

**DIU d'infirmier en endoscopie :
Transmissions : gage de qualité**

Christelle RAGOT

Année universitaire 2020/2021

Guidant : Nathalie VERGNAUD

Directrice de mémoire : Fanny DURAND

Sommaire

Remerciements

Table des sigles

Introduction	1
1. Contexte du sujet	3
1.1 Définitions du terme « Transmissions »	3
1.1.1 Définition générale	3
1.1.2 Définition dans les soins infirmiers	4
1.2 Législation	4
1.2.1 Infirmier diplômé d'état	4
1.2.2 Infirmier en endoscopie	5
1.2.3 Aide-Soignant	5
1.3 Rôle des soignants en endoscopie	6
1.3.1 L'endoscopiste	6
1.3.2 L'infirmier en endoscopie	7
1.3.3 L'aide-soignant.....	7
1.4 Les risques en endoscopie	8
1.5 Les transmissions : Outil de communication	10
2. Hypothèse de recherche, Méthode	11
2.1 Hypothèse de recherche	11
2.2 Méthode de recherche	12
2.2.1 Résultats du Centre Hospitalier d'Angoulême	12
2.2.2 Résultats du questionnaire en ligne	16
3. Synopsis	20
Conclusion	22
Bibliographie/Références	23

Annexes

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, d'une façon générale, je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de ce travail de recherche, en particulier :

- Me Nathalie CHADEFPAUD, directrice des soins et Mr Jean-François GOUYOU, cadre supérieur du pôle Spécialités médicales 2, pour m'avoir permis de faire cette formation DIU Infirmier en endoscopie.
- Me Nathalie VERGNAUD, cadre de santé du service d'Hépatogastroentérologie et du plateau technique d'endoscopie digestive, ma tutrice, pour son soutien et ses conseils avisés tout au long de ce mémoire.
- Docteur Mercédès DE LUSTRAC, cheffe de service d'hépatogastroentérologie et du plateau technique d'endoscopie digestive, pour sa relecture active de mon mémoire.
- L'équipe d'endoscopie digestive et bronchique pour son soutien et sa participation à mon questionnaire.
- Mon mari, Marc et mes enfants, qui m'ont apporté leur aide psychologique tout au long de cette année universitaire.

J'adresse mes remerciements sincères à Fanny DURAND, coordonnatrice programme DIU IDE endoscopie, pour son écoute, sa bienveillance et son soutien envers tous les étudiants.

TABLE DES SIGLES

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DE : Diplôme d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEE : Infirmier En Endoscopie

AS : Aide-Soignant

SFED : Société Française d'Endoscopie Digestive

HAS : Haute Autorité de Santé

CHA : Centre Hospitalier d'Angoulême

LDE : Laveur Désinfecteur d'Endoscopes

Introduction

Actuellement, la place des transmissions dans notre rôle infirmier est cruciale. Il est un gage de qualité dans la continuité des soins. Cette phase de transmissions est importante dans l'articulation entre les différents acteurs de soins autour du patient et elle intervient aussi dans l'organisation des différents services.

Dans les services de soins généraux, le temps des transmissions est organisé entre les équipes pour assurer la continuité des soins en permanence.

Dans les secteurs d'endoscopie, le fonctionnement est différent. La programmation des examens se fait sur des horaires ouvrables. Par conséquent, nous travaillons en horaire ouvrable et non 24h sur 24h.

Dans le Centre Hospitalier d'Angoulême où j'exerce au sein du service d'endoscopie digestive, l'équipe est constituée de 2 infirmières à temps plein et de 5 infirmières à temps partagé avec un service de soins généraux. Elle comprend aussi une aide-soignante à temps plein et 3 aides-soignants à temps partagé (2 AS partagées avec un service de soins généraux et 1 AS partagé avec des services médico-techniques et administratifs). Nous travaillons avec une équipe dédiée aux examens au bloc opératoire (sous anesthésie générale) si une programmation est prévue, et une équipe dédiée aux examens en consultation (sous anesthésie locale). Chaque équipe est composée d'une IDE et d'un AS. De plus, les IDE assurent des astreintes, en endoscopie digestive et bronchique, la nuit en semaine, le week-end et les jours fériés afin d'assurer la continuité des soins 24h sur 24h.

Dans le cadre de l'organisation, un temps d'échange de transmissions médicales et paramédicales est prévu mensuellement. Quotidiennement, il n'y a pas de temps prévu aux transmissions. Nous échangeons à l'aide d'un cahier, d'un tableau, de notes personnelles ou d'échanges téléphoniques.

Pourtant dans notre profession paramédicale, les transmissions ou l'échange d'informations ont un rôle primordial.

Donc, je me suis interrogée :

- Quelles sont les informations importantes à transmettre ?
- Est-ce que la quotité du temps de travail des agents en endoscopie a un impact sur la transmission des informations ?
- Comment peut-on améliorer les transmissions écrites entre les équipes travaillant en secteur d'endoscopie, afin de ne pas perdre d'informations essentielles au bon fonctionnement et de maintenir la sécurité des soins ?

Afin de répondre à ces questions, je vous propose de présenter mon mémoire de la manière suivante :

Dans un premier temps, je définirai le terme « transmission » de façon générale et de façon soignante ainsi que la réglementation existante autour des transmissions.

Puis, j'expliquerai le rôle de chaque professionnel au sein d'une équipe en endoscopie ainsi que les risques en endoscopie.

Enfin, je définirai le concept de communication à travers les transmissions.

Dans la seconde partie, je vous ferai part de l'analyse de mes questionnaires diffusés auprès des équipes endoscopiques de secteurs différents.

1. Contexte du sujet

1.1. Définition du terme « Transmissions »

1.1.1. Définition générale

Pour commencer, je vais définir le mot « transmission » d'un point de vue général.

Selon Wikipédia : « *La transmission est l'action de transmettre, de faire passer quelque chose à quelqu'un ou d'un émetteur à un récepteur.* » « *Dans les soins hospitaliers ou à domicile quand ils impliquent plusieurs personnes, la transmission est la passation des observations concernant l'état des malades.* » [1]

On remarque que le mot « transmission » vient du verbe « transmettre ». Selon le dictionnaire Larousse, le verbe « transmettre » à plusieurs définitions. Celle qui me paraît intéressante est : « *communiquer quelque chose à quelqu'un après l'avoir reçu.* » [2]

On observe que le mot « transmission » est un moyen de communication. Dans notre profession, nous transmettons des informations, on parle de transmissions orales et/ou écrites.

1.1.2. Définition dans les soins infirmiers

Dans cette partie, j'expliquerai le terme « Transmissions » dans les soins infirmiers à travers 2 citations :

- Dans la revue « *L'aide-soignante* », Isabelle CLAVAGNIER, auteur de l'article intitulé « *Les transmissions écrites et orales* », définit les transmissions comme : « *des informations orales et/ou écrites permettant à chaque membre de l'équipe soignante de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée.* » [3]
- Sur le site www.soins-infirmiers.com, Morgan PITTE, auteur de l'article intitulé « *Les transmissions orales* », définit celles-ci comme « *un transfert des responsabilités professionnelles centrées sur la prise en soins d'un patient ou d'un groupe de patient, à une autre personne ou à un autre groupe de professionnels, temporairement ou de façon permanente.* » [4]

On remarque à travers ces définitions que les transmissions dans le monde infirmier sont importantes et non négligeables.

Dans le secteur endoscopique, il me semble important de transmettre les informations essentielles concernant le fonctionnement d'un plateau technique d'endoscopie afin de garantir une qualité du geste endoscopique et par conséquent, la sécurité du soin envers le patient.

1.2. Législation

Dans cette partie, je développerai la législation et les compétences de l'IDE, l'IEE et de l'AS à travers les transmissions.

1.2.1. Infirmier diplômé d'état

Selon le référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier de l'arrêté du 31 juillet 2009 [5], 3 compétences sont en lien avec les transmissions : *Annexe 1*

- La compétence 2 « *Concevoir et conduire un projet de soin infirmier* », elle exprime que l'IDE doit argumenter son projet de soin et sa démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmissions, staff...)
- La compétence 4 « *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique* », elle exprime que l'infirmier doit synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, compte-rendu infirmier, transmission...)
- La compétence 9 « *Organiser et coordonner les interventions soignantes* », elle exprime que l'IDE doit choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité. L'IDE doit coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

On remarque que l'on a un devoir sur la transmission des informations qui doit être clair et pertinent afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

1.2.2. Infirmier en endoscopie

Selon le référentiel de l'IEE, cours DIU infirmier en endoscopie [6], la compétence 2 fait référence aux transmissions. *Annexe 2*

- La compétence 2 est « *Organiser au sein du plateau technique d'endoscopie les activités diagnostiques et interventionnelles en lien avec la charte de fonctionnement* », on doit coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle en instaurant et en maintenant des liaisons avec les différents acteurs et services à l'aide de transmissions pertinentes dans des documents préétablis.

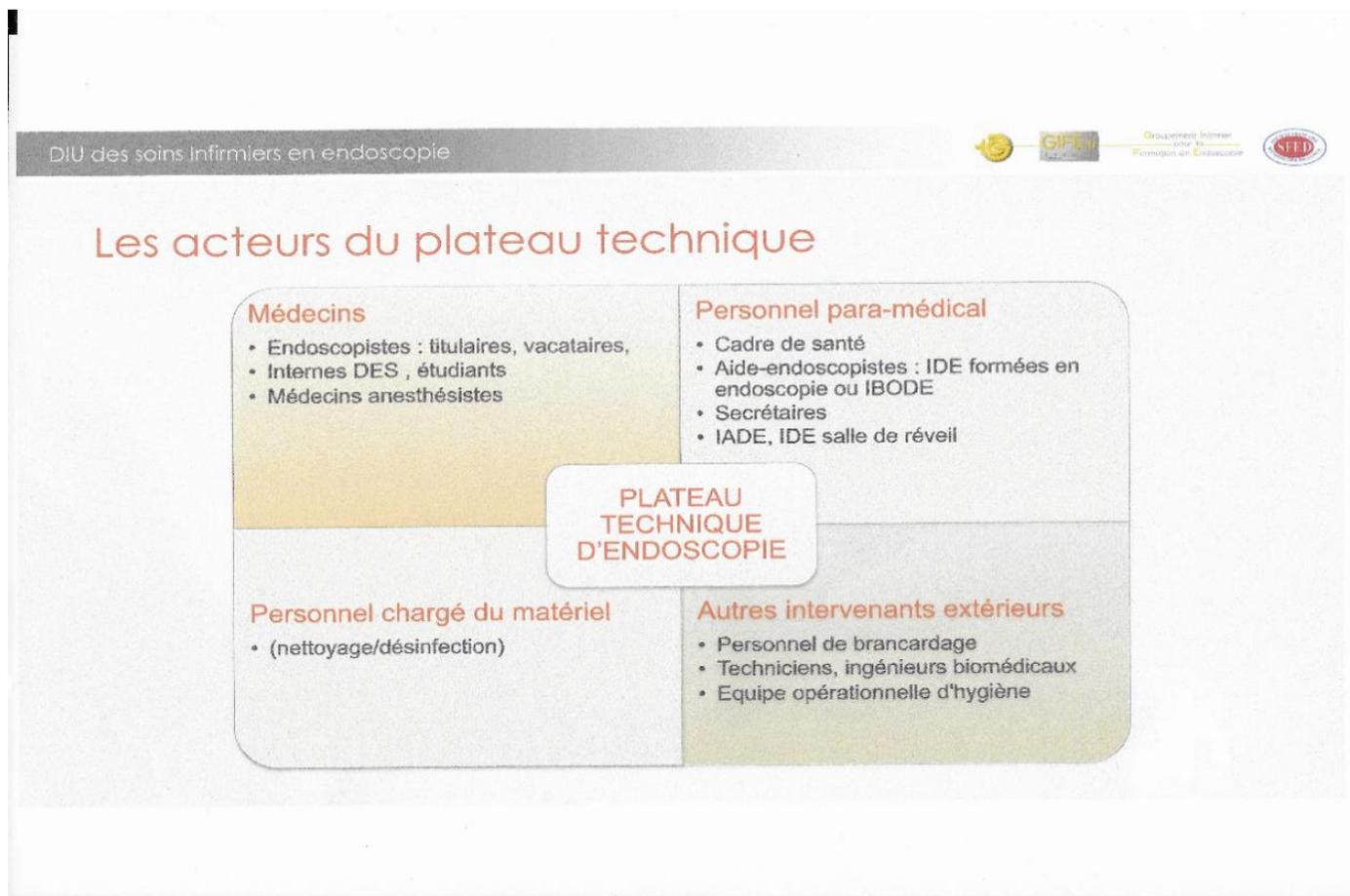
Selon l'instruction du 4 juillet 2016, relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins [7], la fiche 14 aborde la démarche qualité et la sécurité des soins, et précise que l'on doit favoriser la communication entre professionnels dans le management et l'organisation de l'activité en endoscopie. *Annexe 3*

1.2.3. Aide-Soignant

Dans le référentiel de la formation du diplôme professionnel d'aide-soignant du 22 octobre 2005[8], le module 7 développe la transmission des informations pour assurer la continuité des soins. *Annexe 4*

1.3. Rôle des soignants en endoscopie

Dans le cours présenté par Fanny DURAND intitulé « Normes d'un plateau technique d'endoscopie digestive », un schéma représente les différents acteurs exerçant au sein du plateau technique en endoscopie : [9]



Dans cette partie, je décrirai le rôle de chaque membre de l'équipe : l'endoscopiste, l'IEE et l'aide-soignant.

1.3.1. L'endoscopiste

L'endoscopiste est le médecin responsable de l'acte endoscopique. Il réalise l'examen en partenariat avec l'infirmière en endoscopie ou l'aide-endoscopiste.

1.3.2. L'infirmier en endoscopie

L'IEE a un rôle important dans la prise en charge du patient avant, pendant et après l'examen, dans l'instrumentation endoscopique et dans la désinfection et maintenance des équipements médicaux.

Il ou elle doit acquérir différentes compétences, selon le référentiel de l'IEE, au nombre de huit. [6]

- Compétence 1 : Adapter les soins infirmiers d'endoscopie au patient dans une démarche individualisée.
- Compétence 2 : Organiser au sein du plateau technique d'endoscopie les activités diagnostiques et interventionnelles en lien avec la charte de fonctionnement.
- Compétence 3 : Contrôler la fonctionnalité du plateau technique d'endoscopie.
- Compétence 4 : Assurer l'instrumentation de l'endoscopie en étant vigilant aux risques potentiels durant l'acte.
- Compétence 5 : Maîtriser la désinfection des matériels thermosensibles et le traitement des dispositifs médicaux stérilisables.
- Compétence 6 : Assurer l'opérationnalité du parc des endoscopes et gérer avec efficacité les dispositifs médicaux.
- Compétence 7 : Traiter méthodologiquement des données professionnelles et scientifiques par la recherche. Analyser la qualité des soins et améliorer les pratiques professionnelles.
- Compétence 8 : Connaître les règles professionnelles et la responsabilité juridique de l'infirmière. Promouvoir ses connaissances professionnelles en endoscopie. Former un professionnel au métier d'infirmier en endoscopie. Participer à la formation des étudiants. Promouvoir le métier de l'infirmier en endoscopie.

1.3.3. L'aide-soignant

Selon les recommandations de la SFED concernant le personnel en endoscopie [10], les aides-soignants ont un rôle dans l'accueil du patient, les tâches en rapport avec l'hôtellerie (ménage...), le nettoyage et la décontamination du matériel ainsi que le stockage des endoscopes.

D'autres tâches peuvent leur être déléguées : gestion des prélèvements biopsiques, étiquetage, acheminement au laboratoire, prélèvements microbiologiques réguliers sur les endoscopes, sur les LDE, les points d'eau servant au nettoyage des endoscopes ainsi que la gestion du matériel et des consommables ; tout ceci en collaboration et sous la responsabilité de l'IDE.

Sur le site www.infirmiers.com, un article intitulé « *L'infirmier en endoscopie : quelles compétences pour quel rôle ?* » explique le travail de chaque acteur de soin. Chacun a sa place dans l'activité endoscopique : de l'instrumentation à la maintenance des équipements. [11]

Nous travaillons tous en collaboration. C'est la complémentarité. Par conséquent, un outil de communication doit exister : les transmissions.

1.4. Les risques en endoscopie

Patrick LEVY, auteur de l'article intitulé « *La gestion des risques : De la médecine à l'endoscopie digestive* » disponible en ligne sur www.cairn.info exprime que « *En médecine, il convient de considérer non pas seulement l'acte mais l'ensemble du trajet et l'organisation du soin médical privilégiant ainsi la notion d'équipe.* »

« *L'acte endoscopique est un travail d'équipe. Il est sous la dépendance et influence de multiples facteurs outre l'endoscopiste. La salle d'examen et le matériel, l'équipe d'infirmières, l'anesthésiste sont autant d'éléments essentiels dans ce travail d'équipe.* [12]

Selon le référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier de l'arrêté du 31 juillet 2009 [5], la compétence 7 décrit le rôle d'évaluation et l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et des dispositifs médicaux.

Annexe 5

Il est important de transmettre différentes informations en endoscopie afin d'assurer la qualité des soins.

Selon l'instruction du 4 juillet 2016, relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins, différentes fiches traitent des risques et de la démarche qualité en endoscopie. [7]

- Un des risques majeurs en endoscopie est celui du **risque infectieux**.

Annexe 6 (Fiche 1 de l'instruction du 4 juillet 2016)

Il est important de savoir :

- Quels endoscopes sont infectés et séquestrés ?
- Les LDE sont-ils opérationnels ou pas afin de garantir la qualité de la désinfection de l'endoscope ?
- Les points d'eau sont-ils conformes à la réglementation ?
- Les lieux de stockage sont-ils conformes ?

La transmission des dysfonctionnements ou des problématiques liées au risque infectieux est précieuse afin de garantir la sécurité et la qualité de l'acte endoscopique.

- Un autre risque important en endoscopie est celui de la **matériorvigilance**.

Annexe 7 (Fiche 17 l'instruction du 4 juillet 2016)

Cela concerne tous les matériels présents sur la colonne vidéo, les endoscopes et le matériel d'endothérapie. Pour un meilleur suivi du matériel, certains points essentiels sont à connaître de tous :

- Quel matériel a une matériovigilance afin de le retirer ?
 - Quelles sont les ruptures de stock des fournisseurs ?
 - Quelle panne ou réparation est en cours sur le matériel vidéo ou endoscope ?
 - Est-ce qu'il y a des essais marché en cours ?
- Chaque acteur de soin, intervenant dans la prise en charge du patient devant subir un acte endoscopique, se doit de connaître les problématiques liées à **la programmation de l'activité endoscopique** :
 - Par exemple, un patient hospitalisé peut être amené à changer de secteur d'hospitalisation.

La transmission interservices est primordiale, sans oublier les acteurs transversaux comme l'équipe de brancardage.

Dans la fiche 14 (Annexe 3) de l'instruction du 4 juillet 2016 [7], relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins, nomme :

« L'endoscopie est une activité à risque notamment infectieux. Comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses documents relatifs à la certification des établissements, indépendamment « du lieu de réalisation (centralisé ou non), de l'objectif (diagnostic et/ou interventionnelle) et de la qualité et des risques en endoscopie à mettre en place afin de garantir la sécurité des patients. » »

1.5. Les transmissions : Outil de communication

La communication consiste en la transmission de quelque chose (message, information) à quelqu'un. Dans notre profession, il est important de transmettre pour garantir la qualité des soins.

Dans un article de recherche intitulé *« Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? »*, Marc DUMAS, Florence DOUGUET, Youssef FAHMI, les auteurs expriment que *« Si pendant longtemps, la qualité et la sécurité des patients ont été considérées comme essentiellement une affaire de connaissances et de compétences individuelles et notamment d'expertise médicale, il est aujourd'hui admis et reconnu que l'organisation des services, des équipes, la capacité des acteurs à travailler ensemble efficacement sont indispensables pour la qualité des actes médicaux et des soins et la sécurité des patients. »* [13]

L'évolution permanente des techniques endoscopiques requiert une adaptation des équipes professionnelles.

Etant donné la spécificité du secteur d'endoscopie, les difficultés dans la transmission des informations pourraient être différentes selon si l'équipe est professionnellement récente, si l'équipe quotidienne est polyvalente ou restreinte.

L'importance et la pertinence des transmissions rendront un travail d'équipe de qualité plus adapté. Une transmission argumentée, tracée est un reflet de la qualité des soins.

Natacha WATTERLOTT, auteur d'un article publié dans la revue « *L'aide-soignante* », intitulé « *Enjeux de la communication interprofessionnelle dans l'équipe soignante* » décrit la communication comme : « *une compétence professionnelle dans les référentiels de formation des futurs soignants* » et exprime que « *L'insuffisance de communication entre les professionnels d'une même équipe peut être source de dysfonctionnement interne ayant un impact sur la qualité et la sécurité de soins.* »

Ainsi « *La communication entre professionnels concourt au développement du sentiment d'appartenance, au partage de valeurs communes, et au renforcement de la cohésion d'équipe.* » [14]

2. Hypothèse de recherche, Méthode

Dans le cadre de mon travail de recherche, les constats sur le terrain et mes recherches littéraires m'amènent à me questionner :

Quelles sont les informations importantes à transmettre ? Est-ce que la quotité du temps de travail des agents en endoscopie a un impact sur la transmission des informations ? Comment peut-on améliorer les transmissions écrites entre les équipes travaillant en secteur d'endoscopie, afin de ne pas perdre d'informations essentielles au bon fonctionnement et de maintenir la sécurité des soins ?

2.1. Hypothèse de recherche

Les transmissions ou la communication des informations entre les professionnels à quotité de temps de travail différent jouent un rôle essentiel dans la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique.

2.2. Méthode de recherche

Pour argumenter mon hypothèse de recherche, j'ai réalisé un questionnaire. Annexe 8

Ce questionnaire comporte plusieurs items :

- La quotité de travail des agents en endoscopie
- Les problématiques liées au fonctionnement du service d'endoscopie
- L'importance de l'outil de transmissions

Il a été diffusé auprès des équipes du service d'endoscopie digestive et du service d'endoscopie bronchique du Centre Hospitalier d'Angoulême ainsi qu'auprès des diplômés DIU infirmier en endoscopie, par l'intermédiaire de Fanny DURAND.

Mon étude repose sur l'analyse de ces questionnaires.

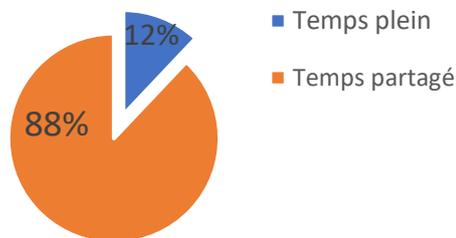
J'ai exclu les médecins-endoscopistes de cette étude car mon travail de recherche porte sur les transmissions entre les professionnels paramédicaux.

2.2.1. Résultats au sein du Centre Hospitalier d'Angoulême

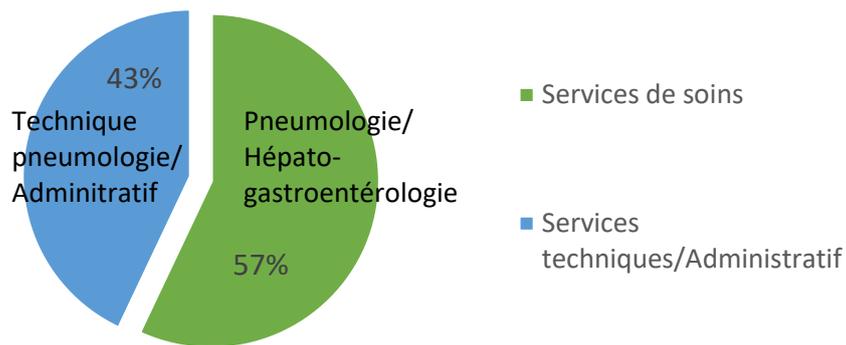
Au sein du Centre Hospitalier d'Angoulême, j'ai diffusé 18 questionnaires au sein des équipes d'endoscopie. Leur participation est de 100%.

➤ Le temps de travail des agents en endoscopie

Ma première question concerne la quotité du temps de travail en endoscopie et l'affectation des professionnels à temps de travail partagé.



QUOTITE DE TRAVAIL



AFFECTATION DES PROFESSIONNELS A TEMPS DE TRAVAIL PARTAGE

Au Centre Hospitalier d'Angoulême, les équipes sont constituées principalement de professionnels exerçant un temps de travail partagé entre différents secteurs de soins. Seulement 12% de l'équipe est à temps plein.

➤ Les problématiques liées au fonctionnement du service d'endoscopie

J'ai interrogé les professionnels sur ce qu'il leur semblait important de connaître avant de débiter leur poste. Voici leur classement :

LE CLASSEMENT DES PROBLEMATIQUES

Problématiques liées à/au	La programmation de l'activité endoscopique	Fonctionnement de la salle d'examen	Fonctionnement de la salle de décontamination	Matériel d'endothérapie
Classement	1 (56%)	3 (50%)	4 (31%)	4 (38%)

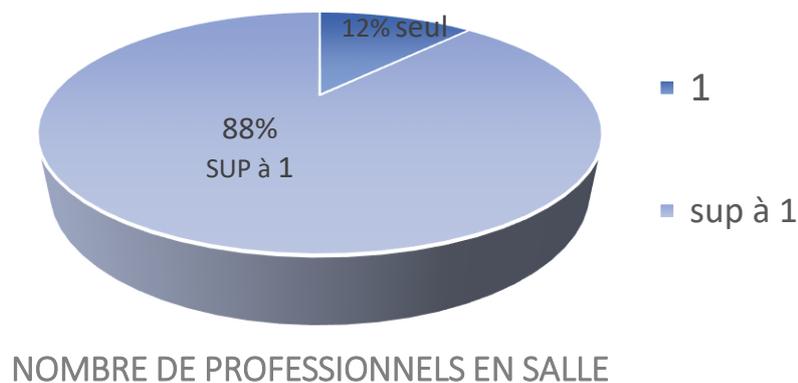
Pour les équipes soignantes, ce qu'il faut savoir avant de prendre son poste sont :

- N°1 : les problématiques liées à la programmation de l'activité endoscopique pour 56 % des personnes intéressées.
- N°3 : le fonctionnement de la salle d'examen pour 50% des professionnels interrogés.
- N°4 : la salle de décontamination et le matériel d'endothérapie.

Dans les réponses, on remarque que le classement N°2 n'est pas représenté. Les personnels paramédicaux ont exprimé leur difficulté de classer par ordre de préférence ; car tout leur semble important.

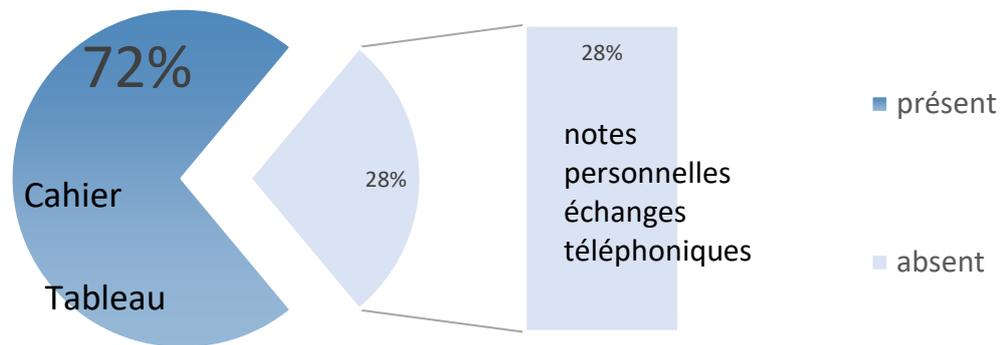
➤ L'importance de l'outil de transmissions

Dans ce thème, j'ai interrogé les professionnels sur plusieurs critères : le nombre d'agents présents en salle, le temps de transmissions oral ainsi que la présence d'un outil de transmissions et son importance.



A 88%, nous ne travaillons pas seul en salle d'endoscopie. En moyenne, nous sommes 2 professionnels. Souvent, il s'agit de l'aide-soignant en poste de désinfection qui est présent ponctuellement, en fonction des besoins en salle.

Sur l'ensemble des équipes, aucun temps de transmissions orales est identifié. Par contre, à 72%, il existe un outil de transmissions écrit.



OUTILS DE TRANSMISSIONS

Toutes les équipes sont unanimes sur l'importance d'avoir un support de transmissions. A travers le tableau suivant, j'ai retranscrit les arguments des différents professionnels.

<p>Arguments communs à tous les professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indispensable pour avoir un bon suivi ainsi qu'un travail de qualité. Éviter les erreurs, la perte d'informations et les évènements indésirables. Repérer les dysfonctionnements - Afin de garantir la sécurité et la qualité de l'acte. - Il est important de trouver les informations importantes ou primordiales concernant le matériel, l'organisation. - Être informé, avant la prise de poste des potentiels changements, intervenants. - Suivi de l'activité et du matériel, suivi des commandes et des actes.
---	---

<p>Arguments spécifiques aux professionnels en temps de travail partagé</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Liens entre les différents intervenants qui ne sont pas toujours en poste ensemble. - Savoir où l'équipe en est par rapport aux maintenances, prélèvements, problématiques suite à l'examen... - Pour maintenir le niveau de compétence nécessaire. - Pour assurer la continuité des soins et du bon fonctionnement de l'unité malgré un personnel polyvalent. - La transmission est importante car beaucoup de personnels polyvalents.
--	--

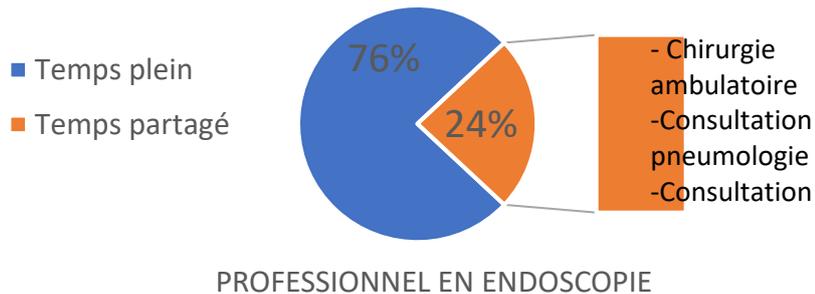
On remarque que le support de transmissions est important dans le fonctionnement d'un secteur en endoscopie. Il est fondamental pour la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique et d'autant plus, si l'on est un professionnel partagé avec un autre service.

2.2.2. Résultats du questionnaire en ligne [15] Annexe 9

Par l'intermédiaire de Fanny DURAND, coordonnatrice du programme DIU IDE Endoscopie, 87 questionnaires ont été diffusés en ligne aux diplômés DIU. Mon étude portera sur l'analyse de 38 réponses soit 43% de participation.

➤ Le temps de travail des agents en endoscopie

Ma première question concerne la quotité du temps de travail en endoscopie et leur affectation pour les professionnels à temps de travail partagé.



On remarque que les équipes sont constituées principalement de professionnels à temps plein.

➤ Les problématiques liées au fonctionnement du service d'endoscopie

J'ai interrogé les professionnels sur ce qu'il leur semblait important de connaître avant de débiter leur poste. Voici leur classement :

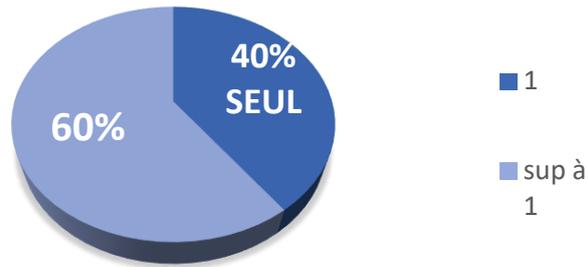
LE CLASSEMENT DES PROBLEMATIQUES

Problématiques liées à/au	La programmation de l'activité endoscopique	Fonctionnement de la salle d'examen	Fonctionnement de la salle de décontamination	Matériel d'endothérapie
Classement	1 (39%)	2 (28%)	3 (26%)	4 (44%)

On se rend compte qu'il est difficile de les classer. Toutes ces problématiques sont primordiales à connaître avant de commencer son poste.

➤ L'importance de l'outil de transmissions

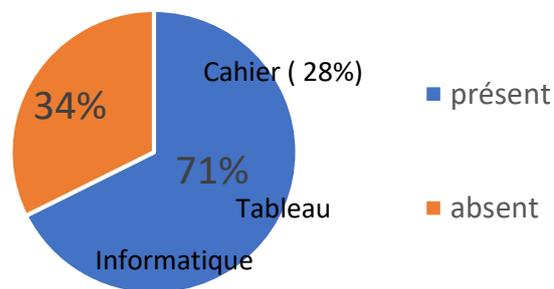
Dans ce thème, j'ai interrogé les professionnels sur plusieurs critères : le nombre d'agents présents en salle, le temps de transmissions oral ainsi que l'outil de transmissions écrit et son importance.



NOMBRE DE PROFESSIONNELS PRESENTS EN SALLE

Pour 50% des personnes interrogées, en moyenne, ils sont 2 professionnels par salle.

Dans les résultats en ligne, seulement 13 % ont un temps de transmissions oral identifié. Les autres professionnels ont un outil de transmissions écrit.



OUTILS DE TRANSMISSIONS ECRITS

A 92%, les professionnels expriment l'importance d'un support de transmissions.

Leurs principaux arguments sont :

<p>Arguments communs à tous les professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none">- Pour assurer la continuité et la sécurité des soins,- Pour éviter les erreurs, la perte des informations, suivre les évènements importants- Pour communiquer et diffuser les infos essentielles et prioritaires- Outil indispensable pour assurer un suivi des salles, des commandes de matériels...
<p>Arguments spécifiques aux professionnels en temps de travail partagé</p>	<ul style="list-style-type: none">- Outil de communication indispensable lorsque l'équipe est constituée de temps partagé.- Faciliter le travail, obtenir une meilleure cohésion d'équipe et de qualité des soins en améliorant l'organisation

On peut déduire qu'un outil de transmissions doit exister afin de favoriser la communication entre les équipes et d'assurer la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique.

3. Synopsis

Investigatrice Coordonnatrice	Christelle RAGOT
Titre	TRANSMISSION : GAGE DE QUALITE
Justification/Contexte	Les transmissions ont un rôle primordial dans la qualité et la sécurité du geste endoscopique. Je me suis questionnée sur l'importance et la qualité des outils de communication afin d'assurer la sécurité des soins.
Hypothèse	Les transmissions ou la communication des informations entre les professionnels à quotité de temps de travail différent jouent un rôle essentiel dans la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique.
Objectifs	Créer un outil de transmissions écrit synthétique et hiérarchisé voire informatisé.
Schéma de la recherche	Questionnaire diffusé auprès des équipes endoscopiques digestives et bronchiques du Centre Hospitalier d'Angoulême Questionnaire diffusé en ligne auprès des diplômés DIU en endoscopie
Critères d'inclusion	Infirmiers d'endoscopie en poste et infirmiers partagés intervenant en endoscopie Aides-soignants en endoscopie
Critères de non-inclusion	Médecins du service en endoscopie

Traitement/Stratégie/Procédures de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un groupe de travail pour la réalisation d'un outil de transmissions écrit synthétique et hiérarchisé - Test de l'outil sur 3 mois
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du test avec les recommandations des professionnels - Réajustement de l'outil écrit
Retombées attendues	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure diffusion des informations - Transfert de l'outil de transmissions écrit en format numérique - Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Conclusion

Ce travail de recherche a confirmé mon choix d'étudier cette thématique et m'a permis de comprendre la place primordiale des transmissions écrites et/ou orales dans la qualité et la sécurité des soins.

Néanmoins, elles doivent être structurées et hiérarchisées afin de ne pas perdre d'informations essentielles à un bon fonctionnement.

A travers l'analyse croisée des questionnaires, le support de transmissions est important dans le fonctionnement d'un secteur en endoscopie. Il est fondamental pour la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique et d'autant plus, si l'on est un professionnel à temps partagé avec un autre service. C'est un outil indispensable pour faciliter le travail, obtenir une meilleure cohésion d'équipe et maintenir le niveau de qualité nécessaire à la sécurité du soin.

Ce sujet d'étude a permis une première réflexion autour d'un support papier hiérarchisé et dans un deuxième temps a ouvert une réflexion autour d'un support numérique.

Etant donné que le dossier patient s'informatise, n'est-il pas judicieux d'informatiser un support de communication ?

Bibliographie/Références

1. Transmission. In : Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Transmission&oldid=176048307>
2. Définitions : transmettre - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [Cité 18 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transmettre/79176>
3. Masson E. Les transmissions écrites et orales [Internet]. EM-Consulte. [Cité 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/942165/les-transmissions-ecrites-et-orales>
4. Les transmissions orales - Cours IFSI - Etudiant infirmier [Internet]. Soins-Infirmiers.com. [Cité 18 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.soins-infirmiers.com/ifsu/ue-3.2-projet-de-soins-infirmiers/transmissions-orales>
5. arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf [Internet]. [Cité 18 mai 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf (Le référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier)
6. Référentiel de compétences. :9. Cours DIU Infirmier en endoscopie.
7. ste_20160008_0000_0032.pdf [Internet]. [Cité 18 mai 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-08/ste_20160008_0000_0032.pdf (L'instruction du 4 juillet 2016, relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux, au sein des lieux de soins.)
8. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-1 : Annonce N°52 [Internet]. [Cité 18 mai 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010052.htm> (Le référentiel de la formation du diplôme professionnel d'aide-soignant)
9. Diu soins infirmiers en endoscopie plateau technique.pdf [Internet]. [Cité 7 juin 2021]. Disponible sur : https://community-sante.unilim.fr/pluginfile.php/12777/mod_resource/content/0/diu%20soins%20infirmiers%20en%20endoscopie%20plateau%20technique.pdf

10. Commission juridique de la SFED, Pienkowski P, Le Floch IJ, Parois L, Heresbach D, Richard-Molard B, et al. Recommandations relatives au personnel d'endoscopie. Acta Endosc. Juin 2014 ;44(4) :196-200.
11. Fabregas B. Description de l'infirmier spécialisé en endoscopie [Internet]. Infirmiers.com. [Cité 25 mai 2021]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/l-infirmier-en-endoscopie.html>
12. Lévy P. La gestion des risques : de la médecine à l'endoscopie digestive. Hegel. 2013 ; N° 3(3) :236-8.
13. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep. 2 févr. 2016 ; n° 20, 5(1) :45-67.
14. Masson E. Enjeux de la communication interprofessionnelle dans l'équipe soignante [Internet]. EM-Consulte. [Cité 29 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1275077/enjeux-de-la-communication-interprofessionnelle-da>
15. Transmissions entre les équipes en endoscopie [Internet]. Google Docs. [Cité 29 mai 2021]. Disponible sur : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeIX8_i71f--bwMkHTW2FJWLNDDrDBkyyOuPsTkEeP6efg4Q/viewform?usp=drive_web&usp=embed_facebo (Résultats des questionnaires diffusés en ligne)

Annexes

Annexe 1 Référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier de l'arrêté du 31 juillet 2009 (Compétence2-compétence4-compétence9)

Annexe 2 Référentiel de compétences de l'IEE (Compétence2)

Annexe 3 Instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins (Fiche 14)

Annexe 4 Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant (Module 7)

Annexe 5 Référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier de l'arrêté du 31 juillet 2009 (Compétence7)

Annexe 6 Instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins (Fiche 1)

Annexe 7 Instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins (Fiche 17)

Annexe 8 Trame du questionnaire

Annexe 9 Résultats du questionnaire en ligne

Annexe 1 Référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier du 31 juillet 2009

(Compétence2-compétence4-compétence9)

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité ;
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité ;
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées ;
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants ;
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et inter-professionnelles (transmission, staff professionnel...);
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers.	Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation ; Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation ; Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée ; Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation ; Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources ; Les étapes du parcours de soins sont identifiées ; Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés ; Les réajustements nécessaires sont argumentés.
2. Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins.	Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage ; Les réactions du patient sont décrites ; Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité sont respectées ; Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; Le geste est réalisé avec dextérité ; Les réactions du patient au soin sont prises en compte ; La qualité et l'efficacité du soin réalisé sont évaluées ; La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte ; Les règles de traçabilité sont respectées.
4. Pertinence des réactions en situation d'urgence.	Les situations d'urgence et de crise sont repérées ; Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre ; Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées.
5. Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins.	La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée ; La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; L'organisation prend en compte le contexte et les aléas ; Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées.

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste ;
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie ;
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements ;
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne ;
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux ;
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique ;
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutique ;
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne ;
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique ;
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques ;
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité, traçabilité sont respectées ; Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires ; Les gestes sont réalisés avec dextérité ; La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre ; La procédure d'hémovigilance est respectée.
2. Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifeste.	La thérapeutique administrée est conforme à la prescription ; Les anomalies manifestes sont identifiées et signalées.
3. Exactitude du calcul de dose.	Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose.
4. Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens.	Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés ; La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre ; Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles.
5. Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention.	Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués ; Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés ; Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués ; Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
6. Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques.	L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire ; Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation.
7. Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques.	Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées ; La dynamique relationnelle est analysée ; Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe.
8. Fiabilité et pertinence des données de traçabilité.	La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation ; La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques ; Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 9

Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences ;
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité ;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile ;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins ;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes ;
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs.	Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient ; Les ressources externes sont identifiées ; La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants.
2. Cohérence dans la continuité des soins.	Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; La continuité et la traçabilité des soins sont assurées.
3. Fiabilité et pertinence des informations transmises.	Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais ; Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...); Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Annexe 2 Référentiel de compétences de l'IEE (Compétence2)

Compétence 2 :

Organiser au sein du plateau technique d'endoscopie les activités diagnostiques et interventionnelles en lien avec la chartre de fonctionnement.

1. Identifier les différentes catégories professionnelles pour une répartition efficace des tâches et connaître les limites de leur champ professionnel
2. Prévoir et organiser toutes les activités au sein de la salle d'endoscopie
3. Coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge du patient
4. Savoir s'adapter à des situations évolutives sur le poste de travail
5. Instaurer et maintenir des liaisons avec les différents acteurs et services partenaires/prestataires
6. Discerner les besoins en matériel nécessaire et connaître les circuits de leur approvisionnement

Critères d'évaluation	Indicateurs
A. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	<ul style="list-style-type: none">- Le rôle et les limites de chaque professionnel sont connus et respectés- Les intervenants internes et externes sont identifiés et disponibles- Les professionnels de santé sont sollicités à bon escient
B. Ajustement du programme en fonction des contraintes patients/personnels/ matériels C. Adaptation du comportement professionnel	<ul style="list-style-type: none">- L'ordre des patients est modifié- Les priorités sont identifiées- Le réajustement est réalisé- La préparation du matériel est modifiée en conséquence- La transmission d'informations nouvelles est réalisée
D. Communication et collaboration interprofessionnelle efficace	<ul style="list-style-type: none">- Les informations sont vérifiées et croisées en temps réel- Une répartition des activités est réalisée de façon autonome selon la charge de travail
E. Pertinence des informations transmises	<ul style="list-style-type: none">- Toutes les informations requises sont transmises dans les délais aux professionnels concernés- Les informations sont claires, précises et adaptées.- Les documents de transmission sont remplis
F. Connaissance des liaisons fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none">- Les différents partenaires et circuits sont identifiés
G. Connaissance de la l'organisation des soins en endoscopie 7 jours sur 7 et 24H sur 24	<ul style="list-style-type: none">- Les protocoles sont connus- Les situations d'urgence sont analysées et les actions préventives et/ou correctives sont mises en œuvre si besoin

Annexe 3 Instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins (Fiche 14)

Fiche 14 - Démarche qualité et sécurité des soins en endoscopie

L'endoscopie est une activité à risque notamment infectieux. Comme le souligne la Haute Autorité de santé (HAS) dans ses documents relatifs à la certification des établissements, indépendamment « du lieu de réalisation (centralisé ou non), de l'objectif (diagnostic et/ou interventionnelle) et de la spécialité concernée, une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques en endoscopie est à mettre en place afin de garantir la sécurité des patients ».

Un « référent endoscopie » est identifié : sa mission est de coordonner la démarche qualité en endoscopie.

Cette démarche est entreprise selon les 4 étapes suivantes :

- Planifier : définition de la politique et organisation interne ;
- Mettre en œuvre : mobilisation des équipes, disponibilité des ressources, effectivité de la mise en œuvre ;
- Evaluer : évaluation du fonctionnement du processus ;
- Agir : mise en place des actions d'amélioration.

Les principaux éléments de cette démarche sont synthétisés ci-dessous ³⁹ :

- 1) L'identification par l'établissement des différents secteurs et spécialités réalisant des endoscopies et la définition d'un pilotage institutionnel commun ;
- 2) Le déploiement, avec l'ensemble des professionnels concernés, d'un programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie, avec une priorisation des actions en fonction des risques identifiés et hiérarchisés (selon une cartographie des risques) et un ajustement en fonction des résultats des évaluations ;
- 3) La disponibilité de ressources humaines comprenant une définition des rôles et des responsabilités en endoscopie, un organigramme, des fiches de poste, une identification des besoins et un maintien des compétences, une information et une formation des nouveaux arrivants ou remplaçants ou intérimaires, une disponibilité des compétences et des effectifs du personnel médical et paramédical en rapport avec l'activité du secteur d'endoscopie, y compris en situation d'urgence, la mise en œuvre des mesures de prévention du risque professionnel ;
- 4) La conformité des locaux et l'organisation des circuits concernant les patients, les professionnels et les matériels, validées par l'EOH ou l'instance en charge de la gestion du risque infectieux associé aux soins ;
- 5) La gestion des matériels et des équipements sur le plan de l'organisation du nettoyage, de la désinfection et du stockage des endoscopes, de la gestion des maintenances préventives et des pannes ou défaillances, de l'adéquation de l'approvisionnement en matériel (matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, DM, etc.) ;
- 6) La disponibilité, l'accessibilité et la connaissance des documents (procédures, documents d'information, etc.) ;
- 7) Le management et l'organisation de l'activité en endoscopie : programmation et régulation du programme d'endoscopie opérationnelle, permanence des soins assurée, interfaces opérationnelles, communication entre professionnels favorisée ;
- 8) La prise en charge du patient : identification du patient et information du patient à toutes les étapes, prévention du risque infectieux, sécurité anesthésique, gestion des traitements antiagrégant ou anticoagulant, mise en œuvre des check-lists sécurité du patient en endoscopie, identification des prélèvements ;
- 9) La traçabilité organisée et opérationnelle de l'acte endoscopique (compte-rendu), de l'endoscope et du matériel utilisé, du nettoyage, de la désinfection et du stockage de l'endoscope, de la maintenance et des contrôles microbiologiques, des réparations externes, des opérations de prêt, des opérations de séquestration des endoscopes, des prélèvements anatomo-cyto-pathologiques réalisés et de leurs résultats, etc. ;
- 10) La validation du matériel utilisé dans le service pour le traitement et le stockage des endoscopes en s'assurant que l'ensemble du matériel utilisé dans le service ait été soumis à une QI, QO et QP avant utilisation.

³⁹ Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé. La procédure V2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/20141028_guide_ev_2clics_v2014_endoscopie.pdf

Annexe 4 Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant
(Module 7)

Module 7. - Transmission des informations

Compétence : rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins.

Objectifs de formation :

Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, être capable de :

- identifier et rechercher les informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin et permettant de prendre en compte la culture du patient, ses goûts, son régime... ;
- transmettre les informations liées à la réalisation du soin et alerter en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés ;
- s'exprimer au sein de l'équipe de soin en utilisant un langage et un vocabulaire professionnels ;
- renseigner des documents assurant la traçabilité des soins en appliquant les règles ;
- rechercher, organiser et hiérarchiser l'information concernant le patient ;
- discerner les informations à transmettre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel.

Savoirs associés :

Théoriques et procéduraux :

Information et continuité des soins.

Transmissions des données : la fonction d'alerte, la fonction de surveillance, la fonction d'évaluation.

Informatique : notions globales, application à la santé, règles d'informatique et libertés.

Dossier de soins : composition du dossier de soins, réglementation, responsabilité.

Recherche des informations concernant un patient : lecture des documents.

Transmission de l'information : orale, écrite, ciblée.

Modalités d'écriture et de lecture des documents concernant le patient.

Réunions de transmission, de synthèse, de réflexion autour du patient.

Savoirs pratiques :

Prise de parole en groupe : demander et transmettre de l'information.

Utilisation de logiciels dédiés.

Utilisation du dossier de soins : courbes, diagrammes, descriptions, observations rédigées.

Niveau d'acquisition et limites d'exigence.

Le rôle de l'aide soignant dans la transmission des informations est approfondi.

Les modalités de transmissions sont étudiées en rapport aux différentes situations professionnelles

Evaluation :

Critères de résultat :

- les informations essentielles relatives à la situation de la personne sont recherchées et transmises par écrit et par oral ;
- le secret professionnel et les règles déontologiques sont respectés.

Critères de compréhension :

- l'importance de la transmission des informations et les moyens de l'assurer efficacement sont expliqués ;
 - les conséquences d'une mauvaise transmission sont expliquées.
-

Annexe 5 Référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier de l'arrêté du 31 juillet
2009 (Compétence7)

Compétence 7

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle ;
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;
3. Evaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée ;
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques ;
5. Evaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité ;
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence ;
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée.	L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.

BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, Page 271.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie ; - de traçabilité ; - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ; Les propositions de réajustement sont pertinentes.
3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation.	Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte.
4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés.	Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés.
5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail.	La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ; Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte.

Annexe 6 Instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins (Fiche 1)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

Fiche 1 - Risques infectieux liés à l'endoscopie

Les endoscopes possédant des canaux sont des dispositifs médicaux (DM) complexes constitués par l'assemblage de plusieurs dizaines de pièces en matériaux divers. Ils présentent des canaux internes en nombre variable, pouvant atteindre plus d'un mètre de longueur et de diamètre interne de l'ordre du millimètre, reliés les uns aux autres par des jonctions créant des anfractuosités et des circuits préférentiels. L'ensemble est rassemblé dans une chemise interne opaque. Leur conception est également très variable d'un fabricant à l'autre, d'un type d'endoscope à l'autre et d'un modèle à l'autre. La complexité de leur structure rend possible une accumulation de souillures organiques (liquides biologiques ou tissus) ou minérales (dépôts de calcium ou de magnésium) en certains points, plus ou moins accessibles au nettoyage, à la désinfection et au séchage. Ces souillures peuvent elles-mêmes renfermer des agents infectieux et constituer des points d'ancrage des germes et des substrats favorables à la multiplication de microorganismes. Une fréquence ou une qualité insuffisante de traitement peut aboutir à la formation d'un biofilm.

Le risque infectieux en endoscopie est connu et décrit depuis les années 1990. Ce risque a été évalué entre 1 et 3 cas par million d'actes endoscopiques^{1,2,3}. Les éléments intervenant pour évaluer le niveau de risque sont : (1) la destination finale de l'endoscope (tableau I) qui est une cavité naturelle stérile (vessie) ou non stérile (tube digestif, bronches) ; (2) l'association à l'acte endoscopique de gestes plus invasifs, comme des biopsies, des scléroses, une dilatation des voies biliaires, etc. ; (3) le type, l'état d'usure et la maintenance de l'endoscope utilisé ; (4) la qualité du processus de traitement de l'endoscope.

Le délai entre la réalisation du geste et la détection de l'infection peut faire à tort sous-estimer le risque infectieux.

Tableau I - Classement des endoscopes et niveau de traitement requis

Destination de l'endoscope	Classement	Niveau de risque infectieux	Niveau de traitement requis
Cavité stérile	Critique	Haut risque	Stérilisation/Usage unique/Désinfection de haut niveau
Contact avec une muqueuse	Semi-critique	Risque médian	Désinfection de niveau intermédiaire

L'infection peut être due à des germes du patient lui-même qui vont passer dans le sang par voie hématogène (bactériémies) à la faveur d'un geste invasif par voie endoscopique (dilatation œsophagienne, cathétérismes des voies biliaires, sclérothérapie, etc.) ou à des germes introduits par l'endoscope (tableau II). Dans ce cas, la transmission peut être interhumaine, l'endoscope servant de vecteur aux microorganismes d'un patient à l'autre. Elle peut concerner, dans une moindre part, une transmission soignants-soignés ou à partir de l'environnement (germes de l'eau essentiellement).

Les microorganismes les plus fréquemment décrits font partie de la flore commensale, parfois pathogène, mais ils peuvent également provenir de l'environnement ; ils sont viraux (hépatite B et C), mycosiques, parasitaires et, surtout, bactériens (entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa*, mycobactéries, *Clostridium*, *Helicobacter*, etc.), avec une place particulière depuis les années 2004 pour les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). Le risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) par l'endoscopie reste théorique, aucun cas n'ayant été décrit à ce jour. Ce risque ne peut cependant pas être écarté pour la forme variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob pour laquelle les formations lymphoïdes concernées par l'endoscopie sont considérées comme des tissus à haute infectiosité.

¹ Spach DH, Silverstein F, Stamm W. Transmission of Infection by Gastrointestinal Endoscopy and Bronchoscopy. *Ann Intern Med* 1993;118(2):117-128.

² Kovaleva J1, Peters FT, van der Mei HC, Degener JE. Transmission of infection by flexible gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. *Clin Microbiol* 2013;26(2):231-54.

³ Nelson DB. Infectious disease complications of GI endoscopy: part II, exogenous infections. *Gastrointest Endosc* 2003;57:695-711.

Tableau II - Origine des microorganismes

Microorganismes provenant des patients	Microorganisme provenant de l'environnement
Flore normale et autres colonisants <i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella spp.</i> <i>Serratia spp.</i>	Solution d'irrigation <i>Pseudomonas spp.</i> Mycobactéries atypiques
Infections ou portage <i>Salmonella spp.</i> <i>Helicobacter pylori</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> BHRé etc.	Germes pouvant contaminer les LDE <i>Pseudomonas spp.</i> <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> etc.
Virus VHB, VHC, VIH	

Le niveau de désinfection et ses conditions d'obtention vis-à-vis des microorganismes varient selon le désinfectant et il convient de se référer aux revendications du fabricant concernant la virucidie, la bactéricidie, la fongicidie, la mycobactéricidie et la sporicidie.

La prévention du risque infectieux par voie hématogène réside essentiellement en la prévention de l'endocardite infectieuse pour certains actes et/ou patients à haut risque (cf. recommandations de la SFAR⁴, de la SFC⁵ et de la SFED⁶). La prévention du risque exogène repose sur le respect des précautions standard et des bonnes pratiques de traitement des endoscopes.

Endoscopie et virus des hépatites B, C et de l'immunodéficience humaine

Les cas de transmission du virus de l'hépatite B (HBV) à l'occasion d'un acte d'endoscopie sont rares. La transmission se fait alors entre patients par le biais d'un endoscope mal désinfecté après son utilisation chez un patient porteur du virus et lors d'un geste exposant au sang : hémorragie digestive, biopsie, etc.

Aucun cas de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'a été décrit.

Les cas de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) sont moins rares. Le lien épidémiologique associant l'acquisition du VHC et l'endoscopie est connu⁷. Dans les années 90, plusieurs études ont montré la transmission du virus de l'hépatite C par des endoscopies, notamment par des pinces à biopsie non stérilisées. La circulaire DGS/DH N°236 du 2 avril 1996 relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins a posé les bases pour une amélioration des pratiques dans ce domaine. Depuis les années 2000, plusieurs cas de transmission de l'hépatite C au décours de l'endoscopie ont été décrits pour lesquels la transmission entre patients était finalement liée à l'anesthésie (partage de flacons, de matériel d'injection, etc.) et non à l'endoscopie elle-même⁸.

Une étude rétrospective d'une cohorte d'environ 10 000 patients bénéficiant de coloscopies et de laryngoscopies entre 2003 et 2009 n'a pas retrouvé de transmission virale pour VIH, VHB et VHC. Cette étude a mis en évidence 24 cas méconnus d'hépatite C après une procédure d'endoscopie réalisée le même jour ou à 24 heures d'un autre patient porteur. Malheureusement, seuls 2 patients ont pu faire l'objet d'une comparaison de souches, qui se sont avérées différentes. La transmission croisée du VHC ne peut donc pas être exclue. En supposant que tous les nouveaux cas fussent acquis lors de l'endoscopie, le taux d'infection serait de 0,008%. Dans cet article, le risque estimé

⁴ Société française d'anesthésie réanimation. Antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Ann Fr Anesth Réanim 2011 ; 30 : 168-190.

⁵ Société de pathologie infectieuse de langue française et Société française de cardiologie. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Med Malad Infect 2002 ; 32 : 542-552.

⁶ Société française d'endoscopie digestive. Antibio prophylaxie en endoscopie digestive. Acta Endosc 2008 ; 4 : 401-413.

⁷ Andrieu J, Barry S, Colardelle P, et al. Prévalence et facteurs de risques de l'infection par le virus de l'hépatite C dans une population hospitalisée en gastro-entérologie. Rôle des biopsies per-endoscopiques. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:340-5.

⁸ NosoThème. Risque infectieux lié à l'endoscopie. HygièneS 2011 ; Volume XIX, n°5.

d'acquisition du VIH par l'endoscopie est évalué à 7/10¹³ pour la laryngoscopie et 2,4/10⁹ pour la colonoscopie. Le risque estimé d'acquisition du VHB par l'endoscopie est évalué à 1/10⁹ pour la laryngoscopie et 8/10⁷ pour la colonoscopie. Le risque estimé d'acquisition du VHC est entre celui du VIH et celui du VHB^{9,10,11}.

Endoscopie et mycobactéries

Une revue bibliographique de 1993¹² plaçait les mycobactéries parmi les microorganismes les plus souvent transmis lors de bronchoscopies. Les mycobactéries étant moins sensibles aux agents chimiques de désinfection, l'étape de nettoyage est fondamentale pour permettre une action efficace des désinfectants. La transmission entre patients concerne les mycobactéries du complexe *tuberculosis*. Les mycobactéries atypiques (*M. avium*, *intracellulare*, *chelonae*, *xenopi*, etc.) peuvent être acquises à partir de l'eau utilisée à plusieurs étapes du parcours de l'endoscope, qui ne serait pas filtrée. Des cas de transmission ont été rapportés par l'équipe du CHU de Vaud en Suisse¹³. Néanmoins, le lien entre l'infection et la contamination par l'endoscopie reste souvent difficile à établir en raison de l'incubation très longue de la maladie, des particularités des milieux de culture requis, non systématiquement ensemencés et du délai de positivité de ces prélèvements.

Concernant l'efficacité du désinfectant, il existe des normes d'évaluation de l'activité mycobactéricide des désinfectants qui permettent de s'assurer de l'action d'un désinfectant vis-à-vis de ce micro-organisme. Aussi pour choisir un désinfectant, il convient que l'établissement vérifie les référentiels normatifs revendiqués par le fabricant pour son produit.

Autre microorganisme

Une attention particulière peut être portée sur un article récent¹⁴ qui développe la place de *Methylobacterium*, transmis à partir de l'eau du robinet lors d'une endoscopie, et son pouvoir pathogène chez les patients immunodéprimés.

Endoscopie et *Clostridium difficile*

Les indications de coloscopies chez des patients présentant une infection à *Clostridium difficile* (ICD) sont fréquentes à la recherche de colite pseudomembraneuse. Les spores de *Clostridium difficile* sont réputées moins sensibles aux agents désinfectants que les bactéries végétatives. Néanmoins de nombreuses études ont démontré l'activité sporicide de désinfectants utilisés en endoscopie vis-à-vis des spores de *Clostridium difficile*¹⁵. CP. Selinger¹⁶, à partir d'une étude sur 287 paires de cas-témoins, suggère que le risque de développer une ICD augmente dans les 60 premiers jours après une endoscopie.

L'avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) validé par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) le 19/01/2007, concernant la désinfection des endoscopes vis-à-vis de *Clostridium difficile*, recommande de ne pas modifier le niveau de désinfection intermédiaire pour ce germe, de rappeler l'importance du double nettoyage lors de la procédure, de s'assurer de l'application des recommandations et de faire appel, le cas échéant, à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) pour toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre des recommandations spécifiques, mais également des précautions «standard» et «contact».

Endoscopie et bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergentes

Les bactéries multirésistantes (BMR) sont un traceur de transmission croisée via les endoscopes, occasionnant des épidémies d'infections/colonisations, dont la littérature est riche : *Acinetobacter*

⁹ Holodniy M, Oda G, Schirmer PL, et al. Results from a large-scale epidemiologic look-back investigation of improperly reprocessed endoscopy equipment. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012;33(7):649-56.

¹⁰ Rutala WA, Weber DJ. New developments in reprocessing semicritical items. *Am J Infect Control* 2013;41(5 Suppl):S60-6.

¹¹ Lot F, Desenclos J-C. Epidémiologie de la transmission soignant soigné. *HygieneS* 2003 ; XI : 96-100.

¹² Spach DH, Silverstein FE, Stamm WE. Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. *Ann Intern Med* 1993;118(2):117-28.

¹³ Petignat C, Dumas CL, Attinger M. Risque de transmission d'infections lors d'un examen endoscopique. *SSSH, forum3*, 2008.

¹⁴ Kovaleva J, Peters FT, van der Mei HC, Degener JE. Transmission of infection by flexible gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. *Clin Microbiol Rev* 2013;26(2):231-54.

¹⁵ Rutala WA, Weber DJ, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. 2008.

¹⁶ Selinger CP, Greer S, Sutton CJ. Is gastrointestinal endoscopy a risk factor for *Clostridium difficile* associated diarrhea? *Am J Infect Control* 2010;38(7):581-2.

baumannii MR et bronchoscopes¹⁷; *Enterobacter cloacae* résistant à l'ertapénème et urétroscopes¹⁸. Concernant les bactéries hautement résistantes émergentes (BHR), de nombreuses épidémies d'infections/colonisations à Klebsielles productrices de carbapénémases (KPC) ont été décrites en lien avec l'endoscopie digestive. P. Gastmeier, dans une revue de la littérature¹⁹, décrit 9 épidémies de *Klebsiella spp* publiées depuis 1988. Six publications incriminent l'utilisation de duodénoscopes, (dont un épisode en France²⁰), deux des bronchoscopes et une des endoscopes urologiques. Depuis cette revue, d'autres épidémies de KPC, impliquant des duodénoscopes, ont été décrites²¹. L'usage des duodénoscopes apparaît comme à haut risque (1) d'infection, en raison du caractère invasif du geste (cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique ou CPRE) et (2) de transmission croisée de bactéries du tube digestif, en rapport avec un défaut de la procédure d'entretien dont l'origine peut être multifactorielle.

Endoscopie et agents transmissibles non conventionnels (ATNC)

Les actes d'endoscopie à risque vis-à-vis des ATNC sont, pour tous les patients, ceux d'ORL touchant la muqueuse olfactive, c'est-à-dire celle proche de la lame criblée de l'éthmoïde, considérée comme tissu à haute infectiosité et concernée par quelques actes de chirurgie ORL, maxillo-faciale et neurochirurgicale. Les actes d'endoscopie passant par le carrefour aérodigestif ou par voie rectale (formations lymphoïdes organisées) sont à risque, uniquement pour les patients atteints ou suspects de la forme variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (v-MCJ).

Le risque de transmission de la v-MCJ par l'endoscopie est extrêmement faible, aucun cas de forme variante n'ayant été décrit en France depuis 2014, comme le confirme les données épidémiologiques issues de l'InVS (www.invs.sante.fr) : 27 cas de v-MCJ certains ou probables en France, tous décédés ; avant dernier cas en 2013 et dernier cas en 2014 ; aucun cas entre 2009 et 2013.

Comme l'indiquent l'instruction DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 et la foire aux questions (FAQ) de juillet 2012, relatives à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission des ATNC lors des actes invasifs, la procédure de traitement des endoscopes reste inchangée en routine pour tout examen pratiqué chez un patient ni suspect, ni atteint d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST) et si l'examen ne concerne pas la muqueuse olfactive. Une étape d'inactivation de l'endoscope (et des DM concernés) n'est à réaliser que si l'acte concerne un tissu à haute infectiosité (cf. supra) ou s'il est pratiqué sciemment auprès d'un patient suspect ou atteint d'EST ; dans ce dernier cas, l'endoscope est ensuite séquestré en attente du résultat de l'autopsie.

L'instruction précise la conduite à tenir en cas de patient identifié suspect ou atteint d'EST après un acte d'endoscopie : il faut vérifier que le patient n'était ni suspect ni atteint au moment de l'acte, que la procédure conventionnelle de traitement de l'endoscope (inactivation si nécessaire, double nettoyage et désinfection) avait bien été mise en œuvre et que le laveur-désinfecteur d'endoscope (LDE) ne recycle pas les produits. Si ces conditions sont remplies, aucune autre action n'est nécessaire.

Il est de la responsabilité des praticiens qui ont la charge du patient et de l'acte de préciser le statut de risque du patient avant la réalisation de l'acte.

¹⁷ Yukun Xia, CuiLing Lu, Jingya Zhao et al. Bronchofiberscopy-associated outbreak of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in an intensive care unit in Beijing, China. BMC Infect Dis 2012;12:335.

¹⁸ Chang CL, Su LH, Lu CM, Tai FT, Huang YC, Chang KK. Outbreak of ertapenem-resistant *Enterobacter cloacae* urinary tract infections due to a contaminated ureteroscope. J Hosp Infect 2013;85(2):118-24.

¹⁹ Gastmeier P, Vonberg RP. *Klebsiella spp.* in endoscopy-associated infections: we may only be seeing the tip of the iceberg. Infection 2014;42(1):15-21.

²⁰ Carbonne A, Thiolet JM, Fournier S et al. Control of a multi-hospital outbreak of KPC-producing *Klebsiella pneumoniae* type 2 in France, September to October 2009. Euro Surveill 2010;15(48).

²¹ Frias M, Tsai V, Avellan J et al. New Delhi Metallo-β-Lactamase—Producing *Escherichia coli* Associated with Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography — Illinois, 2013. MMWR / January 3, 2014 / Vol. 62 / Nos. 51 & 52, 1051.

Annexe 7 Instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples
thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins (Fiche 17)

Fiche 17 - Matériorvigilance

La matériorvigilance s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.

La matériorvigilance a pour objectif d'éviter que ne se (re)produisent des incidents et risques d'incidents graves (définis à l'article L.5212-2) mettant en cause des dispositifs médicaux, en prenant les mesures préventives et/ou correctives appropriées. Elle comporte le signalement, l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention.

Au niveau national, c'est l'ANSM qui reçoit les signalements. Pour mener à bien ses missions, l'ANSM est en contact avec :

- les correspondants locaux de matériorvigilance des établissements de santé ;
- les fabricants ;
- quiconque ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident : les utilisateurs et les tiers.

Les incidents ou risques d'incidents «mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers» doivent obligatoirement, et sans délai, être signalés à l'ANSM (articles L. 5212-2 et R. 5212-14 du Code de la santé publique).

L'article R5212-15 du code précité dispose que « *donnent lieu facultativement à un signalement les incidents suivants :...3° Tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical ; 4° Toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance. »*

Le formulaire de déclaration peut être téléchargé à partir du site Internet de l'ANSM

Il faut noter que les désinfectants des endoscopes sont des dispositifs médicaux de classe IIb et sont ainsi soumis aux mêmes obligations de déclaration de matériorvigilance que les dispositifs médicaux qu'ils sont destinés à désinfecter.

Annexe 8 Trame du questionnaire

QUESTIONNAIRE

Consigne : cochez la case correspondante

1. Travaillez-vous à temps plein en endoscopie ?

Oui

Non

Si non : Etes-vous à temps partiel exclusivement en endoscopie ?

Oui

Non

Si non : Avec quel service, êtes-vous partagé ?.....

2. Travaillez-vous seul(e) en salle d'endoscopie ?

Oui

Non

Si non : combien êtes-vous en salle ?

3. Si vous travaillez à plusieurs en salle, est-ce qu'il y a un temps de transmissions identifié ?

Oui

Non

4. Dans votre service, existe-il un outil de transmissions ?

Oui

Non

Si oui : Quel support utilisez-vous ?

- Cahier
- Feuille manuscrite
- Informatique
- Autre :

5. Vous parait-il important de connaitre ces problématiques avant de débiter votre poste ? (Classement par ordre de préférence)

<u>Problématiques liées à</u>	Fonctionnement de la salle de décontamination	Fonctionnement de la salle d'examen	Matériel d'endo thérapie	La programmation de l'activité endoscopique
<u>Classement</u>				

Autre problématique :

.....

.....

.....

6. Est-ce qu'il vous semble important d'avoir un support de transmission ?

Oui

Non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

Annexe 9 Résultats du questionnaire en ligne

10/05/2021

Transmissions entre les équipes en endoscopie - Google Forms



Transmissions entre les équipes en endoscopie

Questions Réponses 38

38 réponses



Les réponses ne sont plus acceptées



Message pour les personnes interrogées

Il n'est plus possible de saisir de réponses dans ce formulaire.

Résumé

Question

Individuel

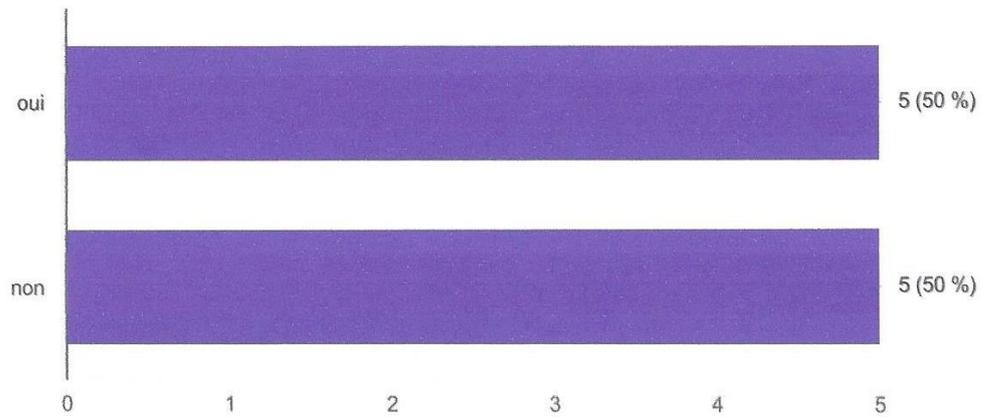
Travaillez-vous à temps plein en endoscopie?

38 réponses



Si non, êtes-vous à temps partiel EXCLUSIVEMENT en endoscopie ?

10 réponses



Si non, avec quel service êtes-vous partagé ?

4 réponses

Chirurgie ambulatoire

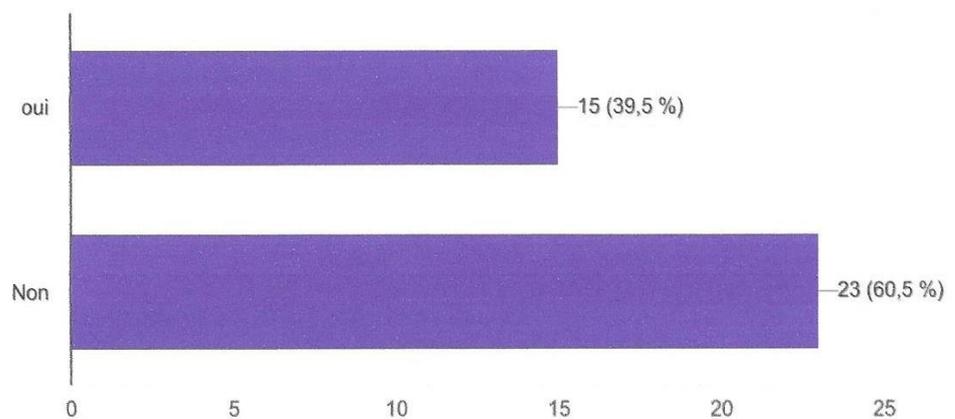
Consultation pneumo

Consultation

Bloc

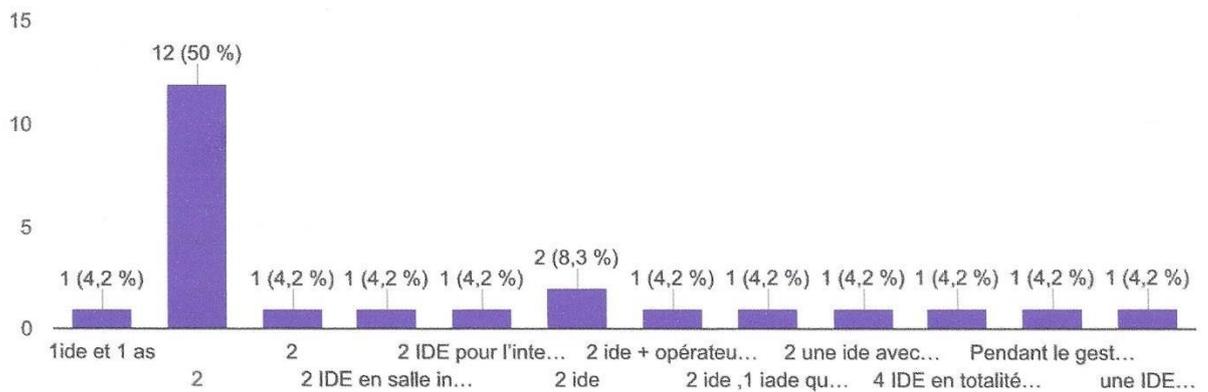
Travaillez-vous seul(e) en salle d'endoscopie ?

38 réponses



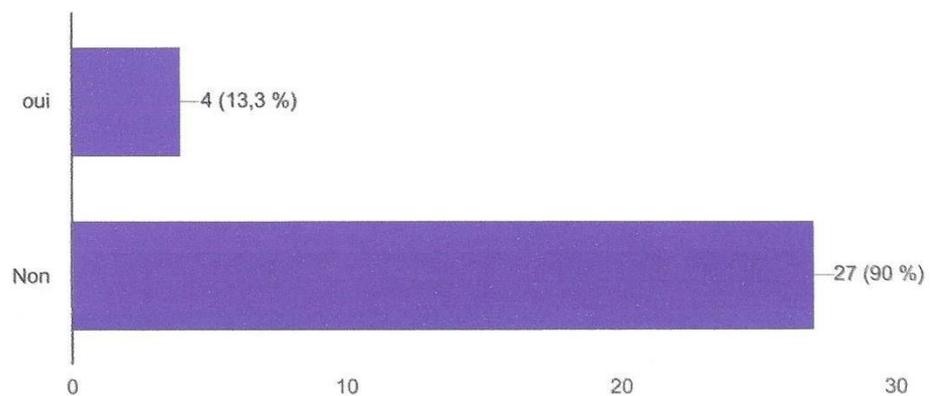
Si non, combien êtes-vous en salle ?

24 réponses



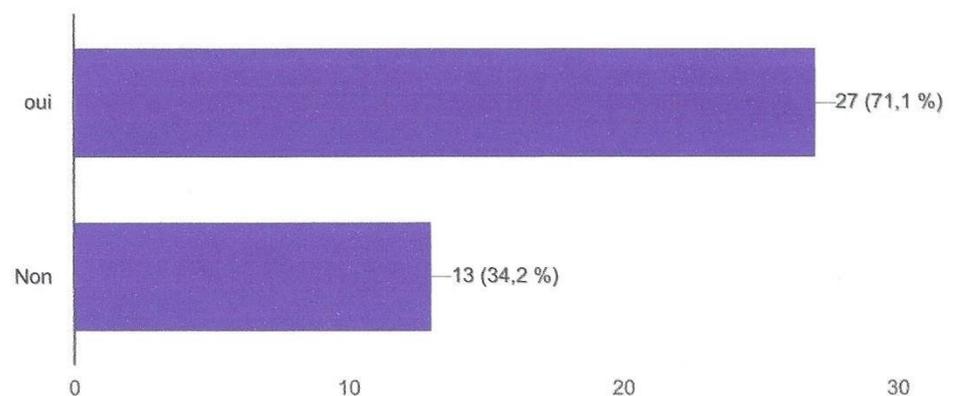
Si vous travaillez à plusieurs en salle, est-ce qu'il y a un temps de transmissions identifié ?

30 réponses



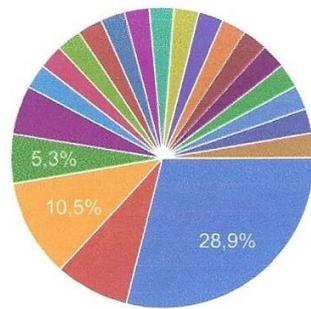
Dans votre service, existe-il un outil de transmissions ?

38 réponses



Si oui, quel support utilisez-vous ?

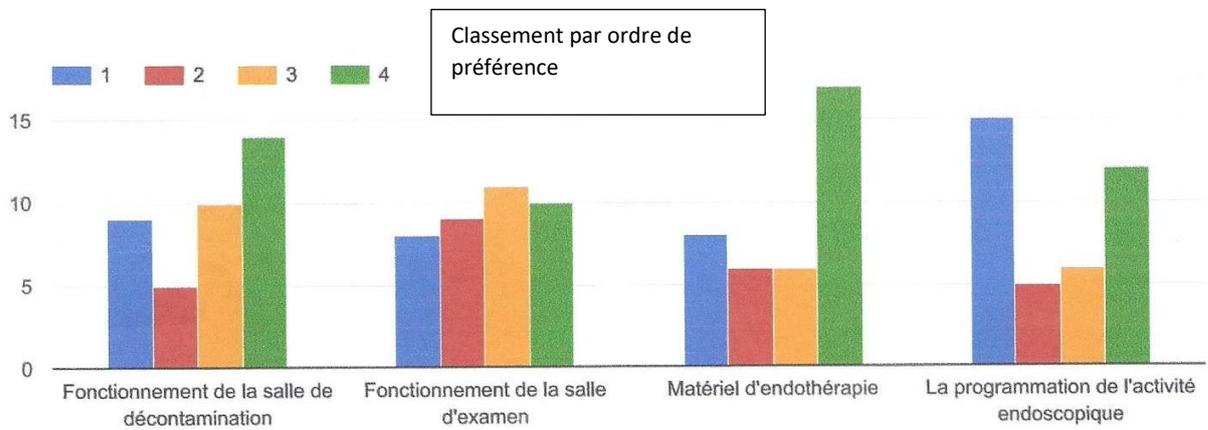
38 réponses



- Cahier
- Feuille manuscrite
- informatique
- Tableau
- Grand tableau blanc
- transmission orale
- Plusieurs tableaux veleda
- Tableau blanc ou post it pour informer...

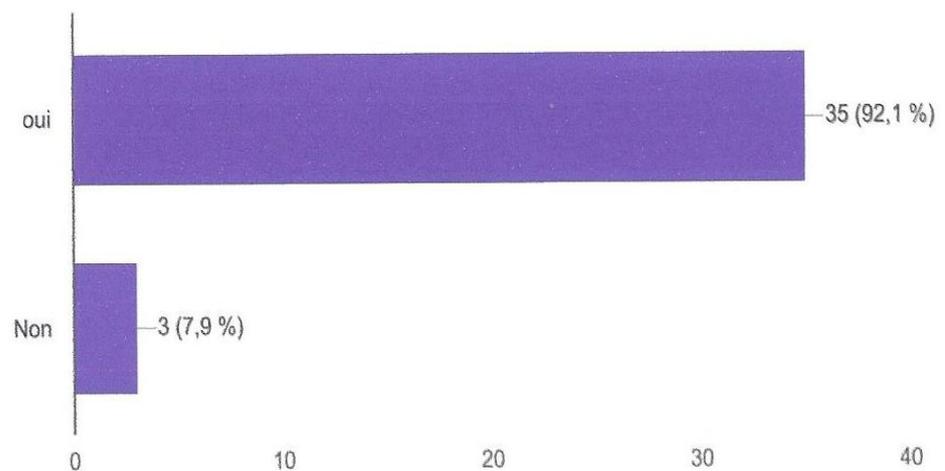
1/3 ▼

Vous parait-il important de connaître ces problématiques avant de débiter votre poste ?



Est-ce qu'il vous semble important d'avoir un support de transmission ?

38 réponses



Résumé

Actuellement, la place des transmissions dans notre rôle infirmier est cruciale. Cette phase de transmissions est importante dans l'articulation entre les différents acteurs de soins autour du patient et elle intervient aussi dans l'organisation des soins.

Etant donné la spécificité du secteur d'endoscopie, les difficultés dans les transmissions des informations pourraient être différentes si l'équipe est professionnellement récente, si l'équipe quotidienne est polyvalente ou restreinte. L'évolution permanente des techniques en endoscopie requiert une adaptation des équipes professionnelles.

J'émet l'hypothèse suivante :

Les transmissions ou la communication des informations entre les professionnels à quotité de temps de travail différent jouent un rôle essentiel dans la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique.

Je propose de réaliser une étude permettant de comprendre l'importance des transmissions autour de l'acte endoscopique. L'objectif étant de réaliser un outil de transmissions écrit synthétique et hiérarchisé, voire dans un second temps, un outil de transmissions numérique. Mon travail de recherche repose sur l'analyse croisée des questionnaires diffusés auprès des équipes du service d'endoscopie digestive et du service d'endoscopie bronchique du Centre Hospitalier d'Angoulême où j'exerce, ainsi qu'auprès des diplômés DIU infirmier en endoscopie.

Cette étude m'a permis de comprendre que l'importance et la pertinence des transmissions rendront un travail d'équipe de qualité, facilitant également une cohésion d'équipe.

Une transmission argumentée, tracée est le reflet de la qualité et de la sécurité des soins.

Mots clés : Transmissions, Sécurité, Qualité, Communication, Outil, Equipe