scanner, bilan sanguin, etc) conformément à la loi. On touche là au coeur du sujet, car il s'agit non seulement d'informer, mais de s'assurer que l'information a été reçue, comprise, et qu'elle peut être restituée.

Dans une intervention aux Journées Francophones d'Hépatogastro-entérologie et d'Oncologie Digestive de 2012 (JFHOD), Isabelle Joly Le Floch et Pierre Dalbies [13] au cours d'un atelier pratique, évoquent plusieurs points pour l'information au patient avant une endoscopie. (Même s'il s'agit d'endoscopie digestive, le sujet traité est l'information au patient, et peut parfaitement s'appliquer à tout patient, y compris à ceux susceptibles de bénéficier d'une endoscopie bronchique).

Voici quelques propositions que soumettent ces auteurs.

Ils sont d'accord pour dire sans équivoque possible que c'est le praticien qui prescrit l'acte (et aussi celui qui le réalise) mais également tout professionnel de soin intervenant dans le parcours du patient en lien avec l'examen qui délivre l'information. Ceci pour expliquer

l'intérêt de l'examen et ses résultats attendus, soit dans le diagnostic d'une maladie, soit pour le suivi de son évolution, et donner le choix au patient de se faire soigner ou non, et par quels moyens. Cette information porte sur le type d'examen, ses pré requis, son déroulement, sa durée, la balance bénéfice/risque. Le praticien doit s'adapter à son patient, identifier ses besoins en information, ses capacités à la gérer, car tous les patients n'ont pas tous la même «envie» d'information.

Pour augmenter l'efficacité des informations transmises, ces deux médecins proposent d'utiliser des supports écrits, plaquettes avec photos, voire vidéos, pour que le message délivré lors de la consultation ou de la visite dans une unité de soins soit suffisant sans être angoissant.

Il faut, disent ils, quel que soit l'outil de communication utilisé, vérifier que l'information a été comprise. Ce dernier point n'est pas le moindre, et pas le plus facile à mettre en oeuvre, car il nécessite du temps pour pouvoir vérifier et éventuellement reformuler. Le médecin doit évaluer la capacité de son patient à entendre le message, mais aussi à le comprendre. Il faut tenir compte également des propres moyens d'information des patients : un proche peut-être qui aura déjà eu cet examen, ou internet qui donne accès à toutes sortes de renseignements, plus ou moins fiables selon les sources, et souvent anxiogènes.

Une étude de Sophie Florence et al. (2006) [14] a montré que seuls 56% des patients déclaraient avoir été informés par le prescripteur ou le personnel du service réalisateur. Il existe donc une marge de progression très significative. Les auteurs soulignent également que la satisfaction du patient sur le ressenti de l'information permet d'améliorer l'observance.

Il existe autant de documents d'information que d'établissements de soins. (Annexe IV) Pour autant, ils sont rédigés en tenant compte des critères proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) [15]. Pour celle ci, l'information délivrée doit apporter des connaissances ou les actualiser, tout en donnant des détails permettant de choisir, de décider du traitement proposé. Des aides professionnelles ou associatives doivent être proposées au patient pour lui faciliter le cheminement tout au long de son parcours de soin. Dans un souci d'efficacité, la HAS conseille pour la rédaction de ce document de penser à l'impact recherché, au moyen de le diffuser, tout en restant simple, et en donnant des illustrations par exemple.

Les médecins, on le voit, ont des outils à leur disposition, et les utilisent. Or, malgré cette information, il arrive que, dans le service, des examens soient reportés, reprogrammés,

annulés. (14 à 15% pour les seuls actes de bronchoscopie souple) Ci dessous le Tableau II recense les motifs d'annulation en endoscopie respiratoire à Nice en 2017. (Le Tableau 2016 figure en annexe II bis).

Tableau II : Motifs des examens reportés en endoscopie respiratoire à Nice en 2017

Motif du report en 2017	Total par report	Part de chaque examen
Non à jeun	35	18,13
Problème anti coagulant	11	5,70
Problème anesthésique	5	2,59
Report/refus patient	87	45,08
Non précisé	55	28,50
Total Annuel	193	100,00

Les raisons d'annulation/reprogrammation sont : non respect du jeûne, non arrêt/relai des anticoagulants, erreur de date, dossier incomplet (scanner,etc) refus du patient, patient récusé par l'anesthésiste. L'impact est multiple : perte de temps pour l'unité d'endoscopie (plage de bloc non utilisée, temps de travail infirmier pour la reprogrammation), une éventuelle perte de chance pour le patient à qui on reprogramme l'examen, surcoût lié au transport du patient s'il a nécessité une ambulance, lit d'hospitalisation non utilisé pour l'unité qui héberge le patient, mécontentement du patient, mauvaise image du service rendu, et in fine, mauvaise qualité des soins.

Dans la littérature, on trouve une étude qui mesure le degré d'information du patient avant une endoscopie bronchique. Elle a été réalisée par POI, CHUAH, SRINIVAS, LIAM, intitulée « Common fears of patients undergoing bronchoscopy », [16] étude prospective sur 104 patients, qui a montré que 54% des patients connaissaient le déroulement de l'examen, et

81% l'indication du geste endoscopique. Ces chiffres disent que le «pourquoi» est mieux appréhendé que le «comment».

Comment expliquer ces résultats alors que 100% des patients, hors urgences, devraient être informés?

## 2 HYPOTHESE

L'ensemble de ces données m'a amenée à me questionner sur la prise en charge du patient lors des étapes de son parcours de soin. Et, dans un souci d'amélioration des pratiques professionnelles, je me suis demandée si la création d'un poste d'Infirmière coordinatrice dans le service d'endoscopie, en charge de formaliser le parcours du patient pourrait favoriser la qualité de sa prise en charge, diminuer les coûts liés aux annulations/reprogrammations et augmenter l'efficacité de l'information délivrée.

Dans le cadre de ce Diplôme Inter Universitaire, j'ai, au cours d'un stage, rencontré une Infirmière coordinatrice, dans le service de Pneumologie d'un CHU du sud de la France. J'ai eu un entretien avec elle au cours duquel elle m'a précisé sa mission. Elle intervient après la consultation médicale. Le médecin remplit une fiche de programmation précisant les examens pour son patient, et la remet à l'IDE, laquelle prend contact par téléphone avec le patient. Elle organise avec lui les différentes étapes de son parcours de soin : hospitalisation complète ou ambulatoire. Elle s'assure que l'information liée aux anti coagulants a été transmise, vérifie l'existence de l'imagerie nécessaire. L'IDE coordonne à partir de là les différents examens prescrits par le médecin au cours de la consultation initiale, en externe ou pendant l'hospitalisation, selon le choix du patient, ou les contraintes liées à son état de santé. La fiche de programmation est donnée au patient le jour de son admission, il peut ainsi suivre le déroulé des examens prévus pour lui, dates et heures.

Au cours d'un second stage dans un Hôpital privé du sud de la France, la cadre de santé du service d'endoscopie qui me recevait m'a expliquée l'organisation de son unité. Dans cet établissement, le plateau d'endoscopie est mixte, recevant les explorations digestives et respiratoires. L'ensemble des examens est géré via un logiciel. Le médecin remplit la demande informatiquement, et la cadre de santé établit le programme. Tous les actes d'endoscopie sont réalisés sous anesthésie générale, c'est le service d'hospitalisation qui programme la consultation d'anesthésie, ou une secrétaire si le patient vient en ambulatoire. La cadre convoque les patients, et les appelle la veille pour s'assurer de leur venue.

Dans cet établissement, une IDE coordinatrice sera en poste à partir de juin 2018. Elle aura pour mission de récupérer le programme 48 heures avant, d'appeler les patients, de leur envoyer un message de rappel la veille, et de s'assurer de leur présence le jour de l'examen.

Ces renseignements m'ont apporté quelques pistes de réflexion pour l'élaboration de la fiche de poste de l'IDE tel que je la conçois, en tenant compte des organisations actuelles et des particularités géographiques de l'établissement dans lequel je travaille.

1/ Le patient est hospitalisé dans le service de Pneumologie : le médecin contacte l'IDE coordinatrice. Elle recueille les documents nécessaires, prend le rendez-vous de consultation pré anesthésique, inscrit le patient sur le programme d'endoscopie, rend visite au patient pour évaluer avec lui le niveau de compréhension des informations reçues, lui ré expliquer les impératifs liés à l'examen, répondre à ses questions dans les limites de ses fonctions, ou l'orienter vers la personne compétente.

2 / Le patient est hospitalisé hors site, dans un service du CHU ou au Centre Antoine Lacassagne (CAL). Après validation de l'indication, le médecin prescripteur contacte l'IDE coordinatrice. Celle-ci ne pouvant se déplacer sur site, délègue sa mission d'information à l'Infirmier du service demandeur. Elle lui adresse un support écrit, via Intranet, ou par mail, (guide à remettre au patient), sur lequel l'infirmier du service demandeur peut s'appuyer. Elle reste en contact pour toute information supplémentaire nécessaire. Elle programme l'examen, et communique les rendez-vous au service demandeur par les mêmes moyens.

3/ Le patient est adressé par un médecin de ville. Le prescripteur, après validation de l'indication de l'examen par un des pneumologues du service, contacte l'IDE coordinatrice, et lui adresse la demande d'examen remplie, par mail, ou par fax. Elle appelle le patient par téléphone, organise avec lui les différents rendez-vous, l'inscrit au programme d'endoscopie, lui confirme les informations par mail ou courrier papier, (Annexe V) et lui communique ses coordonnées pour toute autre question éventuelle.

Dans ce but, je propose de faire une étude de faisabilité/rentabilité de ce poste IDE, sur une période de 12 mois, en utilisant les moyens humains existants.



### 3 SYNOPSIS

Je me propose de réaliser une étude monocentrique sur 12 mois, prospective, incluant une cohorte de 800 patients devant bénéficier d'une bronchoscopie souple pour la première fois. Cette étude ne nécessite pas de faire appel au comité d'éthique, car elle ne concerne pas la loi Jardé, et porte seulement sur l'amélioration des pratiques de soin. (Ces informations m'ont été confirmées par la Directrice de la Recherche Clinique du CHU de Nice)

INVESTIGATEUR	Françoise Chouly
TITRE	<p><b>Projet CICER</b> Création d'un poste d' Infirmière Coordinatrice en Endoscopie Respiratoire au CHU de Nice</p>
CONTEXTE	<p>La bronchoscopie est un acte courant diagnostique ou thérapeutique (800 à 900 bronchoscopies souples par an en endoscopie respiratoire à Nice pour ne citer que cet examen)</p> <p>Cet examen nécessite une information au patient afin de respecter la loi et les pré requis.</p> <p>L'information est délivrée par le médecin, conformément à la législation.</p> <p>Malgré l'information délivrée, les patients ne savent pas toujours pourquoi on leur fait l'examen (81%) ou comment il se déroule (54%)</p> <p>Le taux d'annulation/reprogrammation est de 15% dans le service où je travaille et représente une perte de chance pour le patient, un surcoût pour l'Établissement, un surcroît de travail pour l'IDE de l'unité d'endoscopie</p> <p>Il existe dans certains établissements une IDE coordinatrice.</p>
HYPOTHESE	<p>Une IDE coordinatrice contribuerait à formaliser le parcours de soin du patient et à améliorer la qualité de sa prise en charge.</p>
OBJECTIF PRINCIPAL	<p>Prouver l'intérêt de la mise en place d'un poste d'IDE coordinatrice pour améliorer l'information au patient et la qualité de sa prise en charge (mesure par auto questionnaire rétrospectif du patient )</p>

<b>INVESTIGATEUR</b>	<b>Françoise Chouly</b>
<b>OBJECTIFS SECONDAIRES</b>	<p>Montrer qu'une IDE coordinatrice pourrait faire baisser le taux d'annulation et ou reprogrammation.</p> <p>Libérer du temps pour les IDE d'endoscopie.</p>
<b>CRITÈRES D'INCLUSION</b>	Tous les patients devant bénéficier d'une bronchoscopie souple pour la première fois.
<b>CRITÈRES DE NON INCLUSION</b>	Patients ayant déjà eu ce type d'examen, urgences, patients ne pouvant signer le document de consentement, patients ne parlant pas français et hors présence d'un interprète
<b>PROCÉDURE DE LA RECHERCHE</b>	<p>Présenter le projet d'étude et recueillir le consentement du chef de service et du chef d'unité d'endoscopie respiratoire du CHU de Nice</p> <p>Présenter le projet à l'ensemble de l'équipe d'endoscopie pour que chaque membre adhère au projet de recherche. Associer mes collègues IDE, elles et moi devenant IDE coordinatrices le temps de l'étude à tour de rôle (l'équipe d'endoscopie comporte 2 IDE titulaires et 1 remplaçante, 1 seule IDE travaille chaque jour)</p> <p>Adresser une information au correspondant informatique et liberté du CHU de Nice</p> <p>Créer un document d'information patient à diffuser aux IDE des services extérieurs à la pneumologie</p> <p>Créer un document d'information aux patients leur expliquant l'étude dont ils vont être les acteurs</p> <p>Etude prospective sur 12 mois, incluant environ 800 patients répartis en deux groupes de 400 patients chacun, sélectionnés dans le groupe 1 ou 2 selon leur ordre d'inscription sur le programme.</p> <p>Groupe 1 «standard» avec information habituelle: consultation et information médicale, remise du consentement, explication des pré requis, prise de rendez-vous avec l'IDE du service</p> <p>Groupe 2 «test» avec intervention de l'IDE coordinatrice en aval de la consultation, comme décrit dans la fiche de poste au chapitre 2 (en l'occurrence et pour la durée de l'étude les IDE d'endoscopie)</p>

<b>INVESTIGATEUR</b>	<b>Françoise Chouly</b>
CRITÈRES DE JUGEMENT	Pourcentage d'annulation/reprogrammation dans le groupe «standard» 1 versus le groupe «test»2 Questionnaire patients sur leur ressenti d'information et leur compréhension de l'examen Motifs d'annulation groupe 1 versus groupe 2
RETOMBÉES ATTENDUES	Formalisation du parcours patient Amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et de sa satisfaction Diminution du nombre d'examens reportés/reprogrammés Optimisation des plages de programme d'examens

## CONCLUSION

Ce travail m'a permis de réfléchir à la qualité de l'information délivrée au patient avant un examen endoscopique. Mes recherches, la réalisation de statistiques m'ont confortée dans mon ressenti, à savoir qu'il y a un manque d'efficacité pour l'établissement dans lequel je travaille, de chance pour le patient parfois, une perte de temps de travail infirmier, dû aux examens reportés/reprogrammés (15%).

Pour répondre aux enjeux auxquels sont confrontés les Établissements de Soins, dans un contexte de complexité croissante, caractérisé par des exigences accrues de qualité et de sécurité des soins, l'évolution de la demande des patients, la recherche de l'efficacité et l'évolution des organisations internes, il y a nécessité de coordonner les parcours patients.

Est ce que la création d'un poste d'IDE coordinatrice pourrait réduire le pourcentage de ces examens reportés et ainsi améliorer la qualité de la prise en charge du patient ? Je souhaite réaliser l'étude que je propose dans mon synopsis sur l'année 2019 afin de répondre objectivement à cette question.

La deuxième question est: quel est le ressenti du patient par rapport à l'information qu'il a reçue? Cela pourra se mesurer par un questionnaire proposé aux patients de l'étude, de façon rétrospective.

J'ai envie de croire que l'économie réalisée en optimisant les plages de programmation et en diminuant le taux d'examens reportés ferait pencher la balance en faveur de cette création de poste infirmier.

## REFERENCES

- [1] Code de la Santé Publique-Article R4312-46 modifié par décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016-art.1 [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) Consulté le 15 décembre 2017
- [2] Feller P., Tourret F., Schlienger P. (Photographies). L'Outil. Vanves: Editions EPA (2ème ed);2004, 311 p.
- [2] Dictionnaire : Le Petit Larousse Grand Format Année 1993 Entrée 1
- [4] GREPHH N° DGOS/PF2/2014/338 du 8 décembre 2014 relative à l'audit national en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux. [www.grephh.fr/Endoscopie-GREPHH.html](http://www.grephh.fr/Endoscopie-GREPHH.html) Consulté le 15 décembre 2017
- [5] DGOS/PF2/2014/338 du 8 décembre 2014 relative à l'audit national en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux. <https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 15 décembre 2017
- [6] Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 03 janvier 2018
- [7] Code de la Santé Publique-Article L1111-2 Modifié par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé-art.175 -art.7. <https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 03 janvier 2018
- [8] Code de la Santé Publique- Article L1111-4 Modifié par la Loi n° 3016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie-art.5 <https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 3 janvier 2018
- [9] Code de la Santé Publique -Article R4127-36 Modifié par le Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie <https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 3 janvier 2018

- [10] Code de la Santé Publique- Article R4127-35 <https://www.legifrance.gouv.fr> Consulté le 3 janvier 2018
- [11] Laude A. Le droit à l'information du malade. Les Tribunes de la santé 2005 n° 9 : 43-51.
- [12] Barlesi F., Dissard-Barriol E., Gimenez C., Doddoli C., Grellier L., Kleisbauer JP. Évaluation de la tolérance de la fibroscopie bronchique par auto questionnaire: la parole aux patients. Revue Maladies Respiratoires 2003 n° 20 : 35-40.
- [13] JFHOD 2012 15-18 mars PARIS [http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/ppt-2012/joly-dalbies\\_ppt.pdf](http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/ppt-2012/joly-dalbies_ppt.pdf) Consulté le 10 février 2018
- [14] Florence S., Gambotti L., Tezenas du Montcel S., Straczek C., Raphaël M., Cisse A. & Astagneau P. Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire. Revue Santé Publique 2009 vol. 21: 37-44.
- [15] HAS, Recommandation de bonne pratique. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé 2012. <https://www.has-sante.fr> Consulté le 3 decembre 2017
- [16] Poi PJ., Chuah SY., Srinivas P., Liam CK. Common fears of patients undergoing bronchoscopy. Eur Respir J.1998;11:1147-9.

## ANNEXES

### ANNEXE I

American Society of Anesthesiologists : Société Savante Américaine des médecins anesthésistes, qui a établi une échelle pour classifier le risque encouru par un patient lors d'une anesthésie. C'est le score ASA, qui va de 1 à 6.

<b>Définition</b>	<b>Score</b>
	1
Patient sain, en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.	
	2
Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, comme par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.	
	3
Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, comme par exemple : angor modéré, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.	
	4
Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, comme par exemple : angor de repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...).	
	5
Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures sans intervention chirurgicale.	
	6
Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.	

ANNEXE II

Tableau III : Examens programmés, annulés et réalisés en 2016 en endoscopie respiratoire à Nice chiffres et pourcentages.

EXAMENS		Total par examen	Taux de réalisation	Taux d'annulation
Fibroscopie sous A/L	Programmés	1026	88 %	12 %
	Annulés	121		
	Réalisés	905		
Fibroscopie sous sédation	Programmés	112	87 %	13 %
	Annulés	15		
	Réalisés	97		
Fibroscopie sous A/G	Programmés	1	100 %	0 %
	Annulés	0		
	Réalisés	1		
Bronchoscopie Rigide	Programmés	120	89 %	11 %
	Annulés	13		
	Réalisés	107		
EBUS	Programmés	179	85 %	15 %
	Annulés	26		
	Réalisés	153		
Ponctions / Pose de drain	Programmés	23	87 %	9 %
	Annulés	2		
	Réalisés	20		
Protocoles/Spirales	Programmés	12	100 %	0 %
	Annulés	0		
	Réalisés	12		
Biopsie musculaire	Programmés	0	NA	NA
	Annulés	0		
	Réalisés	0		
Total Annuel	Programmés	1473		
	Annulés	177		
	Réalisés	1295		



ANNEXE II bis

Tableau IV : Motifs des examens reportés en endoscopie respiratoire à Nice en 2016

Motif du report	Total par report	Part de chaque examen
Non à jeun	20	13,33
Problème anti coagulant	10	6,67
Problème anesthésique	2	1,33
Report/refus patient	70	46,67
Non précisé	48	32,00
Total Annuel	150	100,00



**BON DE DEMANDE FIBRO - BRONCHOSCOPIE**

**DEMANDE DE FIBRO-BRONCHOSCOPIE  
– Unité d’Endoscopie Respiratoire -**

A adresser à l’Unité d’Endoscopie Respiratoire – Hôpital pasteur 1 – Pavillon H 1<sup>er</sup> étage (côté Est) –Tél : 38051 – Fax : **38759**

**Nom et Prénom du Patient :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Age :** ..... ans.

**UF de Demande :** ..... **Date de demande :** ...../...../.....

**Par le Dr :** .....

Renseignements Cliniques – Questions posées à l’endoscopiste – Quelle(s) modification(s) thérapeutique(s) découlera(ont) du résultat éventuel ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RAPPELS** : Conditions et documents à réunir, confirmé avant de venir à l’examen.

- Le patient a été informé de l’examen et a donné son consentement**
- Le patient est à jeun**
- Le patient n’est pas sous traitement anti coagulant (AC)**
  - Anti Agrégant plaquettaire stoppé depuis plus de 10 jours
  - Héparine IV stoppée depuis plus de 6 heures
  - Héparine SC ou HBPM stoppée depuis plus de 12 heures
  - Anti vitamine K stoppé depuis plus de 3 jours
- Le patient n’est pas en détresse respiratoire (SaO2 > 90%)**

### BON DE DEMANDE FIBRO - BRONCHOSCOPIE

- Le patient n'a pas présenté d'allergie aux produits d'anesthésie ni au latex
- Imagerie pulmonaire récente : radiographie (< 1 semaine) ou TDM (< 1 mois)
- Résultat récent de TP TCA Plaquettes (matin de l'examen ou de la veille si sous AC)

Autres précisions : .....

.....

.....

.....

**Dépistage des « infections à prions » effectué par le médecin prescripteur**

- Pas d'intervention neuro chirurgicale
- Pas de traitement par hormones hypophysaires
- Pas de greffe de cornée ou de sclère
- Pas de maladie de Creutzfeldt Jacob (MCJ) dans la famille
- Pas de démence ou ralentissement psycho moteur
- Pas d'ataxie cérébelleuse
- Pas de troubles oculo moteurs

**Attention : Une seule case cochée rend INDISPENSABLE une consultation de NEUROLOGIE préalable pour le dépistage de MCJ et son résultat sera attendu avant exécution de l'endoscopie.**

**QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE PATIENTS A RISQUE  
DE TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB**

**A remplir par le médecin prescripteur d'un examen  
ou d'un acte nécessitant l'utilisation d'un Dispositif Médical (DM) réutilisable**

Date : .....

Acte prévu : .....

Identification du service : .....

Nom du médecin : ..... Signature : .....

Etiquette  
du patient

**I. RECHERCHE DE FACTEUR DE RISQUE DANS LES ANTECEDENTS**

**A votre connaissance, le patient a-t-il des antécédents :**

- de traitement par hormone de croissance extractive oui  non
- d'un cas d'Encéphalopathie Spongiforme Sub-aiguë Transmissible (ESST) liée à une mutation du gène codant pour la PrPc, dans sa famille génétique (parents, fratrie) oui  non
- d'intervention chirurgicale (en France ou à l'étranger) avec ouverture de la dure-mère, notamment intervention neurochirurgicale ou d'exploration cérébrale invasive, sauf si réalisée en France à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1995 oui  non

**Si non à toutes les questions → patient non à risque ③**

**Si oui à une question → patient à risque ②**

**2. RECHERCHE DE SIGNES CLINIQUES ÉVOCATEURS DE LA MALADIE**

**Le patient présente t-il, après élimination des autres causes possibles, des signes  
d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission :**

oui  non

**Au moins un signe clinique neurologique**

- + des troubles intellectuels  → suspicion d'ESST
- + des troubles psychiatriques  → suspicion d'ESST

**Si suspicion d'ESST ⇒ revoir l'indication de l'acte et demander au préalable l'avis d'un neurologue.**

**Avis du médecin neurologue**

Nom : ..... Date : .....

Suspicion de maladie de Creutzfeldt Jakob :  confirmée  non confirmée

**Si suspicion confirmée (patient suspect ①) et si acte indispensable :**

⇒ séquestration du DM dans l'attente de la confirmation du diagnostic et/ou destruction  
(application des mesures de précautions maximales selon la circulaire n°138)

**3. PRISE EN CHARGE DES DM**

PATIENT SUSPECT	PATIENT À RISQUE	PATIENT NON À RISQUE
① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>
DM : procédure de séquestration *	DM : procédure renforcée*	DM : procédure standard

\* cf. mode opératoire «Traitement des D.M. restérilisables dans le cas de patients à risques prions »  
Fiche de traçabilité des patients à risque de transmission de la MJC Version 2.0 - Janvier 2009

## ANNEXE III

	<b>Demande de vidéo-écho- endoscopie (EBUS)</b>	
--	---	--

Merci de **compléter ce questionnaire**, soit de façon manuelle en l'adressant ensuite par **fax** au **04 92 03 87 59**, soit en cochant les cases et en remplissant les zones de texte en l'adressant ensuite par **mail** à [chouly.f@chu-nice.fr](mailto:chouly.f@chu-nice.fr) et [benhamou.m2@chu-nice.fr](mailto:benhamou.m2@chu-nice.fr)

### I/ IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Docteur Prénom : NOM :  
Téléphone : Fax : mel : @

### II/ IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom : NOM : Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.  
Téléphone : mel : @

### III/ MOTIF DE LA DEMANDE

Bilan étiologique d'une lésion suspecte médiastino-pumonaire  Staging  
préthérapeutique d'un néoplasme connu  
Dans le 2<sup>ème</sup> cas de figure quelle est la nature histologique de la lésion :

### IV/ TABAGISME :

Nombre de PA (si non-fumeur, mettre « 0 ») : Si tabagisme sevré mettre l'année du sevrage :

### V/ ATCDs / COMORBIDITES :

Incluant mais non limitées à:  
 coronaropathie  insuffisance cardiaque  valvulopathie   
hypertension  
 AVC  artérite  cardiopathie rythmique  
 diabète  obésité (IMC  $\geq$  35) ou  cachexie (IMC < 16.5)  
 SAOS  cancer  BPCO  insuffisance respiratoire  
Autres comorbidités : Remarques

### VI/ ANTICOAGULATION/ANTIAGREGATION.

AVK (considérez que pour le relai/arrêt il faut au moins un délai de 5 jours avant la réalisation de l'EBUS)  
 le patient est sous AOD (considérez que pour l'arrêt il faut au moins un délai de 3 jours avant la réalisation de l'EBUS)  
 le patient est sous antiagrégants (considérez que pour le relai/arrêt il faut au moins un délai de 5 jours avant la réalisation de l'EBUS)  
 le patient est sous aspirine seul (l'aspirine peut être maintenu lors de la réalisation d'un EBUS à la dose de 75mg/j)  
 le patient est sous HBPM préventive (à stopper le matin de l'examen)  
 le patient est sous HBPM curative (à arrêter la stopper la veille de l'examen)

### VII/ CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Vous souhaitez que nous organisions une consultation d'anesthésie en externe, à l'hôpital Pasteur, au moins 48 h avant le geste  
 Vous ou le patient préférez organiser la consultation d'anesthésie à proximité du domicile du patient  
Dans le 2<sup>ème</sup> cas de figure, merci de nous adresser le compte rendu de la **consultation d'anesthésie** par fax au 04 92 03 87 59 ou par mail à [chouly.f@chu-nice.fr](mailto:chouly.f@chu-nice.fr) et à [benhamou.m2@chu-nice.fr](mailto:benhamou.m2@chu-nice.fr) (au moins 48h avant la réalisation de l'examen)

# ANNEXE III

## Fiche de programmation « AUTRES »

Date d'entrée

NOM Prénom : .....

Homme  Femme

Date de naissance : ..... / ..... / .....

TEL du patient : .....

date de la demande : ..... / ..... / .....

étiquette

### Programmation

HdJ  HdS (nb de nuits : )  Hosp convent  consult

Demandée par  Pr Marquette

Dr Clary

Dr Lemoigne

Dr Macone

Dr Pereira

Dr Poudoux

Dr Wolter

Dr Vivinus

Dr .....

### MOTIF SUCCINT

### Contraintes

Urgent

Me prévenir

Staff

Diabète

Insuffisance rénale

Allergie Iode

Dépendance physique

### Examens à prévoir

### Bon fait

### RDV le

<input type="checkbox"/> Rx Thorax Face <input type="checkbox"/> Profil <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fibroscopie Bronchique	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> scanner thoracique	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Echographie Abdominale	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> TEP au 18FPG (PET Scan)	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> EFR	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> VO2 Max	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Bronchoscopie Rigide	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Pleuroscopie	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> consultation d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Biologie (à préciser)		ECG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Consultation autre spécialité	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	.....

à revoir

par moi

Dr .....

délai .....

**DOCUMENT DESTINE AUX PATIENTS SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER D'UNE  
BRONCHOSCOPIE SOUS SEDATION/ANESTHESIE EN AMBULATOIRE**

**Service de Pneumologie, Oncologie Thoracique et Soins Intensifs  
Respiratoires. CHU de Nice**

**Consignes liées à la prise en charge en ambulatoire**

Document destiné aux patients susceptibles de bénéficier d'une  
**sédation/anesthésie en ambulatoire** pour bronchoscopie

Votre état de santé rend nécessaire la réalisation d'une exploration de l'intérieur de vos bronches (**bronchoscopie**).

Cet examen sera réalisé sous **sédation/anesthésie en ambulatoire**.

La réalisation de la bronchoscopie sous sédation/anesthésie en ambulatoire requiert un certain nombre de **précautions** et **d'impératifs de sécurité** que **vous devrez respecter** et dont il est important que vous preniez connaissance.

**I. Avant la bronchoscopie**

- Prévenez nous de toute modification de votre état de santé (rhume, fièvre, ...) au moins 48 h avant la bronchoscopie (Tél. : 04 92 03 80 58)
- Prévenez nous de toute modification intervenue dans votre traitement depuis votre dernière consultation
- Si vous êtes mineur vous devez être accompagné de votre tuteur légal
- Ne buvez plus, ne mangez plus (même pas de chewing gum), ne fumez pas à partir de minuit, la veille de l'intervention.
- Retirez tout bijou y compris alliance, bagues, piercings, montre, maquillage, vernis à ongle, prothèses dentaire ou auditive, lunettes ou lentilles.
- Ne venez pas avec des objets de valeur.
- Présentez vous en hôpital de jour à 8h au rez-de-chaussée du pavillon H

**II. après la bronchoscopie**

- Vous repasserez en hôpital de jour pour poursuite de la surveillance.
- Il vous y sera servi un plateau repas.
- Vous ne pourrez pas quitter l'hôpital de jour sans accompagnant et sans autorisation médicale.
- L'équipe médicale peut décider de vous garder en hospitalisation pour la nuit pour des raisons médicales.
- Les prescriptions (antalgiques) et formulaires (arrêt de travail, bon de transport, et de RDV de consultation) vous seront données avant de quitter le service.



**DOCUMENT DESTINE AUX PATIENTS SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER D'UNE BRONCHOSCOPIE SOUS SEDATION/ANESTHESIE EN AMBULATOIRE**

**III. Une fois de retour à domicile**

- Prévoir de vous reposer dès votre retour à domicile et que la personne qui vous accompagne puisse rester la nuit avec vous.
- Ne pas conduire jusqu'au lendemain.
- Ne buvez pas d'alcool
- Ne prenez aucune décision importante pendant 24 heures.
- Ne prenez aucun médicament qui ne vous a pas été prescrit.
- En cas de d'essoufflement ou de fièvre et de crachat sanglants contactez le service par téléphone le 04 92 03 80 57

Je soussigné ..... certifie :

- avoir compris que ma bronchoscopie sera réalisée sous sédation/anesthésie.
- avoir compris l'intérêt de la bronchoscopie et les risques inhérents à celle-ci.
- avoir pu poser à l'équipe de pneumologie toutes les questions qui me semblaient nécessaires à ma compréhension
- avoir reçu les réponses adaptées à mes questions

Date : .....

Signature du patient :



## DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS SUSCEPTIBLES DE BENEFCIER D'UNE BRONCHOSCOPIE

Votre état de santé rend nécessaire la réalisation d'une exploration visuelle de l'intérieur de vos bronches. Cet examen s'appelle une **bronchoscopie** (encore appelé **fibroscopie bronchique** si l'examen est réalisé avec un **bronchofibroscope** ou **bronchoscopie rigide** s'il est réalisé avec un **tube rigide**). Ce document a pour but de vous apporter toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension des modalités de l'examen. Nous vous demandons de le lire attentivement.

**VOUS POURREZ ENSUITE POSER AU MEDECIN TOUTES LES QUESTIONS QUE VOUS SOUHAITEZ.**

### Qu'est-ce qu'une bronchoscopie souple (BS) ?

La bronchoscopie souple est un examen des bronches qui s'effectue grâce à un fin appareil souple (le fibroscope) qui permet de rechercher d'éventuelles anomalies des bronches et de réaliser des prélèvements. Cet examen est réalisé en règle générale dans le but d'aider au diagnostic de l'affection respiratoire dont vous souffrez. Dans certains cas (traitement de l'emphysème par exemple) la bronchoscopie souple est réalisée dans un but thérapeutique.

### Qu'est-ce qu'une bronchoscopie rigide (BR) ?

La bronchoscopie rigide est un examen des bronches qui s'effectue grâce à un tube rigide. La bronchoscopie rigide est réalisée en règle générale dans un but thérapeutique : ablation de corps étranger inhalé dans les bronches, traitement des sténoses (rétrécissement) de la trachée ou des bronches, mise en place de marqueurs pour la radiothérapie. Dans certains cas la bronchoscopie rigide est proposée dans un but diagnostique, notamment quand il est nécessaire de réaliser des prélèvements de grande taille.

### Quels sont les bénéfices de cet examen ?

La bronchoscopie souple permet aux médecins qui sont en charge de votre problème de santé de mieux identifier la cause de vos problèmes respiratoires ou des anomalies radiologiques pulmonaires qui ont été décelées. C'est l'examen le plus simple qui permette d'effectuer des prélèvements au niveau des bronches et des poumons.

### Comment se déroule une bronchoscopie souple ?

**Conditions de base:** être à jeun [6 heures pour les solides et 2 heures pour les boissons à liquide clair (non particulières)].

**Anesthésie et sédation:** la BS est habituellement pratiquée sous anesthésie locale réalisée par pulvérisation d'anesthésique dans le nez et la gorge. Si vous êtes particulièrement anxieux il est possible de réaliser l'examen sous sédation. Si vous souhaitez cette sédation veuillez le demander au médecin qui vous a prescrit la bronchoscopie, de manière à ce que cette sédation puisse être organisée dans les conditions de sécurité nécessaires. La bronchoscopie est alors réalisée en hôpital de jour. Dans certains cas, pour des gestes plus complexes ou chez des patients extrêmement anxieux, l'examen est réalisé sous anesthésie générale. La consultation pré-anesthésique est alors obligatoire et a lieu en général au cours des 48 heures qui précèdent l'examen et la bronchoscopie est alors réalisée en hospitalisation conventionnelle ou en hôpital de jour.

**Comment la bronchoscopie se déroule-t-elle ?** Le médecin introduit un instrument optique (bronchoscope souple) par le nez ou la bouche et explore la trachée, les bronches et leurs ramifications. Pendant la bronchoscopie, le médecin peut effectuer des prélèvements de mucus bronchique ou de petits morceaux de muqueuse (biopsies) dans la trachée, les bronches, ou le poumon. Il se sert d'instruments (cathéters aspirants, brosse, pince à biopsie) qu'il introduit par le canal opérateur du fibroscope. Il peut éventuellement être nécessaire d'injecter dans les alvéoles pulmonaires de petites quantités d'un liquide stérile (lavage bronchoalvéolaire). Les prélèvements sont ensuite analysés à la recherche d'agents pathogènes et à la recherche de modifications cellulaires ou tissulaires. L'ensemble de l'examen dure de 5 à 15 minutes selon les situations.

## DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER D'UNE BRONCHOSCOPIE

### Comment se déroule une bronchoscopie rigide?

**Conditions de base:** être à jeun [6 heures pour les solides et 2 heures pour les boissons à liquide clair (non particulaires)].

**Anesthésie et sédation: compte tenu du caractère désagréable de l'examen** la BR est toujours pratiquée sous anesthésie générale (au bloc opératoire). La bronchoscopie est réalisée en ambulatoire, en hôpital de jour ou en hospitalisation traditionnelle, en fonction de la gravité de votre affection respiratoire.

**Comment la bronchoscopie se déroule-t-elle ?** Le médecin introduit le bronchoscope rigide par la bouche et explore la trachée et les bronches. En fonction de l'indication le médecin réalisera l'ablation du corps étranger, le traitement de votre sténose bronchique ou trachéale ou la mise en place d'un marqueur radio-opaque en vue d'une radiothérapie. L'ensemble de l'examen dure de 10 à 60 minutes selon les situations.

### Quelles sont les conséquences de la bronchoscopie ?

Pendant l'examen, vous ne pouvez pas parler. L'anesthésie locale entraîne une sensation inhabituelle au niveau de la bouche et de la gorge qui disparaît en 1 heure environ. Il est impératif de ne pas boire ni manger avant 1 heure 30 pour éviter une fausse route.

Si des biopsies bronchiques ou pulmonaires ont été réalisées, il est habituel de constater la présence de filets de sang dans les crachats pendant 24 heures. En cas de lavage bronchoalvéolaire, il se produit dans 5% des cas une élévation de température isolée le soir de l'examen, qui régresse en 24 heures.

Les produits utilisés pour la sédation ou l'anesthésie générale sont susceptibles d'entraîner une amnésie antérograde (vous ne vous souvenez pas des choses que l'on vous a faites ou dites) voire d'altérer temporairement votre jugement, même si vous vous sentez totalement réveillé. C'est pourquoi jusqu'au lendemain matin il vous est recommandé de

- ne pas conduire votre voiture ou un appareil dangereux
- ne pouvez pas regagner votre domicile au volant de votre véhicule (vous devez absolument être accompagné par un tiers)
- ne pas prendre de somnifère ou de tranquillisant.
- ne pas prendre de décision importante.
- rester en mesure de joindre rapidement un médecin.

### Quelles sont les complications possibles d'une bronchoscopie ?

**Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les médecins responsables de ce service ont depuis longtemps fait tous les efforts nécessaires pour en limiter au maximum la survenue.**

Plutôt que de simplement énumérer tous les effets indésirables qui ont pu être rapportés après une bronchoscopie, avec ou sans sédation, voici quelles sont les précautions prises dans ce service pour éviter ces effets indésirables.

- saignements anormaux : au moindre doute un bilan de coagulation complet est effectué avant l'endoscopie. Il est important de signaler au médecin endoscopiste tout saignement anormal qui aurait pu se produire dans le passé, chez vous ou chez un membre de votre famille. Il faut également lui signaler toute médication anticoagulante ou anti-agrégante des plaquettes utilisée (Aspirine, Plavix, Effient). En cas de besoin, le médecin endoscopiste dispose de médicaments coagulants qui peuvent être injectés localement ou par voie intraveineuse.
- essoufflement anormal: il est important de signaler au médecin endoscopiste s'il arrive que vous soyez essoufflé. De même il faut lui indiquer si vous prenez habituellement des médicaments pour mieux respirer. Si nécessaire, ces médicaments vous seront administrés avant le début de l'examen. Au cours de la fibroscopie, un capteur disposé au doigt permet de surveiller votre oxygénation. De l'oxygène sera administré si nécessaire et systématiquement en cas d'endoscopie pour lavage bronchoalvéolaire pour éviter l'apparition d'un essoufflement.
- réaction allergique: il est important de signaler au médecin endoscopiste si vous êtes atteint d'allergie à un médicament quelconque, et en particulier à la xylocaïne qui est l'anesthésique local utilisé.
- pneumothorax (décollement du poumon): ce risque n'existe qu'au cours des biopsies pulmonaires par fibroscopie. Dans ce cas, une perfusion de sécurité est mise en place et une radiographie de contrôle sera effectuée après l'examen. Si le décollement est trop important ou mal toléré, un drainage thoracique peut être nécessaire.

## DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER D'UNE BRONCHOSCOPIE

- troubles cardiaques ou tensionnels: il est important de signaler au médecin endoscopiste si vous êtes atteint de troubles cardiaques ou si vous prenez des médicaments pour traiter votre cœur ou une hypertension. Si nécessaire, une surveillance du rythme cardiaque par un moniteur sera mise en place avant le début de l'examen et de l'oxygène sera administré pendant l'examen pour éviter tout incident.
- infection: les endoscopes utilisés sont stérilisés selon les procédures les plus récentes ce qui évite tout risque infectieux pour vous. Un certain nombre d'infections transmissibles nous oblige à prendre des précautions d'hygiène plus particulières. C'est le cas des hépatites virales, des infections par le virus VIH, des infections par le bacille de la tuberculose et des maladies à prions. Le médecin endoscopiste s'enquerra auprès de vous de l'éventualité d'une telle infection.

Toutes ces mesures de précaution rendent extrêmement rares d'autres complications comportant un risque vital, comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, un saignement abondant ou une asphyxie. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'endoscopies respiratoires

### Informations à donner au médecin qui réalisera l'endoscopie bronchique :

- grossesse en cours,
- allergies médicamenteuses,
- maladie respiratoire ou cardiaque,
- préciser si vous ronflez la nuit
- maladies sanguines ou hémorragies fréquentes (bleus, saignement de nez, des gencives),
- traitement médicamenteux en cours,
- port de prothèse dentaire,
- précisez si vous souffrez de glaucome ou d'un adénome de la prostate,
- précisez si vous avez eu une radiothérapie du cou

Je soussigné ..... certifie ;

avoir compris l'intérêt de la bronchoscopie et les risques inhérents à celle-ci ;  
avoir pu poser à l'équipe de pneumologie toutes les questions qui me semblaient nécessaires à ma compréhension ;  
avoir reçu les réponses adaptées à mes questions.

Date : .....

Signature du patient :

La signature de ce document a essentiellement pour but de s'assurer que le patient a bien pu prendre connaissance des précautions et impératifs de sécurité liés à la réalisation d'une bronchoscopie sous sédation/anesthésie en ambulatoire. Elle n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin.

## ANNEXE V



**Service de Pneumologie**  
**Unité Endoscopies Respiratoires**  
Hôpital Pasteur 1  
30 avenue de la Voie Romaine  
06000 NICE  
Tél. 04 92 03 80 51  
Fax. 04 92 03 87 59

Madame, Monsieur,

Vous allez faire l'objet d'un examen de vos voies respiratoires appelé :

Vous devez vous rendre à l'**Hôpital Pasteur 1, Pavillon H, rez-de-chaussée**, et faire votre admission au bureau des entrées à l'entrée du pavillon, muni(e) de votre carte vitale, carte de mutuelle (si vous en avez une) et pièce d'identité.

Le            à            heures

Il faudra vous rendre ensuite dans le service d'endoscopie qui se trouve au 1<sup>er</sup> étage du pavillon H.

Vous devez être **à jeun depuis minuit** : ne pas fumer, ni boire, ni manger, ni chewing-gum, ni bonbon.

En cas de question ou d'empêchement, vous pouvez joindre le Service d'Endoscopie au :

**04 92 03 80 51**

Du lundi au vendredi de 7h00 à 15h00

## ANNEXE V



**Service de Pneumologie**  
**Unité Endoscopies Respiratoires**  
Hôpital Pasteur 1  
30 avenue de la Voie Romaine  
06000 NICE  
Tél. 04 92 03 80 51  
Fax. 04 92 03 87 59

Madame X

Vous allez faire l'objet d'un examen de vos voies respiratoires appelé **Choi**sissez un élément. le

Vous avez rendez-vous en **consultation d'anesthésie** le 11/12/2017 à 14 heures

Vous devez vous rendre à l'Hôpital Pasteur 1, Pavillon H, rez de chaussée, et faire votre admission au bureau des entrées à l'entrée du pavillon, muni(e) de votre carte vitale, carte de mutuelle et pièce d'identité.

Si vous avez des traitements médicaux habituels, parlez-en au médecin anesthésiste lors de la consultation qui vous dira si vous pouvez les prendre le matin de l'examen.

Il vous sera remis un flacon de Bétadine moussante avec lequel vous devrez prendre la douche le jour de l'examen.

Après la consultation de pré anesthésie, faire la pré admission au bureau des entrées. Précisez au bureau des entrées le jour de l'examen et l'unité d'hospitalisation dans laquelle vous êtes attendu(e) :

Vous êtes attendu(e) en : Hôpital de Jour, Pavillon H, rez de chaussée

Le 15/12/17 à 8 heures

Vous devez être à **jeun depuis minuit** : ne pas fumer, ni boire, ni manger, ni chewing-gum, ni bonbon.

Vous sortirez dans l'après-midi sauf contre-indication médicale, et devrez être accompagné(e). Vous n'êtes pas autorisé à conduire. La nuit suivant l'anesthésie vous ne devrez pas être seul(e) chez vous.

En cas de question ou d'empêchement, vous pouvez joindre le Service d'Endoscopie au :

**04 92 03 80 51**

## **RESUME**

Les actes d'endoscopie bronchiques sont nombreux et courants (244 000 bronchoscopies souples en 2015 recensés dans 528 Établissements de Santé). Le médecin prescripteur informe le patient conformément à la législation, du but et de l'intérêt de l'examen, ainsi que de ses pré requis. Or malgré cela, certains d'entre eux ne respectent pas les consignes de jeûne, ou l'arrêt des anti coagulants,...et la bronchoscopie est reportée ou reprogrammée. Ces actes en endoscopie respiratoire au CHU de Nice représentent 15% des examens et entraînent des surcoûts liés aux reprogrammations.

La formalisation du parcours de soin par la création d'un poste d'IDE coordinatrice pourrait favoriser une amélioration dans l'information délivrée au patient et permettre l'efficience.

Cette hypothèse devra être démontrée par une étude prospective sur un an, incluant l'ensemble des patients devant bénéficier d'une bronchoscopie souple pour la première fois. Le critère de jugement principal sera le taux d'examens annulés ou reprogrammés. Deux groupes seront créés : Groupe 1, informé selon le schéma habituel, Groupe 2, recevant l'information standard et celle de l'IDE coordinatrice. Chaque groupe représente environ 400 patients.

Les résultats attendus sont une amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et de sa satisfaction, et une diminution des taux d'examens reportés/reprogrammés. Ce qui légitimerait la création du poste d'IDE coordinatrice au sein de l'unité d'endoscopie respiratoire à Nice.

Mots clés :

- Bronchoscopie
- Information
- Programmation/Report
- Qualité
- Parcours de soin
- IDE coordinatrice