



Diplôme Inter-Universitaire de Soins Infirmiers en Endoscopie

L'élaboration d'un service en "fast Track" en endoscopie, quelles réticences ou résistances au changement au niveau infirmier ?

François HUART

Année Universitaire 2017-2018

Je remercie ici pour leur accompagnement et leur soutien :

Madame Fanny DURAND de l'Université de Limoges, pour son encadrement pédagogique tout au long de cette année universitaire et ses précieux conseils,

Mon épouse et mes enfants qui m'ont encouragé dans ma démarche,

Je remercie également :

Les deux établissements qui m'ont ouvert leurs portes comme terrains d'études et leurs équipes, l'hôpital Européen de Marseille et la Clinique Capiro d'Orange,

Les I.D.E. de France et même au-delà, qui ont contribué à mon enquête et répondu à mon questionnaire, malgré leur charge de travail,

Je remercie mon employeur, l'Hôpital Saint Joseph à Marseille en la personne de

Madame Nathalie PUPPO, Directeur des Soins.

Et enfin, je remercie l'ensemble de l'équipe de mon service, le bloc endoscopie .

SOMMAIRE

Introduction	1
1ere partie	2
I- Définition du fast Track	2
II- Les finalités du fast Track	2
A/ Finalités pour le patient et son accompagnant	2
B/ Finalités pour l'hôpital.....	2
III- Le cadre législatif de l'ambulatoire et du Fast Track	3
A : Cadrelégislatif commun à l'ambulatoire et au Fast Track.....	3
B :Cadre législatif propre au Fast Track	3
IV - L'organisation	4
A- Impératif d'anticipation	4
1- Impératif d'anticipation pour le patient	4
2- Impératif d'anticipation pour l'Hôpital	4
B- Impératif de structuration pour l'Hôpital	5
1- Le circuit de « Marche en avant »	5
2- Les moyens techniques	7
3- Les moyens humains	7
2eme partie	9
I – Terrains d'Etudes	9
A / Hôpital Européen Marseille	9
1 - Eléments descriptifs du service	9
2 - Les leviers du bon fonctionnement du Fast Track	9
3 - Les freins du Fast Track	10
B/ Clinique Capio Orange	10
1 - Eléments descriptifs du service	10
2 - Les leviers du bon fonctionnement du Fast Track	11
3 - Les freins du Fast Track	12

II – Enquête auprès d’IDE en endoscopie	12
A / Méthodologie	12
B / Principaux résultats de l’enquête	13
1- Sur la connaissance et la pratique du Fast Track par les I.D.E.(questions 1 et 2)	13
2- Sur les avantages du Fast Track pour les I.D.E. (question 3)	13
3- Sur les difficultés du Fast Track pour les I.D.E. (Questions 4 à 8)	13
4- Sur les freins et leviers au changement d’organisation en Fast Track	14
 Conclusion	 16
 Références	 17
 Annexes	
 Résumé du manuscrit	 en quatrième page de couverture

Introduction

Dans les années 1990, l'évolution de l'ambulatoire s'est orientée vers le « fast Track » ou la réhabilitation rapide après chirurgie selon les travaux d'Henrik Kehlet (au Danemark). La mise en place de cette pratique en France se fait lentement (nous accusons un sérieux retard par rapport aux pays scandinaves ou nordiques où le processus est déjà en place...), bien qu'intéressante au point de vue du confort du patient et au point de vue de gestion hospitalière. En effet, peu d'établissements pratiquent ce mode de fonctionnement. Si cette méthode s'applique pour des interventions chirurgicales, elle peut également s'appliquer pour des actes d'endoscopie digestive, ou autres actes sous anesthésie de courte durée.

Jusqu'à présent, à l'hôpital Saint Joseph à Marseille où j'exerce comme infirmier dans le service d'endoscopie, en dehors des patients hospitalisés, nous recevons les patients en « endoscopie ambulatoire » et envisageons dans un proche avenir d'ouvrir une unité en ambulatoire mais avec un circuit court en « fast Track ». C'est une nouveauté et j'ai voulu m'intéresser à ce changement, cette nouvelle façon de recevoir les patients. Quel est l'impact que ce système peut avoir sur notre profession au quotidien ? Quelles sont les craintes, les résistances qu'elle peut engager au niveau de la charge de travail et du rythme à maintenir ? Comment y pallier pour que cette nouveauté soit un succès ?

Dans une 1^{ère} partie, nous définirons le Fast Track et ses finalités pour le patient d'un côté, et pour l'hôpital de l'autre côté. Ce système s'inscrivant dans le cadre de la santé il convient bien entendu de dresser le cadre législatif de la chirurgie ambulatoire dans lequel le Fast Track s'inscrit, et le cadre propre du Fast Track. Nous définirons ensuite le système du Fast Track comme organisation et ses impératifs d'anticipation, de structuration matérielle et humaines.

Après cela, dans une 2^{ème} partie, nous regarderons deux terrains d'études où le Fast Track est déjà une réalité, un premier terrain où nous avons pu réaliser un stage et donc voir le déroulé du Fast Track au quotidien pendant une semaine, et un deuxième terrain où nous avons pu faire une visite et accompagné de l'équipe projet, chargée de l'introduction du Fast Track à l'Hôpital St Joseph. Chaque terrain nous permettra de voir comment cela fonctionne et sans doute de voir quelques points positifs ou négatifs, en toute modestie bien entendu, vu le temps passé restreint sur chacun. Pour donner suite à ce qui a été observé sur ces deux terrains, nous pourrons enfin confronter nos propres observations avec les réalités ou perceptions remontant

dans les questionnaires que nous aurons adressé aux I.D.E qui pratiquent ou vont pratiquer le Fast Track, après avoir exposé la méthodologie utilisée.

Il sera alors peut être possible pour conclure à la question de notre étude : Quel est l'impact de l'introduction du Fast Track en endoscopie sur le métier d'I.D.E. ? quelles sont les freins, les craintes liés à son introduction et comment lever ces freins pour que ce soit un succès ?

Première partie

I - Définition du fast Track

Le fast Track, qu'on peut traduire par « réhabilitation rapide » ou « circuit court », est une procédure multi disciplinaire récente, associant anesthésistes, chirurgiens (ou médecins) et l'ensemble du personnel non médical (Cadre de santé, IDE, aides-soignantes, ASH, brancardiers, secrétariat...). Sa pratique s'adapte au parcours de soins ambulatoires au cours de la réalisation d'actes chirurgicaux et d'actes diagnostiques invasifs souvent courts sous anesthésie, ce qui permet une sortie rapide, sans douleur et dans des conditions optimales de sécurité pour le patient.

II -Les finalités du fast Track

A / Finalités pour le patient et son accompagnant

La finalité pour le patient est son bien-être : Le Fast Track a pour vocation de réduire pour le patient et son accompagnant le temps passé à l'hôpital, en réduisant au plus près les « temps morts », les temps d'attente et le stress qui y est associé, tout cela en garantissant la qualité des soins et la sécurité du patient. Le bien-être du patient est sa prise en charge personnalisée, le patient au cœur du système, un des acteurs à part entière.

B / Finalités pour l'hôpital

Pour l'hôpital, la finalité est d'optimiser les moyens mis en œuvre et de développer l'activité. Ainsi le patient reste seulement le temps nécessaire et libère la place pour le patient suivant. Il y a donc augmentation de la capacité de prise en charge de nouveaux patients tout en respectant la qualité des soins et améliorer la durée du circuit du patient.

III – Le cadre législatif de l’ambulatoire et du Fast Track

A : Cadre législatif commun à l’ambulatoire et au Fast Track

L’exécution du fast Track est soumise au même cadre légal que le parcours en ambulatoire, régi par les principaux textes suivants :

Le décret 2012-969 du 20/08/2012 article 2 définissant les conditions de chirurgie ambulatoire [Annexe n°1].

Le décret sécurité 94-1050 du 05/12/1994, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l’anesthésie et modifiant le code de la santé publique [Annexe n°2].

L’article D6124-91 du CSP, obligation réglementaire du passage en SSPI après toute anesthésie [Annexe n°3].

Le score d’Aldrete, autorisant la sortie du patient après passage en SSPI [Annexe n°4].

Le score de Chung ou de White, évaluant l’aptitude du patient à quitter la SSPI, pour retourner en service, puis à son domicile, en fonction de différents paramètres cliniques (« aptitude à la rue »). [Bibliographie n°16]

B : Cadre législatif propre au Fast Track

Il n’existe pas de cadre législatif propre au Fast Track, puisqu’il s’agit d’une organisation de fonctionnement dans le cadre d’un système ambulatoire ou hospitalier.

IV – L’organisation

L’organisation du Fast Track se doit de répondre à deux impératifs :

A - Impératif d’anticipation

1 – Impératif d’anticipation pour le patient

Le patient lui-même, est acteur dans l’organisation de ses examens. Dès que l’examen est prescrit par le gastro-entérologue, il organise sa prise en charge par les différents rendez-vous : le jour de l’examen (en général avec le gastro-entérologue), le jour du rendez-vous préalable avec l’anesthésiste (au moins 48h avant son examen). À la suite de la consultation d’anesthésie, il peut également y avoir d’autres examens complémentaires à réaliser permettant le bon déroulement de l’examen prescrit (bilan d’anémie, complément de bilan sanguin, ou d’examen cardiologique, ...).

Il existe donc une participation en amont du patient, dans son parcours de soins, non négligeable.

L’accompagnant du patient est une personne valide, disponible le jour de l’examen, ainsi que la nuit qui suit (ou autre tierce personne), le patient ne devant pas rester seul durant cette période, le temps préconisé par les recommandations de la SFAR [Bibliographie n°13].

Ces deux acteurs (le patient et son accompagnant), outre leur capacité de participation active doivent également impérativement comprendre le process dans lequel ils s’inscrivent.

2 – Impératif d’anticipation pour l’Hôpital

Tout d’abord il s’agit de mettre en place une programmation des créneaux des opérateurs (tel médecin dans telle salle de telle heure à telle heure) définis par le cadre de santé ou l’infirmière coordinatrice et le secrétariat du service.

Ensuite, il faut s’assurer du suivi d’un protocole précis et efficace de la prise en charge (appel de la veille de l’examen au patient, ré-explications, assurance de la bonne compréhension de la « marche à suivre », précision de l’heure de convocation à respecter pour éviter un engorgement à l’accueil...). L’information en anticipé du patient sur son examen et la manière dont son parcours va se dérouler est capitale. (Informations par médecin et/ou rappel par IDE de coordination ou de consultation, si ce poste existe...)

Enfin il convient d'avoir une harmonisation des pratiques, une organisation parfaitement calibrée et définie par des procédures à jour, vérifiées et validées par l'ensemble de l'organisation.

B - Impératif de structuration pour l'Hôpital

1- Le circuit de « Marche en avant »

Le circuit court du Fast Track requiert impérativement une architecture des locaux bien pensée et organisée en amont, réduisant, il faut le rappeler, le temps passé par le patient, donc évitant tout ce qui est inutile, source de temps perdu. Le principe du bon déroulement de la réhabilitation rapide est une progression dite de « marche en avant » où le patient ne passe pas deux fois au même endroit, lors de son parcours de soins. Les différents espaces doivent être étudiés pour être proches les uns des autres et facilement accessibles et signalés.

Étape 1 - Accueil-secrétariat le jour de l'examen :

Dès son arrivée, le patient est déjà identifié puisqu'inscrit préalablement pour passer l'examen. Le patient est déjà « connu », toutes les données/critères sont déjà enregistrés/informatisés dans son dossier (identification du patient, prescription de l'examen, consultation pré-anesthésie, numéro de sécurité sociale, mutuelle, identification de la personne accompagnante) dans la mesure où les consultations ont eu lieu dans l'établissement, ou si les médecins peuvent se connecter à distance sur le système informatique de l'établissement. La secrétaire peut donc élaborer son dossier rapidement et éditer le bracelet d'identification et les étiquettes nécessaires aux différents documents de traçabilité, s'ils ne sont pas informatisables...

Étape 2 - Prise en charge du patient :

Une infirmière vient accueillir le patient, l'installe dans son box (ou sa chambre), refait un point sur la compréhension de l'examen, l'heure de la mise à jeun, vérifier s'il n'y a rien de nouveau à signaler depuis ses consultations chez le gastro-entérologue et l'anesthésiste, met en place le bracelet d'identification, et l'invite à se mettre en tenue adéquate pour l'examen avant de l'installer sur un brancard en vue de l'examen lui-même.

Selon les établissements, le patient peut arriver debout jusqu'à la salle d'examen et s'installer sur un brancard à l'entrée du bloc ou de la salle, ou arriver de son box (ou de sa chambre) en brancard avec un brancardier et/ou une IDE.

Une IDE de la salle d'examen, accueille à son tour avec le médecin anesthésiste, le patient et l'installe avec la mise en place des éléments de surveillance : électrodes pour ECG, capteur de saO₂, brassard à tension, le tout relié, dans l'idéal, sur un module « compagnon » permettant une surveillance continue pendant l'examen, pendant le transfert en SSPI, puis en SSPI ; On lui met en place des lunettes à oxygène, la voie veineuse et ensuite on procède à l'anesthésie puis à l'examen.

Le dossier du patient est ouvert informatiquement pour la surveillance continue du patient durant l'examen et le suivra en SSPI puis jusqu'à sa sortie.

Le transfert du patient de la salle d'examen vers la SSPI s'effectue avec l'IDE de salle et l'anesthésiste.

Le patient arrive en salle de SSPI où il est pris en charge par les IDE, avec tous les critères de surveillance protocolisés. Les données de surveillance sont d'emblée transmises sur le dossier informatique (pouls, TA, SaO₂, Score d'Aldrete, différentes médications antalgiques ou aérosolthérapie, oxygénothérapie, ...)

Etape 3 – La sortie du patient

Dans le circuit Fast Track, lorsque le score d'Aldrete est satisfaisant pour une « sortie » de SSPI, le patient est alors transféré dans un « secteur de repos » comme son box ou une « salle dédiée », l'IDE du service ambulatoire reprenant le relais pour un dernier point de surveillance. Le patient peut à ce moment-là se rhabiller (dans son box ou un vestiaire dédié) et prendre une collation (dans son box ou un salon de petite restauration). Après une évaluation « d'aptitude à la rue » par l'IDE (score de Chung ou score de White), le patient récupère le compte-rendu de son examen par un dernier entretien (dans un bureau médical) avec son médecin et quitte le service avec la personne accompagnante.

Etape 4 – L'appel du lendemain

Une IDE de l'équipe ambulatoire appelle le patient le lendemain pour s'assurer de l'état du patient, s'il n'a pas eu de douleur ou autres désagréments, si son retour s'est bien déroulé.

2- Les moyens techniques :

Les progrès technologiques permettent aujourd'hui des gains de temps : une baisse des temps d'examen et de réductions des manutentions du patient.

Nous nous attacherons à quelques-uns d'entre eux pour l'illustrer :

Un outil informatique performant et unique utilisable par tous les intervenants et accessibles de différents lieux, limitant les saisies répétitives et les pertes d'informations, éviter la multiplicité des systèmes informatiques hospitaliers. Par exemple, l'hôpital européen de Marseille utilise le système Q-Care, qui regroupe tous les systèmes de consultations, de résultats médicaux, et de données administratives. En comparaison, l'hôpital Saint Joseph utilise plusieurs systèmes informatiques qui ne « communiquent » pas entre eux.

Des matériels d'examen toujours plus performants, à l'instar des nouveaux endoscopes, plus souples, plus maniables, plus précis, permettant des examens plus rapides. Cependant, les temps de décontamination restant constant, il est nécessaire d'avoir un « parc » d'endoscopes conséquent puisque le nombre de patients augmente avec le Fast Track. Cela implique donc des investissements importants que seules des structures grandes et solides peuvent assurer.

Des matériels de surveillance mobile type « compagnon », où l'on connecte le patient dès l'installation en salle d'examen jusqu'à sa sortie de SSPI, de façon à éviter des manipulations supplémentaires.

Des brancards bien adaptés de façon à les manipuler facilement (parfois à une seule personne par exemple).

3- Les moyens humains

Selon le « webinaire » du 21/03/2018 dont le thème est « Amplifier le virage ambulatoire »

(Par Mona Krichen de l'ANAP), le circuit à flux tendu du Fast Track impose une organisation millimétrée et une dynamique dans l'équipe élargie, médicale et paramédicales.

L'équipe dans sa totalité doit être :

- Professionnelle, parfaitement formée, il ne doit pas y avoir de perte de temps, d'hésitations dans les procédures à suivre, la gestion des aléas et incertitudes, les imprévus. L'anticipation et la réactivité sont une nécessité.

- Décloisonnée : Il n'y a pas de place pour des tâches « en silo » sans se préoccuper de ce qui se passe à côté. L'équipe doit avoir une vision transversale et continue du process, ce qui nécessite une polyvalence développée, du moins entre les IDE.
- Solidaire, impliquée et responsable : les membres de l'équipe doivent avoir confiance les uns envers les autres, s'entraider, se compléter.
- Apte à la gestion du stress, du fait des imprévus toujours possibles mais aussi des cadences accélérées du Fast Track.

De cette nouvelle façon de travailler, de nouvelles fonctions apparaissent : une IDE coordinatrice de programmation facilite l'émergence de la prise en charge.

Les critères ci-dessus requis des équipes de Fast Track, existent bien entendu en ambulatoire aussi, mais deviennent critiques. En effet le Fast Track implique une augmentation du nombre de patients, une augmentation du nombre d'actes, une réduction à minima des temps morts ... en conséquence la charge de travail, tant en quantité qu'en qualité augmente fortement, d'où des charges physiques et mentales plus importantes sans doute pour les IDE.

C'est pourquoi nous nous attacherons dans la partie « terrain » à nous interroger sur les craintes, les résistances des IDE, et enfin il sera envisagé quelques pistes de réflexions pour y pallier.

Deuxième partie

I – Terrains d'Etudes

A / Hôpital Européen Marseille (15 au 19 Janvier 2018)

Lors de mon premier stage pratique au Bloc endoscopique de l'hôpital européen de Marseille, j'ai observé le circuit du patient qui, à mon sens, s'applique complètement dans le raisonnement du circuit court en « marche en avant » et semble bien fonctionner. Avant de présenter ses atouts puis ses freins, Il faut décrire les spécificités du service.

1 – Eléments descriptifs du service

Quelques chiffres pour présenter ce service qui est un bloc d'endoscopie de niveau III (c'est-à-dire réalisant les examens suivants : Gastrosopies, Coloscopies, Echo-endoscopies, CPRE, Dissection sous muqueuse et POEM) :

L'organisation spatiale : Le service est sur un seul et même étage. Il comporte un service ambulatoire de 30 lits, 6 salles d'examen, une salle de SSPI à 12 postes, 1 laverie comportant 7 lave-endoscopes. Le circuit est logique et en boucle, sur une surface restreinte et pratique, sans distances inutiles à parcourir. L'espace est optimisé.

L'organisation matérielle : Par exemple les chariots sont facilement manipulables, le patient ne change à aucun moment de chariot. Chaque patient est équipé d'un système de surveillance dit « compagnon ». Le système informatique permet un accès simplifié au dossier du patient, rapide et efficace, tous les différents acteurs pouvant y accéder et compléter les informations au fur et à mesure, en temps réel.

L'organisation de l'équipe soignante : 1 cadre de santé gère 22 I.D.E., 13 A.S., qui sont réparties selon la charge de travail et le planning, à raison de 2 I.D.E par salle d'examen ou 1 I.D.E et 1 A.S., 3 I.D.E. en S.S.P.I., 4 A.S. en laverie.

Le service fait en moyenne 22000 examens par an et à titre d'exemple, nous avons pu constater sur une matinée seulement, entre 8h et 12h le passage de 58 patients, sans soucis apparent.

2 - Les leviers du bon fonctionnement du Fast Track

Le succès semble reposer donc, sur une organisation optimisée à tous niveaux (spatial, matériel et humain).

Les bénéfices supposés pour les patients : Temps d'attente réduits par le parcours en boucle, la programmation et le suivi informatique facilité, confort d'un espace personnel attribué et assurant la confidentialité, respect et accompagnement du patient de son arrivée à sa sortie avec venue du médecin lui apportant personnellement le compte rendu de l'examen avant sa sortie. Et le patient a son intimité respectée puisqu'il n'est pas à la vue de tous pendant qu'il suit le parcours (les accompagnants restent à l'extérieur du parcours en boucle, soit dans la salle d'attente à l'accueil, soit dans la chambre du patient).

Les bénéfices supposés pour les I.D.E. : La charge de travail est optimisée par des déplacements strictement nécessaires et au plus court, moins de manipulation des patients d'un chariot à l'autre (donc moins de fatigue physique).

3- Les freins du Fast Track

Un point d'amélioration qui semble peut-être faire défaut, serait l'absence d'un poste d'I.D.E. coordinatrice dans l'organisation ... mais ces tâches sont cependant aujourd'hui réalisées, par la cadre de santé.

Sans vouloir à nouveau décrire le parcours du patient comme précédemment, le service d'ambulatoire(HJE) est attenant au bloc endoscopie, avec des chambres confortables (chariot classique, facile à manipuler, et salle de bains avec WC et douche). Et le circuit forme une boucle, sans que les patients qui entrent dans le service d'endoscopies, croisent les patients qui en sortent.

B/ Clinique Capio Orange (20 Avril 2018)

1 – Eléments descriptifs du service

Le groupe Capio est un des pionniers dans le Fast Track en France (Groupe Européen de 180 établissements dont 22 en France). Quelques chiffres pour présenter ce service de la Clinique d'Orange, qui est un bloc d'endoscopies de niveau I (c'est-à-dire réalisant les examens suivants : Gastrosopies, Coloscopies, Echo-endoscopies) et qui est inclus dans un bloc opératoire :

L'organisation spatiale : Le service comporte 1 accueil administratif au rez-de-chaussée, qui transmet les éléments à l'accueil du service au 1^{er} étage. Ensuite il y a deux vestiaires, hommes et femmes avec un casier fermant à clés où laisser les affaires personnelles. A la

sortie du vestiaire, le patient est pris en charge par une I.D.E qui l'installe dans un des 19 boxes sur un chariot avant de l'emmener en salle d'examen. Le service comporte 2 salles d'examen, une dédiée et une mixte (partage de l'activité avec de la chirurgie ophtalmologique), une salle de SSPI centrale à 10 postes, 1 laverie comportant 2 lave-endoscopes. A la sortie de SSPI, le patient retourne dans son box où le médecin lui remet son compte rendu d'examen, puis il est raccompagné au vestiaire pour se changer et récupérer ses affaires. Il ressort ensuite vers l'accueil qui l'oriente sur le salon de collation où il retrouve son accompagnant. Le circuit est logique sur une surface là-encore restreinte et pratique, sans distances inutiles à parcourir. L'espace est optimisé.

L'organisation matérielle : Les chariots sont facilement manipulables, le patient ne change à aucun moment de chariot. Le système informatique est là aussi performant, permettant un accès simplifié au dossier du patient, rapide et efficace, tous les différents acteurs pouvant y accéder et compléter les informations au fur et à mesure, en temps réel.

L'organisation de l'équipe soignante : 1 cadre de santé (chef de bloc) gère 8 I.D.E. (dont 2 attitrées aux endoscopies), 5 A.S., qui sont réparties selon la charge de travail et le planning, à raison de 1 I.D.E par salle d'examen , 3 I.D.E. en S.S.P.I., 2 A.S. en laverie.

Le service fait en moyenne 3500 examens par an.

2 - Les leviers du bon fonctionnement du Fast Track

Le succès semble reposer donc une fois encore sur une organisation optimisée à tous niveaux (spatial, matériel et humain) avec une géographie du circuit différente mais efficace !

Les bénéfices supposés pour les patients : Temps d'attente réduits par le parcours « en boucle », la programmation, le suivi informatique facilité et un espace personnel attribué. L'intimité du patient est respectée (Il n'est pas à la vue de tous pendant qu'il suit le parcours puisque les accompagnants attendent au rez-de-chaussée).

Les bénéfices supposés pour les I.D.E. : La charge de travail est optimisée par des déplacements strictement nécessaires et au plus court, pas de manipulation des patients d'un chariot à l'autre (donc moins de fatigue physique).

3- Les freins du Fast Track

Le principal point négatif du Fast Track dans cette structure réside un problème d'organisation spatiale, dans le manque de confidentialité pour le patient lorsque le médecin vient lui remettre son compte rendu d'examen dans son box. En effet les parois entre les boxes sont partielles (ne vont pas jusqu'au plafond) et donc il n'y a pas d'isolation phonique...

II – Enquête auprès d'IDE en endoscopie

Pour rappel, l'objectif de notre étude est de voir quel peut être l'impact de la mise en place d'une nouvelle organisation de travail, le fast Track, dans un service d'endoscopie, sur le travail des IDE, en gardant en mémoire que c'est un système qui est nouvellement introduit en France. L'intérêt de cette étude est lié à l'introduction de ce nouveau système dans la structure où nous travaillons et qu'il est important pour en faire un succès d'identifier les atouts et les freins.

A/ Méthodologie

L'enquête a été organisée au travers d'un questionnaire de 14 questions (9 questions ouvertes et 5 questions fermées), envoyé par mail à partir de janvier 2018. Les réponses ont été prises en compte jusqu'à fin avril 2018.

Les questions portaient sur la connaissance et la pratique du Fast Track en endoscopie par l'échantillon interrogé, les avantages et difficultés perçus ou/et rencontrés sur leur travail infirmier, dans les dimensions organisationnelles, techniques et humaines, les moyens d'y pallier, les freins et leviers au changement d'organisation.

L'échantillon questionné a été le suivant :

	IDE		
	Envoyés	Répondus	Non Répondus
Réseau DIU	46	16	30
Hôpital Européen Marseille	21	9	12
Groupe Capio	9	2	7
Hôpital St Joseph Marseille	7	3	4
Total	83	30	53
En Pourcentage	100	34%	66%

B / Principaux résultats de l'enquête

1- Sur la connaissance et la pratique du Fast Track par les I.D.E. (questions 1 et 2)

En préambule, nous avons constaté que sur l'ensemble des questionnaires envoyés, nous avons un fort pourcentage de non-réponse (66%), ce qui semble confirmer que le Fast Track est encore peu répandu en endoscopie, même le concept général est connu (question 1 : 15 personnes connaissent sur 21 réponses), ce n'est pas encore une pratique généralisée (question 2 : 11 disent le pratiquer déjà ou vont le pratiquer prochainement sur les 21 réponses reçues).

2- Sur les avantages du Fast Track pour les I.D.E. (question 3)

Les avantages du Fast Track avancés ressentis et identifiés par les I.D.E. sont prioritairement sur l'organisation.

Les avantages cités sont donc : Meilleure répartition du travail, poste bien défini, rapidité du flux de patients, « compagnons » suivant le malade en continu, pas de changement de chariot, prise en charge globale du patient et une collaboration renforcée de l'équipe.

Les réponses obtenues confirment ainsi une nécessaire organisation parfaitement calibrée sur les plans organisationnel spatial, technique, et humain, vu dans partie I/IV dans ce mémoire.

3- Sur les difficultés du Fast Track pour les I.D.E. (Questions 4 à 8)

Les difficultés invoquées par les I.D.E. tournent prioritairement sur l'intensification des rythmes de travail dans le Fast Track , et par conséquent sur l'accroissement de la charge de travail et sur la fatigue qu'elle occasionne sur le plan physique mais aussi sur le plan psychologique (nécessité de concentration accrue , sentiment de manque de temps et parfois manque de patience pour s'occuper correctement du patient, entraînant parfois une dégradation du relationnel avec celui-ci, tensions dans l'équipe dégradant l'ambiance de travail, perte de sens sur le métier d'I.D.E. due au glissement vers d'autres tâches réalisées par des A.S. ou des brancardiers pour respecter les plannings serrés, et de fait une polyvalence imposée pour pallier le manque ou l'insuffisance de personnel , de matériel (brancards et compagnons par exemple) ou de places, ou des modifications imprévues de planning, des dysfonctionnements.

Ici également les réponses obtenues confirment l'importance clé dans le Fast Track d'avoir une organisation millimétrée, anticipée et réfléchie sur les plans spatial, matériel et humain. Et les difficultés évoquées aujourd'hui par les I.D.E. qui le pratiquent, ne sont apparemment pas, à ce jour, résolues (7 « non résolues » contre 1 seul oui, et 1 en cours de résolution...). Le seul moyen avancé par les I.D.E. pour pallier les difficultés organisationnelles, est essentiellement l'entraide et la polyvalence des personnels (ce point semble être corroboré en question 13, puisque les I.D.E. interrogées répondent que la polyvalence s'est nécessairement accrue avec le Fast Track (6 oui, 3 non)).

4- Sur les freins et leviers au changement d'organisation en Fast Track (Questions 10 à 14)

Au-delà des avantages et difficultés de l'arrivée du Fast Track qui chamboule quelque peu les services, nous avons essayé de savoir si les I.D.E., un des maillons importants de l'organisation sur le plan humain, sont ou avaient été associées au changement d'organisation, et quelles étaient les pistes de réflexion qui s'ouvraient. De notre enquête, il semble ressortir que souvent les I.D.E. sont seulement informées de la nouvelle organisation, et non pas associées en amont au changement. 4 I.D.E. sur 6 disent avoir été seulement informées (Question 10), 7 disent avoir été informées ou consultées dans les changements de planning et rythme de travail (Question 11). Il apparaît donc que la prise en compte des I.D.E. arrive au bout, ou presque, du processus de changement, et leur point de vue, leurs suggestions en tant qu'acteurs sur le terrain réel ne peuvent que difficilement être intégrés sans doute...

Pourtant, les I.D.E. ne sont pas automatiquement contre ce changement d'organisation, et dès lors qu'on les questionne, certaines pistes facilitatrices de ce changement sont évoquées. C'est la question 14, question ouverte et largement qualitative (« Qu'avez-vous à rajouter ? ») qui essentiellement offre certaines pistes de réflexion : La question de la taille des équipes est posée (La question 12 confirme la demande d'avoir plus de personnel) pour faire face à l'accroissement du nombre de patients à suivre et que ces derniers ne voient pas le Fast Track comme du travail à la chaîne et ne se sentent pas « comme du bétail » (voir question 14). Mais il faut aussi des équipes accrues afin de permettre à certains de se former sur le terrain (réponse à la question 14), composante là aussi essentielle, le Fast Track étant sensible au moindre aléa : Le personnel doit être parfaitement formé, opérationnel, pro-actifs, précis et agissant avec calme et dextérité. Il n'y a pas de place dans ce nouveau système au doute, à

l'hésitation, à l'erreur, à la lenteur, les « temps morts » étant réduits... Enfin l'organisation repose pour les I.D.E sur une collaboration très forte et accrue, une communication continue à l'équipe élargie, médicale et paramédicale, qui soit efficace, rapide et coordonnée, d'où l'importance avancée par les I.D.E, d'avoir une I.D.E. de coordination (réponse à la question 14 toujours).

Enfin pour finir, liée à cette collaboration accrue, la polyvalence, vécue comme une nécessité et donc une difficulté (cf. question 13), et ressentie comme imposée, pourra également être vécue comme une richesse, un développement pour peu qu'elle soit reconnue et qu'elle apporte de la considération (cf. réponse à la question 14).

Conclusion

Cette étude nous a permis d'approfondir le Fast Rack comme nouvelle organisation dans les services d'endoscopie et de voir quels sont les impacts sur la profession, sur les I.D.E. qui travaillent ou vont travailler dans ce nouveau type d'organisation. Nous avons pu mettre en exergue les avantages et les difficultés vécus ou perçus par les I.D.E, mais aussi entrevoir quelques pistes de réflexion données par celles-ci, le cœur de celles-ci étant le travail sur la composante humaine.

Les résultats de notre enquête n'ont pas été probants devant les difficultés que nous avons eu à obtenir un taux de réponse satisfaisant à notre questionnaire, sans doute parce que le Fast Track en endoscopie est encore une pratique peu développée en France, et qu'il y a encore beaucoup de méconnaissance autour. On manque certainement de recul, des entretiens individuels auraient été peut-être plus riche qualitativement car certaines réponses auraient alors pu être approfondies, précisées, enrichies.

Cependant comme tout changement d'organisation, il suscite des craintes, des freins qu'il importe de lever (charge de travail, manque de personnel, de matériel...), mais porte en lui également des leviers sur lesquels s'appuyer (nouveau système à créer, travail d'équipe enrichissant et nous sortant du quotidien, des routines...)

Pour favoriser l'émergence de ces leviers et l'adhésion des personnels, il semble ressortir qu'impliquer les I.D.E. en amont, les intéresseraient et leur permettraient sans doute de s'approprier ce changement organisation, qui serait alors possiblement non plus vécu comme une nécessité imposée, mais comme le résultat d'une co-construction, d'un travail d'équipe auquel tous auraient apporté à son niveau, sa contribution, même la plus modeste. Le changement et la conduite du changement menés par l'équipe projet lors de l'implantation du Fast Track sera donc capitale...

REFERENCES

1°) Thèse d'Olivier Raspado : Réhabilitation accélérée après chirurgie colorectale
<http://fasttracksurgery.fr/>

2°) Le concept de « fast track » et la sécurité du patient.

<http://www.anesthesie-clinique-jules-verne.fr/629/concept-de-fast-track-securite-patient/>

3°) MACSF : Le fast tracking en ambulatoire. <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Prevention-des-risques/fast-tracking-ambulatoire>

4°) Chirurgie ambulatoire : un circuit « fast Track » où rapidité rime avec qualité.

<http://www.mutualite.fr/actualites/chirurgie-ambulatoire-circuit-fast-track-rapidite-rime-qualite/>

5°) Chirurgie : le « fast-Track » technique de récupération rapide pour un circuit encore plus court.

<https://www.hopital.fr/Actualites/Chirurgie-le-fast-track-technique-de-recuperation-rapide-pour-un-sejour-encore-plus-court>

6°) Fast tracking en ambulatoire, réhabilitation précoce après chirurgie : ce que l'on fait dans mon hôpital. Va-t-on vers de nouveaux risques ? Pf Frederic Aubrun

<http://www.asspro.fr/medias/uploads/fast-track-17-janvier-Pr-Aubrun.pdf>

7°) ANAP : Guide de création d'une unité ambulatoire décembre 2017 ;

www.anap.fr

8°) Fast-Tracking en ambulatoire, réhabilitation précoce après chirurgie : ce que l'on fait dans mon hôpital ; va-t-on vers de nouveaux risques ? Pf Vincent Minville

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Fast-tracking_en_ambulatoire_rehabilitation_precoce_apres_chirurgie-Ce_que_l_on_fait_dans_mon_hopital_-_Pr_Vincent_Minville.pdf

9°) Programme de récupération améliorée après chirurgie(RAAC) : état des lieux et perspectives.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

10°) Projet de fast Track patient assis-couché. Clinique Saint Luc à Bouge (Belgique)

<https://www.afiso.be/attachment/760640/>

11°) Optimiser l'activité de son unité de chirurgie ambulatoire, l'intérêt de coupler salon de sortie et fast Track

<http://www.acesante.com/module/articles/details/12-optimiser-l-activite-de-son-unite-de-chirurgie-ambulatoire-linteret-de-coupler-salon-de-sortie-et-fast-track>

12°) Article sur l'augmentation du rythme de travail

<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/hopital-un-rythme-de-travail-qui-s-accelere-selon-une-vaste-enquete.html>

13°) L'anesthésie du patient ambulatoire (article de la S.F.A.R)

<http://sfar.org/lanesthesie-du-patient-ambulatoire/>

14°) Le « bréviaire » de la chirurgie ambulatoire (document de la MEAH)

<http://www.chirurgie-ambulatoire.org/uploads/6/4/6/4/64646507/breviaire-chirurgie-ambulatoire.pdf>

15°) Anesthésie du patient ambulatoire (document EMC de 2011)

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Anesthesie_du_patient_ambulatoire.pdf

16°) Liste des différents scores.

<http://www.smart-doc.org/projects/dggcalc/html/anesth.htm>

17°) « webinaire » du 21/03/2018 ayant pour thème « Amplifier le virage ambulatoire » par Mona KRICHEN, Directrice de l'ANAP.

www.anap.fr

ANNEXES

ACRONYMES

CADRE LEGAL

QUESTIONNAIRE

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

ACRONYMES

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance (des Etablissements de Santé et Médicaux Sociaux)

AS : Aide-soignante

ASA : American Society of Anesthesia

CPRE : Cholangio-pancreatographie rétrograde par voie endoscopique.

CSP : Code de la Santé Publique

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat (ou Infirmier...)

PEC : Prise En Charge (du patient)

POEM : Myotomie Per Orale Endoscopique (Per oral endoscopic Myotomy)

SaO₂ : Saturation en oxygène

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SSPI : Salle de Soins Post Interventionnels

TA : Tension artérielle

ANNEXES : CADRE LEGAL

1°) Décret 2012-969 du 20/08/2012 article 2 définissant les conditions de chirurgie ambulatoire.

JORF n°0194 du 22 août 2012 page 13678
texte n° 9

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

NOR: AFSH1222673D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/8/20/AFSH1222673D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/8/20/2012-969/jo/texte>

Publics concernés : établissements de santé.

Objet : modification de certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret modifie certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète : il facilite les prises en charge à temps partiel ou celles d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et il renforce la qualité des soins au moyen d'une organisation spécifique formalisée, soumise à des indicateurs de qualité, et d'une évaluation. Il permet désormais la mutualisation des plateaux techniques et des personnels avec l'hospitalisation complète, en tenant compte du fonctionnement particulier propre à l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

Références : le [code de la santé publique](#) peut être consulté, dans sa rédaction résultant du présent décret, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le [code de la santé publique](#) ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 15 mars 2012 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 6 juin 2012,

Décète :

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-301 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 6124-301.-Les dispositions de la présente section s'appliquent aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article L. 6122-1. »

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Il est ajouté au même code un article D. 6124-301-1 ainsi rédigé :

« Art. D. 6124-301-1. - Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

« Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

« Toutefois lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en anesthésie ou chirurgie ambulatoires, les membres de l'équipe mentionnée au troisième alinéa n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge.

« Lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnel et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site, dans le respect de l'organisation spécifique et des contraintes de la prise en charge à temps partiel ou de celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires. « Les structures mentionnées au présent article peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé.

« Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

« Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients. »

Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-302 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « D. 6124-301 » est remplacée par la référence : « D. 6124-301-1 » ;

2° Au 2°, après les mots : « protocoles de soins », sont insérés les mots : « intégrant la prise en charge de la douleur » ;

3° Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Le stockage des produits de santé et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients, la pré-désinfection de ces matériels et l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux. » ;

4° Le sixième alinéa est supprimé ;

5° Au septième alinéa, après les mots : « en comportant notamment », sont insérés les mots : « des chambres ou » ;

6° Au neuvième alinéa, les mots : « , y compris la consultation anesthésique » sont supprimés et le mot : « salle » est remplacé par le mot : « zone ».

Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-303 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'article D. 6124-301 » sont supprimés et après les mots : « la structure, » sont insérés les mots : « pendant la durée des prises en charge, » ;

3° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° D'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ; » ;

4° Au 3°, les mots : « et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires » sont remplacés par les mots : « ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité ».

Article 5 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-304 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « la permanence et » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée. » ;

3° La seconde phrase du troisième alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins. »

Article 6 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-305 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 6124-305.-Une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 6124-301-1 est établie et précise notamment :

« 1° L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont

obligatoirement prévus ;

« 2° Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;

« 3° L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels mentionnés à l'article D. 6124-303 ;

« 4° Les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 ;

« 5° Les formations nécessaires, en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de la structure.

« La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins. »

Article 7 En savoir plus sur cet article...

Il est créé au chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie réglementaire) une section 3 bis intitulée : « Etablissements d'hospitalisation à domicile » et qui comprend les articles D. 6124-306 à D. 6124-311.

Article 8 En savoir plus sur cet article...

Les établissements de santé disposent d'un délai de neuf mois à compter de la publication du présent décret pour transmettre au directeur général de l'agence régionale de santé la charte de fonctionnement relative à chacune des structures alternatives à l'hospitalisation complète mentionnées à l'[article D. 6124-301 du code de la santé publique](#) dont ils disposent.

Article 9 En savoir plus sur cet article...

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 20 août 2012.

Jean-Marc Ayrault

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales

et de la santé,

Marisol Touraine

2°) Décret sécurité n°94-1050 du 05/12/94 :

Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)

NOR: SPSH9403474D

ELI: Non disponible

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 665-3, L. 712-8, L. 712-9 (3o) et R. 712-2-1;

Vu le décret no 82-634 du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 27 juin 1994;

Vu l'avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 20 juillet 1994;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 27 septembre 1994;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

Décète:

Art. 1er. - Il est inséré à la section III du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (troisième partie: Décrets) une sous-section II ainsi rédigée:

<< Sous-section II

<< Conditions de fonctionnement relatives

à la pratique de l'anesthésie

<< Paragraphe 1

<< Dispositions générales

<< Article D. 712-40

<< Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes:

<< 1o Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée;

<< 2o Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie;

<< 3o Une surveillance continue après l'intervention;

<< 4o Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

<< Paragraphe 2

<< De la consultation pré-anesthésique

<< Article D. 712-41

<< La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1o de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

<< Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée:

<< a) Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier: dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret no 82-634 du 8 juillet 1982;

<< b) Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale: soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

<< Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document

écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

<< La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

<< Paragraphe 3

<< De l'anesthésie

<< Article D. 712-42

<< Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

<< Article D. 712-43

<< L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques mentionnées à l'article D. 712-41.

<< Les moyens prévus au 2o de l'article D. 712-40 doivent permettre de faire bénéficier le patient:

<< 1o D'une surveillance clinique continue;

<< 2o D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

<< Article D. 712-44

<< I. - Les moyens mentionnés au 1o de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions suivantes:

<< 1o Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique;

<< 2o La surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige.

<< II. - Les moyens mentionnés au 2o de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions ou actes suivants:

<< a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide;

<< b) L'administration de gaz et de vapeurs anesthésiques;

<< c) L'anesthésie et son entretien;

<< d) L'intubation trachéale;

<< e) La ventilation artificielle;

<< f) Le contrôle continu:

<< - du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé;

<< - de la saturation du sang en oxygène;

<< - des pressions et des débits ventilatoires ainsi que de la concentration en gaz carbonique expiré, lorsque le patient est intubé.

<< Paragraphe 4

<< De la surveillance continue post-interventionnelle

<< Article D. 712-45

<< La surveillance continue post-interventionnelle mentionnée au 3o de l'article D. 712-40 a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.

<< Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie.

<< Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient.

<< Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

<< Article D. 712-46

<< Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en oeuvre dans une salle de surveillance post-interventionnelle.

<< Sous réserve que les patients puissent bénéficier des conditions de surveillance mentionnées à l'article D. 712-45, peuvent tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle:

<< a) La salle de travail située dans une unité d'obstétrique, en cas d'anesthésie générale ou loco-régionale pour des accouchements par voie basse;

<< b) La salle où sont pratiquées des activités de sismothérapie.

<< Article D. 712-47

<< La salle de surveillance post-interventionnelle est dotée de dispositifs médicaux permettant pour chaque poste installé:

<< a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide;

<< b) Le contrôle continu du rythme cardiaque et l'affichage du tracé électrocardioscopique, par des appareils munis d'alarme, et le contrôle de la saturation du sang en oxygène;

<< c) La surveillance périodique de la pression artérielle;

<< d) Les moyens nécessaires au retour à un équilibre thermique normal pour le patient.

<< La salle de surveillance post-interventionnelle est en outre équipée:

<< 1o D'un dispositif d'alerte permettant de faire appel aux personnels nécessaires en cas de survenance de complications dans l'état d'un patient;

<< 2o D'un dispositif d'assistance ventilatoire, muni d'alarmes de surpression et de débranchement ainsi que d'arrêt de fonctionnement.

<< Les personnels exerçant dans cette salle doivent pouvoir accéder sans délai au matériel approprié permettant la défibrillation cardiaque des patients ainsi que l'appréciation du degré de leur éventuelle curarisation.

<< Article D. 712-48

<< La salle de surveillance post-interventionnelle doit être située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement doit être favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiqués les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.

<< Ses horaires d'ouverture doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions, mentionné à l'article D. 712-42, et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.

<< Toute nouvelle salle de surveillance post-interventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical mentionnées à l'article D. 712-49, doit comporter une capacité minimale de quatre postes.

<< Article D. 712-49

<< Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au a de l'article D. 712-46, affectés exclusivement à ladite salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.

<< Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

<< Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

<< Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai. Ce médecin:

<< a) Décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert;

<< b) Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnée au b de l'article R.

712-2-1.

<< Article D. 712-50

<< Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post-interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.

<< Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

<< Article D. 712-51

<< Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47. >>

Art. 2. - A titre transitoire, les établissements de santé mentionnés à l'article D. 712-40 du code de la santé publique existant à la date de publication du présent décret et dont les installations ne satisfont pas aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 712-43 à D.

712-50 de ce même code disposent d'un délai de trois ans à compter de la date susmentionnée pour se conformer à ces conditions.

Les dispositions des articles D. 712-41, D. 712-42 et du dernier alinéa de l'article D. 712-48 du code de la santé publique sont applicables dès la publication du présent décret.

Art. 3. - Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 décembre 1994.

EDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre:

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,
de la santé et de la ville,
SIMONE VEIL

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

JEAN PUECH

Le ministre délégué à la santé,
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

3°) Article D6124-91 du CSP : obligation réglementaire du passage en sspi après toute anesthésie.

Article D6124-91

Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, assurent les garanties suivantes :

1° Une consultation préanesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;

2° Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;

3° Une surveillance continue après l'intervention ;

4° Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

4°) Score d'Aldrete :

Score d'Aldrete

Motricité spontanée ou à la demande

- 0 - Immobile.
- 1 - Bouge 2 membres.
- 2 - Bouge 4 membres.

Respiration

- 0 - Apnée.
- 1 - Ventilation superficielle, dyspnée.
- 2 - Ventilation profonde, toux efficace.

Variation de la PA systolique

(par rapport à la PA pré-anesthésie)

- 0 - PA \pm 50 %.
- 1 - PA \pm 20-50 %.
- 2 - PA \pm 20 %.

Conscience

- 0 - Aréactif.
- 1 - Réactif à la demande.
- 2 - Réveillé.

Coloration

- 0 - Cyanosé.
- 1 - Pâle, grisâtre.
- 2 - Normale.

Saturation en O₂

- 0 - SpO₂ < 90% malgré l'apport d'oxygène.
 - 1 - SpO₂ > 90% grâce à l'apport d'oxygène.
 - 2 - SpO₂ > 92 % à l'air ambiant.
-

Score d'Aldrete :

Score d'Aldrete modifié :

Interprétation:

Un score d'Aldrete de 10, ou un score modifié de 12, autorise la sortie de salle de réveil et le retour en chambre.

Références:

Aldrete, J. A. and Kroulik, D.: A Postanesthetic Recovery Score. Anesthesia and Analgesia. Current Researches VOL.49, NO. 6, Nov.-Dec., 1970.

Aldrete, J.A.. The post anaesthesia recovery score revisited [letter]. J Clin Anesth 1995;7:89-91.

Aldrete, J. A. and Kroulik, D.: Un metodo de valoracion del estado fisico en el periodo postanestesico. Rev. Mex. Anesth. 18:17-19 (Ene.-Feb.) 1969.

<http://medicalcul.free.fr/aldrete.html>

5°) Score de Chung (Score d'aptitude à la rue)

- Signes vitaux 0 1 2
- Déambulation 0 1 2
- nausée, vomissement 0 1 2
- Douleur, 0 1 2
- Saignement 0 1 2

•OK sortie si > 9

Impact de l'introduction du Fast Track en Service d'endoscopie sur le travail des I.D.E.

Question 1 Connaissez-vous le fast-track en service d'endoscopie ?

Oui	Non	Un peu

Question 2 Est-ce que vous travaillez (ou allez-vous travailler prochainement) dans ce type d'organisation de travail ?

Oui	Non	Ne se prononce pas

Question 3 Quels sont les avantages pour vous dans votre travail infirmier ?

Question 4 Quelles difficultés rencontrez vous dans le Fast Track ?

Question 5 Quelles sont les difficultés techniques que vous rencontrez ?

Question 6 Quelles sont les difficultés humaines que vous rencontrez ?

Question 7 Quelles sont les difficultés temporelles que vous rencontrez ?

Question 8 Avez-vous résolu ces difficultés ?

Oui	Non	Ne se prononce pas

Question 9 Comment les avez-vous résolues ?

Question 10 Avez-vous été informé ou consulté dans le changement d'organisation ?

Question 11 Avez-vous été informé ou consulté dans le changement de planning et de rythme de travail ?

Oui	Non	Ne se prononce pas

Question 12 Qu'avez-vous à dire sur la taille des équipes ?

Question 13 La polyvalence s'est elle nécessairement accrue ?

Oui	Non	Ne se prononce pas

Question 14 Qu'avez-vous d'autre à rajouter ?

Résultats Questionnaire

Question 1	Connaissez-vous le fast-track en service d'endoscopie ?	Oui	Non	Un peu	Total
		16	5	1	22
Question 2	Est-ce que vous travaillez (ou allez-vous travailler prochainement) dans ce type d'organisation de travail ?	Oui	Non	NSP	Total
		12	9	1	22
Question 3	Quels sont les avantages pour vous dans votre travail infirmier ?				
	Pas de réponse	6			
	Aucun	3			
	Meilleure répartition du travail	2			
	Poste bien défini	2			
	Le patient reste sur son brancard tout le temps /Moins de manipulations	3			
	Rapidité du flux de patients	2			
	Meilleure gestion de l'organisation	4			
	Prise en charge du patient dans sa globalité et en continu	2			
	Compagnon suivant le malade en continu facilite la surveillance	1			
	Collaboration renforcée avec l'équipe globale	2			
	Total des réponses	27			
Question 4	Quelles difficultés rencontrez vous dans le Fast Track ?				
	Pas de réponse	9			
	Adaptabilité du planning aux imprévus	2			

Cadences trop rapides	2
Stress accru	1
Impression accrue de prise en charge du patient fractionnée par les IDE Successifs	3
Quantité de travail au détriment de qualité de travail	2
Charge de travail accrue	2
Brancardages supplémentaires assurés par les IDE (transfert de tâches)	3
Manque de lits / nombre de patients (rotation trop rapide)	3
Charge Administrative augmentée	1
Total des réponses	28

Question 5 **Quelles sont les difficultés techniques que vous rencontrez ?**

Pas de réponse	9
Manque de matériels (moniteurs-compagnons, brancards...)	4
Manque de place en SSPI	1
Matériels mal adaptés (Charriots...)	1
Total des réponses	15

Question 6 **Quelles sont les difficultés humaines que vous rencontrez ?**

Pas de réponse	13
Aucune	1
Rythme de travail soutenu occasionnant stress, voire burn out	3
Rythme de travail soutenu occasionnant effort de concentration accrue (fatigue intellectuelle)	2
Charge de Travail accrue affectant négativement l'ambiance de travail de l'équipe	1

Rythme de Travail accru affectant négativement le relationnel avec le patient	1
Obligation de réexpliquer les consignes au patient (et parfois barrière de la langue)	2
Manque de personnels à certains moments de la journée	5
Total des réponses	28

Question 7	Quelles sont les difficultés temporelles que vous rencontrez ?	
	Pas de réponse	14
	Manque de patience toujours accru des patients	1
	Sentiment de manque de temps pour s'occuper du patient en qualité	1
	Changement de planning non adapté, modification trop fréquente (fatigue) , parfois sur 10h	3
	Rythme de travail trop intensif (fatigue)	1
	Total	20

Question 8	Avez-vous résolu ces difficultés ?	Oui	Non	Pas de réponse	Total
		1	7	10	18

Question 9	Comment les avez-vous résolues ?	
	Brancardage à outrance par les IDE	1
	Augmentation du nombre d'ASH	1
	Entraide accrue dans l'équipe	1
	Total	3

Question 10	Avez-vous été informé ou consulté dans le changement d'organisation ?	
	Uniquement Informé	5
	Informé et Consulté mais pas écouté	1

Informé et Consulté et écouté 1
Total 7

Question 11 **Avez-vous été informé ou consulté dans le changement de planning et de rythme de travail ?**

Oui	Non	Pas de réponse	Total
7	2	8	17

Question 12 **Qu'avez-vous à dire sur la taille des équipes ?**

Besoin de plus de Brancardiers	2
Besoin de plus d'IDE	1
Besoin de plus de personnel	3

Question 13 **La polyvalence s'est elle nécessairement accrue ?**

Oui	Non	Pas de réponse	Total
6	3	10	19

Question 14 **Qu'avez-vous d'autre à rajouter ?**

- Manque de temps pour se former sur le terrain
- Perte de sens dans une polyvalence au-delà du rôle infirmier (brancardage par exemple)
- Manque de reconnaissance et de considération
- Nécessité de mettre les moyens humains adaptés à l'activité

- Nécessité de la communication et de la collaboration des équipes médicale et paramédicale
- Les patients voient le Fast Track comme du travail à la chaîne
- Importance d'avoir une IDE de coordination

RESUME

Le Fast Track en endoscopie est un nouveau mode d'organisation sur lequel nous avons encore peu de recul en France, mais qui soulève des questionnements et a des impacts sur le métier des I.D.E.

Au travers du changement que représente ce nouveau mode d'organisation et du cadre dans lequel il s'inscrit, au travers de deux terrains d'études , complétés par une enquête auprès des I.D.E. qui le pratiquent déjà ou vont le pratiquer prochainement , il s'est agi de démontrer les avantages , les freins et les leviers identifiés par les I.D.E sur le terrain , et de découvrir quelques pistes de réflexion pour accompagner et réussir ce tournant , ce changement, au mieux.