DIU Infirmier en Endoscopie

« Une endoscopie en urgence »

Accompagner les nouveaux professionnels

dans la prise en charge des urgences endoscopiques

Chrystel GROLLIER

Année universitaire 2021 / 2022

Guidant : Alexandra MOLLON, attachée de recherche clinique du GHND

Directeur de mémoire : Fanny DURAND, coordonnatrice du DIU

Remerciements

Je voudrais remercier très sincèrement les personnes qui ont contribué à ce mémoire ainsi que toutes celles qui m'ont soutenue au cours de cette année de formation.

Aux intervenants du DIU « infirmier en endoscopie » pour leurs apports qui seront très utiles dans ma pratique quotidienne et tout particulièrement à Fanny Durand pour son soutien permanent.

A Alexandra Mollon, attachée de recherche clinique du GHND, pour son écoute et ses conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion tout au long de ce mémoire.

A l'ensemble de l'équipe médicale et para médicale de l'unité d'endoscopie du CHPO pour leurs encouragements et leur réconfort dans les moments de doute.
A Corinne Sauquet, cadre de santé du bloc opératoire et de l'unité d'endoscopie, pour la relecture de ce travail.

A toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A ma fille et à mon mari pour leur patience et leur soutien inconditionnel.

SOMMAIRE

Glossaire....2

Introduction....3

I. Constat de départ....4

II. Phase Exploratoire et Cadre Conceptuel....5

II.1. La formation des infirmiers exerçant en endoscopie....5

II.1.1. L'infirmier Diplômé d'Etat en Soins Généraux....5

II.1.2. L'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat....6

II.1.3. L'infirmier « Expert en Endoscopie »....7

II.1.4. Le tutorat en endoscopie....8

II.2. La permanence des soins....10

II.3. L'endoscopie au Centre Hospitalier Pierre Oudot....12

II.3.1. L'organisation de l'endoscopie au CHPO....12

II.3.2. L'endoscopie et la démarche qualité au CHPO....14

II.4. Les enjeux de la formation en endoscopie....15

III. Hypothèse et Méthodologie de recherche....16

III.1. Hypothèse de recherche....16

III.2. Méthodologie....17

IV. Analyse des Résultats....19

IV.1. Contexte général....19

IV.2. Dispositif de formation / intégration....20

IV.3. L'astreinte et l'urgence endoscopique....21

IV.4. Les axes d'amélioration possibles....23

Conclusion....26

Références bibliographiques....27

Annexes....29

GLOSSAIRE

CHPO	Centre Hospitalier Pierre Oudot (Bourgoin Jallieu, 38)
CNPHGE	Conseil National Professionnel d'Hépato-Gastro Entérologie
CPRE	Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique
CREX	Comité Retour d'EXpérience
DIU	Diplôme Inter Universitaire
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy
GHND	Groupement Hospitalier Nord Dauphiné (groupement hospitalier de territoire comprenant le CHPO)
GIFE	Groupement Infirmier Pour la Formation en Endoscopie
HAS	Haute Autorité de Santé
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFPS	Institut de Formation aux Professions de Santé
ONI	Ordre National Infirmier
SFED	Société Française d'Endoscopie Digestive

Remarque

Le terme « infirmière » sera utilisé préférentiellement tout au long de ce mémoire, mais il englobe les genres féminin et masculin.

INTRODUCTION

Endoscopie … Le nom de cette discipline médicale trop longtemps méconnue est issu de deux termes grecs : « endon » (signifiant à l'intérieur) et « skopein » (signifiant regarder). L'endoscopie est un procédé médical qui permet d'explorer l'intérieur de cavités ou de conduits inaccessibles à l'œil à l'aide d'un tube optique lumineux.

Au cours de ces quinze dernières années, l'endoscopie a connu un développement rapide et constant en France avec l'apparition de nouvelles techniques : kystogastrostomie écho guidée, dissection sous muqueuse, POEM (myotomie perorale endoscopique) … l'expertise des CHU français dans ces différents domaines est aujourd'hui internationalement reconnue.

Ces procédures représentent un avantage certain pour le patient ; l'absence d'incision réduit les risques d'infection et favorise une diminution de la douleur comme du temps de récupération.
Ces techniques, toujours plus innovantes, mettent en jeu des appareils complexes et des matériels très diversifiés. Elles demandent aux praticiens, mais également à leurs aides opératoires, adaptation, rigueur et dextérité. On peut parler d'hyperspécialisation dans un domaine en constante évolution.

L'endoscopie permet également d'intervenir rapidement dans certaines situations d'urgence : hémorragie digestive, corps étranger, angiocholite, … Afin d'assurer la permanence des soins et de garantir aux patients une prise en charge optimale et sécurisée 24 heures/24 et 7 jours/7, des astreintes peuvent être mises en place dans les établissements hospitaliers.

On comprend donc l'importance et la nécessité d'une formation spécifique à l'endoscopie. Si les médecins spécialistes (hépato-gastro-entérologues) abordent l'endoscopie au cours de leur cursus, il n'en va pas de même pour les infirmières qui bénéficient encore aujourd'hui uniquement d'une formation « de terrain » assurée par leurs pairs.

Pour introduire mon travail, j'exposerai mon constat de départ et mon questionnement. J'aborderai ensuite les aspects liés à la formation des infirmières exerçant en endoscopie, à leurs compétences, puis à la gestion des endoscopies en urgence.
Enfin, je préciserai mon hypothèse de recherche et je décrirai la méthode envisagée pour la vérifier.

I. CONSTAT DE DÉPART

J'exerce en endoscopie digestive et bronchique sur le Centre Hospitalier Pierre Oudot (CHPO) de Bourgoin- Jallieu depuis 2011. Les infirmières affectées dans ce service effectuent des astreintes depuis octobre 2016.

Dans le cadre de notre processus d'intégration d'un nouvel agent, j'ai eu l'occasion de participer à la formation de sept nouvelles infirmières. J'ai pu constater que la gestion des urgences lors d'une astreinte, en totale autonomie, est un important facteur de stress pour les infirmières nouvellement formées, qu'elles soient affectées en endoscopie ou du pool de remplacement. La peur de ne pas être en capacité d'assurer un geste technique est toujours présente.

Cette situation redoutée s'est produite en juin 2021. L'astreinte de week-end du 26 juin 2021 est réalisée par un médecin senior et une infirmière du pool formée à l'endoscopie depuis 8 mois.

Le gastro-entérologue d'astreinte est appelé au cours de la nuit pour prendre en charge un choc hémorragique (hématémèse massive) chez un patient cirrhotique. L'équipe intervient dans le service de réanimation pour une gastroscopie d'hémostase.

L'état de choc persiste. L'équipe est rappelée le lendemain pour ce patient. Un volumineux caillot couvre l'œsophage. Celui-ci est enlevé, une sonde de Blakemore doit être mise en place.

L'infirmière du pool n'a jamais réalisé ni vu ce geste ; elle ne connaît donc pas la procédure. Face à l'urgence de la situation, elle fait appel à une collègue qui, bien que n'étant pas d'astreinte, la rejoint rapidement pour effectuer le geste. Une stabilité hémodynamique est obtenue après hémostase par la sonde de Blakemore.

La famille du patient informe l'équipe de réanimation que celui-ci a fait des directives anticipées et ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique. Des traitements de confort sont mis en place ; le patient décède le 28 juin 2021.

Ainsi se pose la question de la formation d'un nouvel agent intégrant l'unité d'endoscopie et devant prendre des astreintes. Cette infirmière a été formée et pourtant elle s'est retrouvée en difficulté devant une situation d'urgence.

Cette situation a engendré un véritable sentiment d'échec car :

- une collègue s'est retrouvée en difficulté et a mal vécu la situation.
- des lacunes ont été mises en évidence dans un processus de formation qui nous semblait adapté.
- j'aime transmettre et étant une « ancienne » je suis personnellement très impliquée dans la formation des nouveaux arrivants.

Ce constat m'a donc amenée à formuler la question de départ suivante : **Quels moyens, complémentaires à la formation par ses pairs, pourrait-on mettre en place pour accompagner une nouvelle infirmière devant assurer des astreintes en endoscopie digestive ?**

II. PHASE EXPLORATOIRE ET CADRE CONCEPTUEL

II.1. La formation des infirmiers exerçant en endoscopie

II.1.1. L'infirmier Diplômé d'Etat en Soins Généraux

La profession d'infirmière est régie par le Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique qui décline les compétences infirmières dans une liste d'actes.

L'Arrêté du 31 juillet 2009 (modifié par l'Arrêté du 13 décembre 2018) relatif au diplôme d'Etat d'infirmier définit un référentiel d'activités et de compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels.

L'endoscopie n'est pas (ou peu) abordée dans les différentes unités d'enseignements (UE) définies par ce texte.

> **Nota** : Depuis 2016, deux infirmières d'endoscopie du CHPO interviennent à l'IFPS de Bourgoin-Jallieu dans le cadre de l'UE 4.4 S5 « thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ». Cette intervention de deux heures est dédiée à la bronchoscopie diagnostique (préparation, déroulement du soin et surveillance infirmière).

L'infirmier en soins généraux peut être considéré comme un infirmier « polyvalent » de part sa capacité à exercer dans des services variés. Ses compétences se développent et évoluent en fonction des postes et des responsabilités exercées, des possibilités de formation …

Différentes voies de spécialisation sont ouvertes aux infirmières : infirmière puéricultrice diplômée d'État (IPDE), infirmière anesthésiste diplômée d'Etat (IADE), infirmière de bloc opératoire diplômée d'État (IBODE) et, depuis 2018, infirmière en pratique avancée (IPA).
Il est également possible d'évoluer vers des missions d'encadrement dans un secteur d'activité de soins ou en tant que formateur dans un IFPS. Pour cela, une formation de cadre de santé est nécessaire.

Les infirmières exerçant en endoscopie ne sont donc pas à ce jour considérées comme des infirmières spécialisées mais bel et bien comme des infirmières en soins généraux ; elles n'ont aucune reconnaissance officielle.

II.1.2. L'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

L'article R 4311-11 de la Santé Publique précise que l'infirmier de bloc opératoire « *est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique* ». Ces secteurs incluent l'endoscopie, bien que les futures IBODE n'effectuent au cours de leur cursus qu'une semaine de stage dans ce domaine [1].

L'alinea 1 de cet article, relatif aux actes exclusifs IBODE, pouvait laisser penser que les actes d'hémostase effectués en endoscopie entreraient dans le cadre de l'exclusivité et ne pourraient donc plus être effectués que par les seules IBODE.

Le Préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes a précisé que l'exclusivité IBODE au 1er janvier 2020 ne concerne que les actes en cours d'intervention chirurgicale, en présence d'un chirurgien. Considérant que l'endoscopie n'est pas une discipline chirurgicale, il a permis aux infirmières exerçant dans ce domaine de poursuivre leur activité sans attestation [2].

II.1.3. L'infirmier « Expert en Endoscopie »

Certains infirmiers ont développé le statut d'expert. L'infirmier expert est celui *« qui centre ses compétences autour d'une pathologie, d'un segment d'activités ou d'une technique précise. Il peut se trouver dans des fonctions spécifiques comme la stomathérapie, l'éducation des personnes relevant d'une pathologie précise, l'**endoscopie …*** » [3] .

L'Ordre National des Infirmiers, confirme ce point de vue. Il définit l'infirmier expert en endoscopie comme étant celui qui « *réalise les soins infirmiers et organise les activités en salle d'endoscopie diagnostique et interventionnelle visant au bon déroulement de l'acte endoscopique et à l'accompagnement du patient* » [4]. Selon l'Ordre, 2 mois de pratique sont nécessaires à l'apprentissage, 12 à 18 mois sont nécessaires à l'acquisition de toutes les compétences mais 24 mois sont nécessaires pour atteindre l'expertise.

Le maintien de cette expertise permet de garantir la qualité des soins dispensés et la sécurité du patient. Il est donc du devoir de l'infirmière d'actualiser mais également de perfectionner ses compétences par le biais de la formation et par une pratique régulière [5].

La Société Française d'Endoscopie Digestive utilise quant à elle le terme « d'aide - endoscopiste ». Elle précise dans différentes publications [6][7] que cet aide doit avoir bénéficié d'une formation initiale lui permettant :

- de valider les compétences nécessaire à son exercice en endoscopie,
- de maîtriser les différentes techniques utilisées dans cette discipline.

Ces compétences spécifiques doivent être maintenues par une pratique régulière, consolidées et approfondies par des actions de formation continue. L'aide - endoscopiste doit être en mesure de s'adapter aux évolutions de la discipline.

De plus, afin d'assurer la gestion des risques et la sécurité des soins en endoscopie, une démarche qualité et sécurité des soins doit être mise en place. Parmi les éléments clefs de cette démarche figurent la formation des nouveaux arrivants, permanents ou non, et le maintien des compétences [8].

L'infirmier exerçant en endoscopie doit donc être considéré comme un « expert » dans son domaine. Mais qu'en est- il de sa formation ? Comment peut-il acquérir cette expertise ?

L'infirmier expert « *a souvent obtenu un diplôme de type DU ou DIU, ou a suivi une formation professionnelle complémentaire. ... Il n'y a pas de reconnaissance au sens statutaire du terme, mais une reconnaissance au sens de l'utilisation des compétences dans l'institution* » [3].
Depuis 2016 et la création du DIU « infirmier en endoscopie », il est possible pour un infirmier exerçant en endoscopie de faire reconnaître et valider ses compétences.

A l'heure actuelle, il n'est pas obligatoire d'être titulaire du DIU pour exercer dans une unité d'endoscopie. La formation des nouveaux infirmiers affectés dans ce secteur se fait par le biais du tutorat par des collègues plus expérimentés, l'accueil et l'encadrement des nouveaux professionnels faisant partie intégrante de notre métier [9][10].

L'expertise de l'infirmière d'endoscopie peut être maintenue, adaptée et approfondie par des actions de formation pouvant s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Elle peut participer à des sessions de formation organisées par le GIFE [11] :

- Sessions de formation pendant les Journées Francophones d'Hépato-gastro-entérologie et d'Oncologie Digestive (JFHOD) ou le congrès médical Vidéo Digest …
- Semaine de formation en endoscopie digestive et thoracique.

Dans le cadre des Universités d'Endoscopie et d'Hépato-Gastro-Entérologie (organisées par l'Institut de Formation et de Recherche en Endoscopie Digestive de Limoges), une formation spécifique destinée aux infirmières d'endoscopie permet l'apprentissage et le perfectionnement sur un modèle animal (mise en situation sur organes préparés) [11].

Il est également possible pour l'infirmière d'endoscopie d'améliorer ses pratiques en travaillant sur des thématiques plus spécifiques, comme par exemple, la maîtrise du risque infectieux lors de l'entretien du matériel d'endoscopie [12].

II.1.4. Le tutorat en endoscopie

La formation initiale des infirmiers n'aborde pas l'endoscopie et le DIU « infirmier en endoscopie » n'est pas obligatoire pour exercer dans ce secteur d'activité. La transmission de nos savoirs se fait donc par le biais du tutorat.

De manière générale, le tutorat peut se définir comme une relation d'aide qui s'établit entre deux personnes dans une situation professionnelle formative. Un professionnel et un apprenant, à la découverte d'un métier, se rencontrent dans un environnement de travail [13].

Le tutorat dans le domaine de la santé peut être qualifié de « tutorat de pairs ». L'application du nouveau référentiel de formation infirmière dans les unités de soins a contribué à la diffusion de cette notion de tutorat ; il s'agit de transférer à l'apprenant des savoirs faire et des connaissances qui lui permettront, à terme, d'être autonome.

L'apprentissage se doit donc d'être individualisé, théorique autant que pratique. On peut parler de « formation – action » dans laquelle l'apprenant est l'acteur central. Il doit pouvoir « *appliquer ses connaissances théoriques sur le terrain par des actions répétées, des erreurs rectifiées, des pratiques stabilisées en situation réelle* » [14] .

L'encadrement par les pairs, en favorisant les échanges et les raisonnements entre les collègues, facilite un apprentissage interactif et personnalisé, une intégration au sein de l'équipe et l'acquisition des compétences requises.

Mais qu'entend-on exactement par « compétences », notion importante que l'on retrouve dans les deux référentiels relatifs à la profession ?

- celui relatif au diplôme d'État infirmier (arrêté du 30 juillet 2009, annexe II) [9],
- celui relatif à l'infirmier exerçant en endoscopie (référentiel créé par le GIFE) [10] .

Le concept de compétence a été développé dans de nombreuses études. L'une des plus anciennes, la trilogie de Katz, défini la compétence comme un système intégré de savoirs au sens large [15]:

- le « savoir » (qui permet d'analyser et de comprendre),
- le « savoir-faire » (capacité, éprouvée par la pratique, à réaliser concrètement une tâche),
- le « savoir-être » (ou compétences comportementales).

Dans le traité des sciences et des techniques de la formation, nous trouvons la définition suivante : « *la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée* » [15].

Enfin, Guy le Boterf propose quant à lui une autre définition : une personne compétente est une personne « *qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, ressources émotionnelles ...) et ressources de réseaux (banques de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, etc.). Savoir agir avec pertinence, cela suppose d'être capable de réaliser un ensemble d'activités selon certains critères souhaitables* » [16].

Une compétence pourrait donc être vue comme un ensemble de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées et mesurables que l'on mobilise dans un contexte ou une situation donnée. Elle traduit notre capacité à agir de façon réfléchie, adaptée en mobilisant les ressources dont nous disposons en vue d'obtenir un résultat déterminé.

Le tuteur a donc un rôle prépondérant ; il est le garant de la transmission des savoirs et veille à l'acquisition des compétences requises par le poste. Le tuteur doit disposer d'une expertise technique reconnue ainsi que d'une expérience significative lui permettant de connaître parfaitement le fonctionnement du service et de l'établissement. Il est volontaire pour accompagner la nouvelle infirmière dans son processus d'apprentissage. Il doit faire preuve de pédagogie, être bienveillant et ouvert à la discussion [17].

II.2. La permanence des soins

En France, la permanence des soins peut se définir comme une organisation permettant [18] :

- de maintenir la continuité des soins,
- de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients.

Elle a pour but de garantir l'égalité de l'accès aux soins pour tous et la sécurité de ces soins.

L'article L1110-5 du Code de la Santé Publique stipule que « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* ».

Le code de la santé publique fait donc obligation aux établissements publics hospitaliers d'assurer la continuité des soins en toutes circonstances.

Cette continuité des soins peut prendre la forme d'une astreinte. Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, sans être sur son lieu de travail, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir si son établissement le lui demande [19].

Les astreintes d'endoscopie digestive peuvent se justifier par le fait que les pathologies digestives représentent l'un des premiers motif de passage aux urgences. Les hémorragies digestives sont la 1ére urgence digestive et nécessitent le plus souvent une endoscopie. Leur nombre est l'ordre de 7 000 cas par an (soit environ 20 cas par jour) avec une mortalité voisine de 10% (proche de celle de l'infarctus du myocarde) [20].

L'urgence endoscopique a été définie par la SFED comme étant « *une endoscopie à réaliser en dehors des heures ouvrables ou le week-end et les jours fériés, mais dans un délai de 12 heures* » [21].
Un acte endoscopique en urgence ne s'improvise pas ; il est fondamental pour la prise en charge du patient de maîtriser les techniques, de connaître les matériels à disposition. Le binôme médecin / aide - endoscopiste se doit d'être efficace. C'est pourquoi, les sociétés savantes françaises et européennes recommandent la présence d'une infirmière experte, préalablement formée aux gestes endoscopiques d'urgence, 24 heures/24 et 7 jours/7 [6] [22].

De même, la connaissance de l'organisation des soins en endoscopie 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 fait partie des compétences devant être maîtrisées par l'infirmière d'endoscopie (compétence n°2 du référentiel créé par le GIFE [10]).

Enfin, la démarche qualité et sécurité des soins en endoscopie doit intégrer différents éléments tels que la « *disponibilité des compétences et des effectifs du personnel médical et paramédical y compris en situation d'urgence* »[8].

De décembre 2017 à février 2018, la SFED a réalisé une enquête portant sur l'endoscopie en urgence en France [23] [24]. Celle-ci nous montre que, dans les établissements publics :

- l'organisation mise en place est l'astreinte réalisée par un médecin senior (77,7%) avec une aide opératoire, IDE ou IBODE, formée à l'endoscopie dans 62,3% des cas (et donc non formée dans 37,7 % des cas),

- le geste d'urgence est réalisé à parts égales sur le plateau technique d'endoscopie, au bloc opératoire ou en réanimation (il faut donc savoir d'adapter à des environnements différents),
- dans un délai inférieur à 24 heures, sous anesthésie générale le plus souvent.

Pour l'infirmière d'endoscopie, l'astreinte est la reconnaissance d'un savoir-faire spécifique ; elle met son expertise et sa capacité d'adaptation au service du patient. Mais l'astreinte peut également être un facteur de stress important si elle ne maîtrise pas toutes les techniques d'urgence.

II.3. L'endoscopie au Centre Hospitalier Pierre Oudot

II.3.1. L'organisation de l'endoscopie au CHPO

Le plateau technique d'endoscopie de l'hôpital de Bourgoin-Jallieu regroupe les domaines bronchique (examens diagnostiques uniquement), digestif et biliaire avec une activité interventionnelle de niveau 2. Les explorations fonctionnelles digestives sont également réalisées sur ce plateau. Nous effectuons en moyenne 3 400 examens/an toutes disciplines confondues.

L'équipe d'endoscopie du CHPO est composée :

- de 7 gastro-entérologues et 2 pneumologues,
- d'une cadre de santé (également cadre du bloc opératoire central)
- de 5 infirmières et 4 aides soignantes :
  - ✔ Les infirmières assurent les examens, sont formées à l'entretien des endoscopes et effectuent des astreintes (dans le domaine digestif) 24h/24, 7j/7.
  - ✔ Les aides soignantes assurent le traitement des endoscopes en horaire de journée, en semaine : elles n'effectuent pas d'astreinte. Elles gèrent tous les endoscopes souples de l'établissement.

Afin de pallier une éventuelle absence (arrêts, formations, …), une infirmière du pool de remplacement est formée à l'endoscopie selon le même schéma que les infirmières affectées exclusivement au service. Elle peut également être amenée à assurer des astreintes de nuit et de week-end. Afin de maintenir les compétences acquises et la dextérité, l'infirmière du pool est régulièrement présente dans l'unité.

Le processus de formation existe depuis 2017 mais il n'a été mis sous forme de procédure qu'en 2021 (annexe 1 - Formation et intégration d'un nouvel agent en endoscopie). Ceci afin de garantir une formation reproductible pour tout nouvel arrivant tout en restant personnalisable.

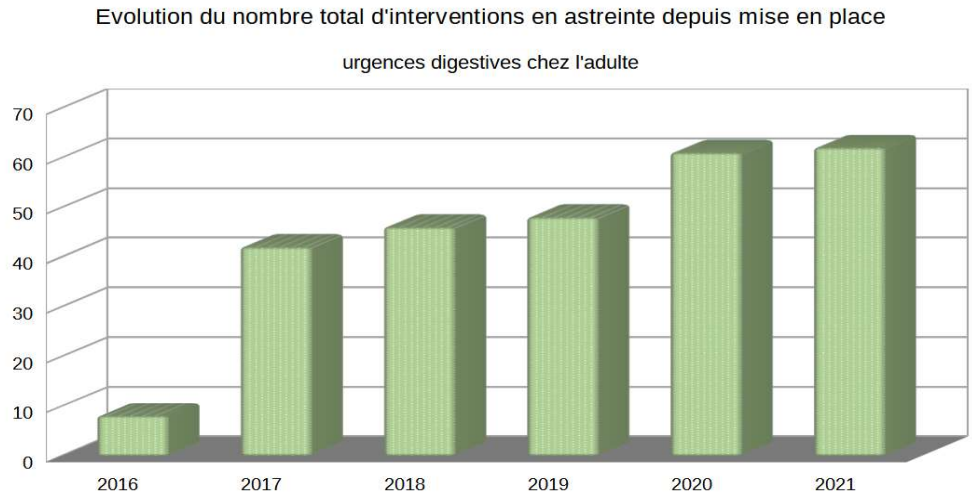
Elle comprend :

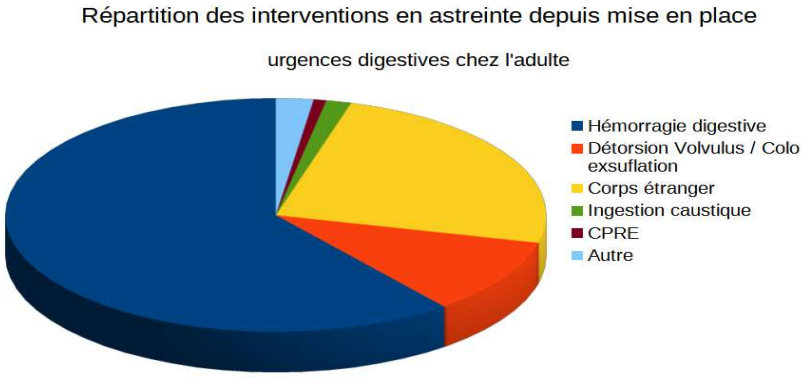
- 5 semaines de doublure à temps plein,
- 5 semaines dites d'intégration durant lesquelles la nouvelle recrue intègre le service et participe à l'ensemble des activités tout en poursuivant l'acquisition des connaissances et compétences spécifiques sans effectuer d'astreintes.

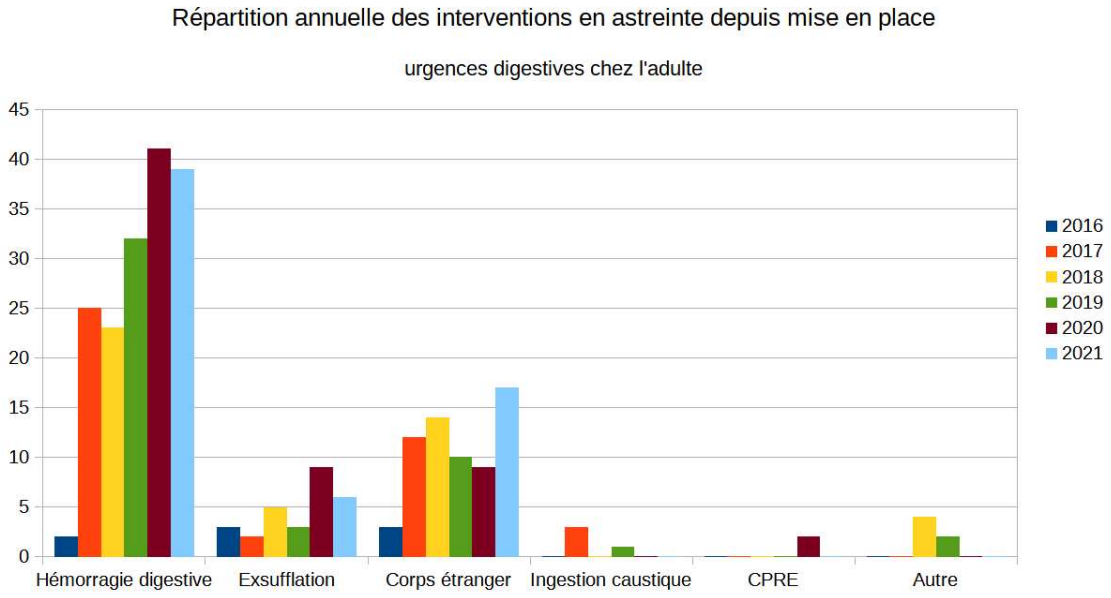
Un référent est désigné (sur la base du volontariat) pour coordonner la formation mais celle-ci ne doit pas reposer sur ce seul référent. La formation est assurée par l'ensemble de l'équipe paramédicale et chacun doit s'impliquer dans le processus de formation/intégration (diversification des apprentissages, création du « lien » avec l'ensemble des professionnels du service).

Depuis octobre 2016, des astreintes sont organisées pour les urgences digestives chez l'adulte (annexe 2 - Charte d'Organisation des astreintes d'endoscopie digestive adulte en urgence).

Les graphiques suivants montrent l'évolution et la nature des interventions réalisées en urgence depuis la mise en place de ces astreintes.







Nous constatons que :

- le nombre d'interventions en urgence a régulièrement augmenté pour se stabiliser ces deux dernières années autour de 60 interventions par an (soit environ **une intervention tous les 6 jours**).
- les interventions lors d'une astreinte concernent majoritairement les hémorragies digestives (60,67%). Suivent les extractions de corps étrangers (24,34%) et les exsufflations / détorsion de volvulus (10,49%).

II.3.2. L'endoscopie et la démarche qualité au CHPO

L'objectif stratégique de l'activité d'endoscopie est la satisfaction des attentes des patients en terme de qualité de prise en charge, de sécurité et de qualité des soins.

L'endoscopie fait partie des thématiques étudiées dans la rubrique « management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risques, critère 26.b : organisation de la prise en charge du patient en endoscopie » du manuel de certification V2014 de l'HAS [25].

Un groupe de travail interne a réalisé une cartographie des risques sur ce processus en 2016. Cette cartographie, mise à jour en 2018 dans le cadre de la certification V2014, a permis :

- d'identifier l'ensemble des risques liés au processus,
- de dégager les risques prioritaires (ceux-ci figurent dans le compte qualité de l'établissement).

En complément de l'analyse a priori des risques, la gestion des événements indésirables déclarés liés à l'endoscopie est intégrée au CREX du bloc opératoire.

L'endoscopie fait partie de la priorité 1 du chapitre 3 de la politique qualité gestion des risques 2019-2023 de l'établissement (annexe n°3 - Politique qualité et gestion des risques 2019 - 2023).

L'unité d'endoscopie du CHPO s'inscrit donc dans une dynamique institutionnelle d'amélioration continue et se prépare aux attentes de la Haute Autorité de Santé en vue de la certification V2020.

II.4. Les enjeux de la formation en endoscopie

L'endoscopie est un secteur d'activité dans lequel un niveau d'exigence élevé est attendu. Une démarche organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques doit permettre de garantir aux patients une prise en charge optimale et sécurisée 24 heures/24 et 7 jours/7.

La formation à l'endoscopie, discipline variée en plein essor, s'intègre dans cette démarche. Mais la formation demande un important investissement de la part de la nouvelle infirmière qui doit, dans un temps parfois relativement court :

- acquérir les compétences spécialisées lui permettant d'instrumenter des gestes de plus en plus complexes et de pouvoir faire face aux situations d'urgence,
- être en capacité de gérer des matériels (endoscopes et dispositifs médicaux) nombreux, diversifiés et coûteux,
- connaître et respecter la réglementation applicable à l'endoscopie notamment en terme d'hygiène ...

Entretenir et développer ses compétences et ses pratiques permettront à l'infirmière d'acquérir de l'expérience et de faire preuve d'adaptation et d'anticipation : en endoscopie, il n'y a jamais deux gestes semblables !

L'infirmière exerçant en endoscopie a donc une responsabilité réelle. Bien que n'ayant pas trouvé de jurisprudence mettant en cause une infirmière (ou une IBODE) en cas de complication d'un acte endoscopique, cette situation ne peut être exclue et pourrait un jour survenir.

Les enjeux sont importants pour le médecin endoscopiste également. De la bonne coordination médecin – infirmière dépend le succès et la sécurité de l'acte ; il doit pouvoir compter sur une aide-opératoire fiable et compétente. Rappelons que le médecin a l'obligation de « *veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours* » [26].

Pour faire face à toutes ces évolutions et aux enjeux, ne devrions-nous pas aller, comme le recommande la SFED [6][7], vers une formation spécifique et systématique (incluant la gestion des urgences) pour exercer en endoscopie ?

III. HYPOTHÈSE ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

III.1. Hypothèse de recherche

La mise en place d'un accompagnement spécifique à la prise en charge des urgences en endoscopie digestive chez l'adulte serait un gage de réussite pour une IDE affectée depuis moins de 24 mois dans une unité d'endoscopie et effectuant des astreintes. Cela permettrait :

- d'acquérir les compétences propres à l'endoscopie d'urgence,
- de diminuer le stress chez la nouvelle infirmière d'endoscopie.

III.2. Méthodologie

Investigateur	Chrystel Grollier, IDE endoscopie CHPO Bourgoin Jallieu.
Titre	**Une endoscopie en urgence** ou comment accompagner les nouveaux professionnels dans la prise en charge des urgences endoscopiques.
Justification & Contexte	L'endoscopie est une discipline de plus en plus technique et complexe. Une formation est nécessaire (mais pas obligatoire) pour exercer dans ce domaine. L'astreinte en endoscopie répond à une obligation (permanence des soins) et à un réel besoin (les hémorragies sont la 1ére urgence digestive et nécessitent le plus souvent une endoscopie). La réalisation d'un acte en urgence est un facteur de stress important pour une infirmière qui ne maîtrise pas ce geste. L'ONI considère qu'il faut 24 mois pour acquérir l'expertise en endoscopie. Un expert, quel que soit son domaine, doit avoir les ressources pour faire face à toutes les situations.
Hypothèse	Un accompagnement spécifique à la gestion des urgences en endoscopie digestive chez l'adulte serait un gage de réussite pour une IDE affectée depuis moins de 24 mois dans une unité d'endoscopie et effectuant des astreintes.
Objectif principal	Mettre en évidence la nécessité d'une formation à l'urgence endoscopique.
Objectifs secondaires	Identifier les attentes des nouvelles infirmières. Déterminer quels outils seraient à mettre en place dans le cadre d'une formation à l'urgence endoscopique.
Schéma de la recherche	Pré test. Retour d'expérience au moyen d'un questionnaire (annexe 4a) diffusé en mars 2022 auprès de professionnels exerçant en endoscopie.

Critères d'inclusion	Toute infirmière / IBO(DE) affecté(e) exclusivement ou non à une unité d'endoscopie et effectuant des astreintes dans le domaine digestif.
Critères de non inclusion	Infirmière en contrat de remplacement. Les urgences pédiatriques et bronchiques sont exclues de ce travail.
Traitements, Stratégies, Procédures de la recherche	Utilisation de l'échelle de Likert dans le questionnaire afin de quantifier objectivement le ressenti et le niveau de consensus sur des points spécifiques. Envoi d'un questionnaire à destination de toute IDE/IBO(DE) affecté(e) exclusivement ou non à une unité d'endoscopie et effectuant des astreintes dans le domaine digestif dans un triple objectif : • établir un « état des lieux », • identifier les éventuelles attentes des infirmières novices, • profiter du retour d'expérience de professionnels aguerris.
Critères de jugement	Réponses données précises. Faisabilité des actions proposées. Evaluation des connaissances théoriques et pratiques de l'infirmière novice après formation.
Retombées attendues	**A court terme** : • Conception de supports spécifiques à la gestion des urgences endoscopiques. • Mise en place d'une formation pratique avec l'implication des médecins. **A moyen terme** : Toute nouvelle infirmière affectée en endoscopie au CHPO aura reçu une formation à l'urgence avant de prendre seule une astreinte.

IV. ANALYSE DES RÉSULTATS

Afin de vérifier la pertinence de mon questionnaire, j'ai effectué un pré-test auprès de deux infirmières ayant exercé en endoscopie. Leurs réponses ne seront pas prises en compte dans l'analyse.

Le questionnaire « une endoscopie en urgence », réalisé à l'aide de Google Forms, a été diffusé du 09 mars au 31 mars 2022 auprès :

- des étudiants de la promotion 2021/2022 du DIU « infirmier en endoscopie »,
- des anciens étudiants de ce DIU,
- du Conseil d'Administration du GIFE.

49 questionnaires exploitables ont été retournés. Le nombre de retours obtenus ne permet pas de considérer l'enquête réalisée comme représentative. Celle – ci permettra toutefois d'illustrer le travail réalisé et de dégager des axes d'amélioration pour notre pratique (résultats présentés en annexe n°4b).

L'analyse reprendra les thèmes du questionnaire, à savoir :

- le contexte général (qui sont les infirmières ayant répondu au questionnaire),
- le dispositif de formation / intégration dont les professionnels ont bénéficié,
- l'astreinte et l'urgence endoscopique,
- les axes d'amélioration possibles.

IV.1. Contexte général

Les infirmières ayant répondu au questionnaire sont dans une large majorité des professionnelles expérimentées (c'est-à-dire ayant plus de 2 ans d'ancienneté), exerçant à titre exclusif dans une unité d'endoscopie.
Les professionnels exerçant depuis moins de 2 ans seront appelés « novices » dans la suite de l'analyse.

IV.2. Dispositif de formation / intégration

Les professionnels déclarent avoir bénéficié d'une formation spécifique à l'endoscopie lors de leur prise de fonction dans 74 % des cas ; 26 % n'auraient donc bénéficié d'aucune formation. Cette absence de formation est vécue comme préjudiciable par 75 % des infirmières concernées.
Si l'on compare ces chiffres à ceux présentés par la SFED suite à l'enquête réalisée en 2018 et portant sur l'endoscopie en urgence en France, il semble toutefois que le taux de professionnels formé soit en augmentation [23].
Le taux de formation chez les « novices », plus élevé que chez les professionnels expérimentés, semblerait confirmer cette hypothèse (83 % contre 74%).
Il persiste toutefois un écart avec les recommandations de la SFED préconisant la mise en place *d'« une équipe stable, dédiée à l'activité endoscopique et ayant une expertise validée par une formation initiale approfondie ...* » [7].

Si l'on détaille l'ensemble des réponses des professionnels n'ayant pas reçu de formation, il est étonnant de constater que près de la moitié d'entre elles parlent pourtant de compagnonnage (« *J'ai été formé sur le principe du compagnonnage. Et c'est que bien plus tard que j'ai eu des réponses à mes questions en passant mon DIU en endoscopie* », « *Pas de formation spécifique mais compagnonnage* »).
A mon sens, il serait intéressant de comprendre pourquoi le compagnonnage n'est pas perçu comme une véritable formation par ces professionnels (serait-ce parce qu'il s'agit d'un processus non formalisé, …) ?
Le questionnaire montre ses limites dans ce type de situation. Un entretien aurait permis de développer et de comprendre ces réponses.

Concernant les professionnels ayant bénéficié d'une formation, nous constatons :

- que l'urgence endoscopique fait l'objet d'une formation spécifique dans seulement 11 % des cas (et il s'agit exclusivement d'infirmières expérimentées).
- que la durée de la formation reste très variable et inférieure à 6 semaines dans une grande majorité des cas.

Concernant les infirmières novices, nous constatons que l'une d'entre elles n'a reçu aucune formation lors de sa prise de fonction et qu'aucune d'elles n'a bénéficié d'une formation spécifique à l'urgence. La durée de leur formation est principalement comprise entre 4 et 6 semaines.

Rappelons que selon l'ONI, 2 mois de pratique sont nécessaires à l'apprentissage, 12 à 18 mois pour acquérir toutes les compétences et 24 mois pour l'expertise [4].

L'évaluation de la formation, dans les domaines de la pratique et de la connaissance des situations d'urgence, n'est pas systématique tant chez les infirmières expérimentées que chez les novices. La grille de compétences pré établie reste le moyen d'évaluation privilégié.
Je pense qu'il serait souhaitable que le référentiel de compétences de l'infirmier expert en endoscopie créé par le GIFE serve de support à la construction de la grille d'évaluation. Cela pourrait permettre de créer une base commune d'apprentissage, quelque soit le lieu d'exercice du nouvel arrivant. [10].

Nous pouvons également constater qu'un tuteur n'est désigné que dans la moitié des cas chez les infirmières expérimentées. Ce ratio passe à 60 % chez les infirmières novices ce qui laisse à penser que cette pratique se développe. Ceci est positif car nous avons vu que le tuteur a un rôle prépondérant ; il est le garant du processus d'apprentissage et l'interlocuteur privilégié du nouvel arrivant.

Pourtant 57 % des professionnels formés ayant répondu au questionnaire estiment que la formation reçue lors de la prise de fonction est nécessaire et suffisante pour assurer l'ensemble de leurs missions. Cet avis est partagé par 80 % des infirmières novices.

Les professionnels ne partageant pas cette opinion mettent en avant la nécessité de la formation et estiment que sa durée est insuffisante compte-tenu de la diversité et de la technicité des actes à réaliser (« *Il m'a fallu un an de pratique pour me sentir complètement à l'aise sur l'endoscopie digestive et connaître le matériel* », « *Il y a tellement de matériel et de procédures différents certains moins fréquents que d'autres, que tout apprendre et retenir en 2 mois c'est pas possible* »).

IV.3. L'astreinte et l'urgence endoscopique

22 % des professionnels prennent des astreintes depuis moins de 2 ans. Ce chiffre diffère de celui des infirmières novices. Il est possible de penser que les astreintes ont été mises en place depuis peu dans des centres où exercent des professionnels expérimentés.

La doublure avant la première astreinte en autonomie n'est pas systématique et lorsqu'elle est mise en place, la durée est limitée à 1 ou 2 astreintes. Cette situation est comparable chez les professionnels expérimentés ou novices.

La majorité des infirmières expérimentées (43 %) effectuent entre 1 astreinte par semaine et 1 tous les 15 jours. La situation est plus hétérogène chez les novices.
Notons qu'il aurait été intéressant de coupler le nombre d'astreintes effectuées avec le nombre d'interventions effectuées sur ces astreintes.
L'enquête réalisée par la SFED en 2018 [24], précise cependant qu'en 2017, 5 actes par semaine étaient réalisés en moyenne (3 en semaine et 2 le week-end ou sur des jours fériés) ce qui est considéré comme une « *activité régulière importante* ». Cette activité nécessite donc d'avoir des aide - endoscopistes formés et aguerris.

Pourtant, 73 % des professionnels expérimentés et 84 % des novices estiment la formation reçue lors de la prise de fonction comme suffisante pour assurer des astreintes (notons que seules 2 personnes rappellent qu'elles n'ont pas reçu de formation).

L'analyse des réponses nous montre que les personnes ayant répondu « oui, tout à fait » :

- avaient déjà de l'expérience lorsque les astreintes ont été mises en place (« *Quand les astreintes ont été mises en place j'avais déjà beaucoup d'expérience* »),
- mettent en avant que dans leur centre, le temps nécessaire pour se sentir en confiance est laissé à la nouvelle infirmière (« *On commence les astreintes au bout de 3 ou 4 mois ou plus, selon les besoins d'accompagnement de l'IDE* »).

Certains professionnels évoquent l'évolution des pratiques et l'apparition de nouvelles techniques nécessitant des formations complémentaires.
La méconnaissance des protocoles et des gestes d'urgence non vus et / ou non réalisés au cours de la formation semble vécu comme un réel manque (« *Manque de connaissances sur les différents protocoles: risques, causes ... manque de pratiques sur certains gestes*. »).

Bien que la formation reçue soit jugée suffisante pour assurer des astreintes, 44 % des infirmières expérimentées et 83 % des novices se disent toujours ou occasionnellement stressées lors des astreintes.

L'analyse des réponses montre que le principal motif de stress invoqué est lié à la nature du geste à réaliser (« *Tout dépend du geste d'urgence que je fais avec le médecin, si c'est un geste réalisé régulièrement cela est moins stressant pour moi !* »).
La peur de ne pas savoir utiliser certains matériels (« *Peur de devoir utiliser un matériel peu utilisé en temps normal* »), de ne pas entendre le téléphone, d'être seule avec le médecin est également présente.

Les professionnels qui disent être rarement ou jamais stressés mettent en avant leur expérience (« *Cela fait 7 ans que je fais des astreintes avec des périodes où l'on faisait 8 à 9 astreintes par mois. Suis rodée* ») mais également la possibilité d'appeler ses collègues *(« Je me sens en confiance dans l'ensemble je sais que je peux appeler mes collègues* »).

De même, 40 % des infirmières expérimentées se sont retrouvées en difficulté au moins une fois lors d'une astreinte, principalement lors de gestes d'hémostase (40 %) ou lors de CPRE (35 %). Ce pourcentage passe à 67 % des infirmières novices interrogées qui se sont retrouvées en difficulté principalement lors de gestes d'hémostase (75 %).
Il est à noter que, comme dans mon constat de départ, une personne signale avoir été en difficulté lors de la pose d'une sonde de Blakemore.

IV.4. Les axes d'amélioration possibles

Ce chapitre reprend les axes d'amélioration proposés dans l'enquête (aucune autre proposition n'a été formulée par les personnes ayant participé).
Afin d'obtenir un classement plus pertinent, il aurait fallu demander aux participants de classer ces propositions de 1 à 10 par ordre d'importance.

Les propositions d'amélioration en lien avec le matériel et la connaissance de celui-ci semblent faire l'unanimité. Pour les professionnels interrogés, expérimentés comme novices, il est utile :

- d'avoir un chariot dédié aux urgences avec du matériel régulièrement contrôlé (date de péremption …),
- de pouvoir s'entraîner avec le matériel d'urgence.
- de se former avec les laboratoires pour les matériels spécifiques (poudre hémostatique, …).

Effectivement, la présence d'un chariot d'urgence adapté aux besoins permet d'éviter les oublis, de gagner du temps sur la préparation du matériel et par là même de limiter le stress et d'agir vite. Le chariot doit être organisé de façon logique, l'organisation devant faire l'objet d'un consensus au niveau de l'équipe afin que le contenu ne soit pas modifié. Il doit être régulièrement vérifié à l'aide d'une check-list (traçabilité écrite et archivée) [27].

La connaissance et la maîtrise technique des dispositifs utilisés en urgence sont primordiales. L'utilisation de ces dispositifs étant parfois peu fréquente, il est nécessaire de s'y préparer au mieux :

- en utilisant du matériel périmé conservé à cet effet,
- en faisant appel aux laboratoires commercialisant ces dispositifs pour mettre en place des formations régulières ...

Un classeur regroupant les différents protocoles d'urgence est perçu comme utile. Afin qu'il puisse être consulté « au besoin », il semble souhaitable que ce classeur soit joint au chariot d'urgence.
L'application mobile « l'ABCdaire de l'endoscopie digestive » n'a pas été évoquée. Composée de fiches techniques dont certaines relatives aux gestes d'urgence, cette application peut être complémentaire au classeur de protocoles.
Pouvoir visionner des procédures d'urgence filmées est considéré comme formateur ; cela permet notamment de « mettre en images » les protocoles écrits (ceci est principalement vrai chez les novices).

Être systématiquement doublé sur les premières astreintes est considéré comme rassurant. Le professionnel novice peut ainsi être acteur du geste d'urgence en toute sécurité.

L'implication des médecins dans la formation des nouveaux arrivants (notions théoriques, explications des gestes …) est jugée utile principalement par les infirmiers expérimentés. L'organisation régulière de journées dédiées à l'urgence (mise en situation avec un médecin référent) n'est pas réellement perçue comme étant pertinente.
Personnellement, il me semble que cela peut avoir un réel intérêt : sur une urgence, le binôme médecin / infirmier est seul. Cette « formation » qui pourrait être associé à des outils de simulation, permettrait à la fois de pratiquer, d'impliquer les médecins et de créer un climat de confiance réciproque.

Le livret d'accueil n'est pas perçu comme un outil pouvant être utilisé dans le cadre d'une formation à l'urgence. Effectivement, le livret d'accueil n'a pas cette vocation.
Toutefois, il peut servir de base au tuteur pour une présentation du service, des activités et des différents interlocuteurs. Associé à la vidéo « l'IDE en endoscopie » réalisée par le GIFE, disponible sur you tube, il permet au nouvel arrivant de se familiariser avec son nouveau métier.

La participation à des formations inter établissements spécifiques à la gestion des urgences n'est pas considérée comme pouvant apporter un plus par les infirmières novices.
Personnellement, je pense qu'il est utile d'échanger avec des collègues sur les pratiques, les organisations. Les formations sont adaptées à ce type d'échanges. La thématique de l'urgence est abordée dans les formations du GIFE (par exemple, lors des JFHOD, les thématiques suivantes ont été abordées : accueil et surveillance d'un patient en hémorragie digestive, hémostase mécanique en endoscopie …).

Il s'agit maintenant pour nous de tirer des enseignements de cette analyse et de définir des actions qui permettront de faire évoluer notre pratique au quotidien au sein du CHPO.

CONCLUSION

Il ressort de ce travail que l'accompagnement des nouveaux arrivants fait partie intégrante de notre fonction et que l'astreinte d'endoscopie est une nécessité pour la continuité des soins. Pour autant, le chapitre de l'urgence endoscopique est rarement abordé en tant que tel dans le processus de formation.

Pourtant, les recommandations des sociétés savantes stipulent que l'aide - endoscopiste doit être formé et entraîné ; la présence d'une infirmière experte préalablement formée aux gestes endoscopiques d'urgence est également requise. En effet, la formation permet l'adaptation et l'anticipation.

Bien qu'elles restent confiantes en la formation reçue, le travail réalisé a permis de montrer que les infirmières novices sont plus stressées que leurs aînées et se retrouvent plus souvent en difficultés sur les gestes d'urgence réalisés lors d'une astreinte.

Le retour d'expérience réalisé par le biais des questionnaires m'a permis de déterminer quels seraient les outils à développer et à mettre en oeuvre en priorité afin d'accompagner les infirmières novices dans la prise en charge des urgences endoscopiques ; ces outils pouvant également permettre d'assurer une formation continue pour des infirmières plus expérimentées.

Il serait possible de poursuivre la réflexion initiée en se demandant si cet accompagnement pourrait être bénéfique :

- pour le médecin endoscopiste ; la bonne coordination médecin – infirmière étant favorisée par la connaissance du matériel et des procédures.
- pour la prise en charge globale du patient ; la maîtrise des gestes permettant à l'infirmière de se concentrer sur l'aspect relationnel.

La réalisation de ce mémoire a permis des discussions au sein de notre équipe infirmière et a créé une dynamique autour du thème de l'urgence. Nous souhaitons profiter de ce travail de recherche pour construire ensemble, avec notre encadrement et les médecins du service, les outils qui nous permettront d'améliorer nos pratiques dans le domaine de la formation à l'urgence endoscopique des nouvelles infirmières affectées dans notre service.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Formation au diplôme d'état d'IBODE, disponible sur : https//www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/programme-de-la-formation-dibode.html (consulté le 04/12/2021)

[2] Lettre du Préfet région Auvergne Rhône Alpes disponible sur https://www.gife.fr/images/stories/telechargement/autres/2020/Lettre_Prefecture_Auvergne_Rhone_Alpes_Irrecevabilite_Dossier_Delegation_actes_Ibode.pdf (consulté le 04/12/2021)

[3] « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Rapport pour le ministère de la Santé, collectif présidé par le Professeur Y. Berland, 2006

[4] Ordre National des Infirmiers « Infirmier expert en endoscopie » disponible sur : https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-en-endoscopie.html (consulté le 12/12/2021)

[5] Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant Code de Déontologie des Infirmiers, article R4312-46

[6] Systchenko R., Sautereau D., Canard JM. « Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique d'endoscopie digestive », Acta Endosc 43, 198-206 (2013)

[7] P. Pienkowski, I. Joly, Le Floch, L. Parois, D. Heresbach, B. Richard-Molard, M. Robaszkiewicz et la commission juridique de la SFED « Recommandations relatives au personnel d'endoscopie », Acta Endosc 44, 196-200 (2014)

[8] Instruction n° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins, fiche n°14

[9] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier, annexe II, compétence n°10 « informer, former des professionnels et des personnes en formation »

[10] Référentiel de compétences de l'infirmier en endoscopie, GIFE, Cours DIU de Fanny Durand, disponible sur : https://community-sante.unilim.fr/course/view.php?id=213#

[11] Programme des formations pour l'année 2022 du GIFE, disponible sur : https://www.gife.fr/formations/programme-formations.html (consulté le 10/12/2021)

[12] Catalogue des formations Eurofins Biotech-Germande relatives à l'endoscopie, disponible sur : https://www.eurofins.fr/hygiene-hospitaliere/formations/formations-hygiene-en-endoscopie/ (consulté le 12/12/2021)

[13] Mohib N., « Tutorat ». Dans : A. Jorro, « Dictionnaire des concepts de la professionnalisation », De Boeck Supérieur, Hors collection psychologie/pédagogie, 2014.

[14] Bastide T., « Tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgences », 6ème congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence, 30, 31 mai et 1er juin 2012, Paris, France

[15] Pour aller plus loin sur la notion de compétences, disponible sur : https://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf (consulté le 19/12/2021)

[16] Basque, J. « Le concept de compétences : Quelques définitions » (2015) - Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur), Réseau de l'Université du Québec. Disponible sur : http://pedagogie.uquebec.ca (consulté le 23/01/2022)

[17] « Le tutorat en endoscopie » et « Apprendre à être pédagogue », Cours DIU de Fanny Durand, disponibles sur : https://community-sante.unilim.fr/course/view.php?id=213&section=17

[18] Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

[19] Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – article 20

[20] L'endoscopie programmée ou en urgence : le coeur de métier des hépato-gastroentérolgues, disponible sur : https://cnp-hge;fr/endoscopie-programmee-ou-en-urgence-le-coeur-de-metier-des-hepato-gastroenterologues (consulté le 30/12/2021)

[21] Ah-Soune P., Barthet M., Robaszkiewicz M. et al. « Conditions de réalisation et description des principales techniques utilisées au cours de l'endoscopie en urgence », Acta Endosc 46, 295-306 (2016).

[22] Camus M., « La vraie urgence en endoscopie digestive », FCM HGE Post'U, 2019, 317-322 disponible sur : https://www.fmcgastro.org (consulté le 04/12/2021)

[23] Bernardini D., Robaszkiewicz M. et al. Résultats de l'enquête « une endoscopie en urgence en France », 2018, disponible sur : https://www.cregg.org/wordpress/wp-content/uploads/2018/08/2-dr-bernardini-samedi-endoscopie.pdf (consulté le 23/12/2021)

[24] Koch S. « une endoscopie en urgence en France en 2018, synthèse et recommandations de la SFED », 2018 disponible sur https://mediatheque.sfed.org/mediatheque/media.aspx?mediaId=43062&channel=7360 (consulté le 26/02/2022)

[25] HAS, Certification des établissements de santé, Guide thématique des experts-visiteurs « Management de la prise en charge des patients en endoscopie, Septembre 2014, Disponible sur : https://www.qualilor-sante.fr/documents/projets/15-20141028_guide_ev_2clics_v2014_endoscopie-1476274111.pdf (consulté le 04/01/2022)

[26] Code de la Santé Publique, Article R4127-71 disponible sur www.legifrance.gouv.fr (consulté le 26/02/2022)

[27] Chariot d'urgence en secteur d'endoscopie digestive, Cours DIU de Fédérique Olivero et d'Arnaud Tailleur, disponible sur : https://community-sante.unilim.fr/course/view.php?id=213&section=17

ANNEXES

Annexe °1

Formation et intégration d'un nouvel agent en endoscopie
au Centre Hospitalier Pierre Oudot (CHPO-PRO-PECEND-012)

Annexe n°2

Charte d'Organisation des astreintes d'endoscopie digestive adulte en urgence
au Centre Hospitalier Pierre Oudot (ADQ/ENDO/01)

Annexe n°3

Politique qualité et gestion des risques du GHND 2019 – 2023

Annexe n°4

« une endoscopie en urgence »
annexe n°4a – questionnaire
annexe n°4b – synthèse des questionnaires retournés

1. OBJET / FINALITE

La procédure a pour objet de définir les modalités de formation et d'intégration d'un nouvel agent (IDE / ASD) en endoscopie.

2. DOMAINE D'APPLICATION

La procédure s'applique pour tout nouvel agent IDE / AS intégrant l'unité d'endoscopie du centre hospitalier Pierre Oudot.

3. LISTE DE DIFFUSION

La procédure s'adresse :

- aux médecins endoscopistes (pour information)
- au cadre de santé de l'unité d'endoscopie
- au personnel de l'unité d'endoscopie
- au nouvel arrivant

4. COMMENTAIRES / DÉFINITIONS

SANS OBJET

5. REFERENTIELS (normes NF, bonnes pratiques, …)

SANS OBJET

6. DOCUMENTS DE REFERENCE (textes réglementaires, procédures, …)

📖 Décret n°2004-802 – Relatif à l'exercice de la profession d'infirmier
📖 Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant
CHPO-ADQ-MSG-006 – Charte d'organisation des astreintes d'endoscopie digestive
CHPO-PRO-PECEND-001 – Demande d'examen d'endoscopie digestive
CHPO-MO-GRI-062 – Traitement automatisé des endoscopes thermosensibles semi critiques
CHPO-MO-GRI-056 – Protocole de stockage et transport des endoscopes SURESTORE
CHPO-MO-PECEND-012 - Endoscopie chez un patient suspect ou atteint d'ESST
CHPO-MO-GRI-063 – Contrôle microbiologique des endoscopes.
CHPO-MO-PECEND-06 - Obturation des varices gastriques, oesophagiennes ou rectales à la colle chirurgicale synthétique GLUBRAN
CHPO-MO-PECEND-05 – Pose d'une sonde de gastrostomie
CHPO-MO-PECEND-04 - Sclérose des ulcères ou des varices gastriques, oesophagiennes et/ou cardio tubérositaire à l'adrénaline
CHPO-MO-PECEND-03 – Sclérose des ulcères ou des varices gastriques, oesophagiennes et/ou cardio tubérositaires à l'aétoxysclérol
CHPO-MO-PECEND-02 – Réalisation d'une pH métrie des 24h
CHPO-MO-PECEND-01 – Préparation du patient avant une coloscopie totale

⇨CHPO-PRO-GRI-01 – Gestion du risque infectieux des laveurs / désinfecteurs des endoscopes

⇨CHPO-PRO-GRI-012 – Gestion du risque infectieux de la paillasse semi-automatique de l'endoscopie

⇨CHPO-PRO-PECEND-011 – Réalisation d'une bronchoscopie

⇨CHPO-PRO-PECEND-010 – Réalisation d'une gastroscopie

⇨CHPO-PRO-PECEND-08 – Réalisation d'une rectosigmoïdoscopie

⇨CHPO-PRO-PECEND-07 – Réalisation d'une CPRE

⇨CHPO-PRO-PECEND-06 – Réalisation d'une coloscopie

⇨CHPO-PRO-PECEND-05 – Réalisation d'une echo endoscopie digestive

- Annexe 1 : Grille compétences IDE
- Annexe 2 : Grille compétences ASD

Date de création : 25/02/2021	Catégorie principale : Secteurs à risque endoscopie
Rédaction :	GROLLIER CHRYSTEL
Validation (signé le) :	CRUIZIAT Claire (17/03/2021) ESCOT Nicolas (23/04/2021) SAUQUET Corinne (18/05/2021)
Approbation (signé le) :	ROLLAND RICHARD (18/05/2021)

7. DESCRIPTION

CAS D'UN(E) NOUVEL(LE) INFIRMIER(E)

Préambule

Une infirmière du service d'endoscopie sera désignée « référente » du nouvel arrivant. Celle-ci sera chargée de :

- s'assurer du bon déroulement de la formation,
- vérifier auprès des IDE, ASD, médecins que les compétences nécessaires à la pratique sont acquises.

Un bilan intermédiaire et un bilan à la fin de la période d'intégration seront réalisés en présence :

- du nouvel agent,
- de l'infirmière « référente »,
- du cadre de santé,
- du médecin chef de service.

Déroulement de la formation

La formation d'une nouvelle infirmière en endoscopie est prévue sur **une durée de cinq semaines à temps plein** selon les horaires définis par le service.

L'infirmière « référente » lui présentera l'équipe, le service et son organisation ...

Semaine 1 Activité « hors bloc » (examens réalisés sans anesthésie)

- Suivi de l'endoscope bronchique ou digestif lors des différentes étapes du processus : stockage, vérification, examen, traitement …
- Connaissance du parc des endoscopes : criticité, indication, constitution …
- Réalisation de l'ouverture des 2 salles hors bloc, de la salle de décontamination,
- Connaissance des différents examens réalisés en digestif et pulmonaire,
- Réalisation des différents examens : préparation matériel, instrumentation …
- Connaissance des procédures de traçabilité des différents examens, du matériel …

- Utilisation du logiciel d'informatisation des programmes opératoires.

Semaine 2 Activité au bloc opératoire

- Réalisation de l'ouverture et fermeture de la salle d'examen,
- Connaissance des différents examens réalisés au bloc (digestif principalement),
- Réalisation des différents examens : préparation matériel, …
- Instrumentation des examens diagnostics : gastroscopies, coloscopies, écho endoscopies …
- Poursuite du travail initié en hors bloc : gestion du logiciel d'informatisation des programmes opératoires, traçabilité des différents examens et du matériel, cotation des actes …

Semaine 3 Décontamination

- Connaissance des procédures de lavage / désinfection des différents endoscopes : fonctionnement normal et fonctionnement dégradé (semi critiques en priorité),
- Connaissance des procédures de traçabilité : paillasse, laveurs-désinfecteurs, Surestore,
- Utilisation de la paillasse et des laveurs-désinfecteurs,
- Utilisation du système de conditionnement Surestore (fonctionnement normal et fonctionnement dégradé),
- Réalisation de la fermeture des différentes salles (décontamination, hors bloc) avant le WE.

Semaine 4 Activité au bloc opératoire

- Instrumentation des examens thérapeutiques : LVO, polypectomie, cathétérisme, prothèses digestives et biliaires …
- Poursuite du travail initié au Bloc et en Hors Bloc : gestion du logiciel d'informatisation des programmes opératoires, traçabilité des différents examens et du matériel, cotation des actes …
- Poursuite du travail initié en décontamination.

Semaine 5 Activité « hors bloc »

- Réalisation des programmations,
- Réalisation de la cotation des différents actes,
- Poursuite du travail initié en Hors Bloc et en décontamination.

Activités transversales A réaliser en parallèle des autres activités

- Connaissance des procédures spécifiques à l'endoscopie, disponibles sur Intraqual GHND,
- Connaissance de la procédure de gestion des astreintes,
- Connaissance des protocoles et du chariot d'urgence,
- Participation aux gestes d'urgence (lorsque ceux-ci se présentent et ce quelle que soit l'activité initialement prévue),
- Connaissance des procédures de prélèvement microbiologiques des endoscopes et des laveurs-désinfecteurs et réalisation des prélèvements,
- Réalisation des commandes, des demandes d'intervention …
- Connaissance des différents interlocuteurs : EPRIAS, biomédical …

Phase d'intégration

La nouvelle IDE intègre le service selon la trame définie et participe à l'ensemble des activités du service tout en poursuivant l'acquisition des connaissances et compétences spécifiques.

Durant la période d'intégration, la nouvelle IDE n'est pas inscrite au planning des astreintes. Les astreintes seront assurées sur cette période par l'IDE du pool formée à l'endoscopie et/ou par les infirmières du service.

La nouvelle infirmière effectuera en doublure une nuit et un week – end d'astreinte :

- Doublure de l'IDE d'astreinte le samedi et le dimanche suivant la 4ème semaine d'intégration.
- Doublure de l'IDE d'astreinte le jeudi de la semaine suivante.

Si les compétences sont acquises, la nouvelle IDE participera aux astreintes à la fin des 5 semaines d'intégration.

CAS D'UN(E) NOUVEL(LE) AIDE SOIGNANT(E)

Préambule

Une aide-soignante du service d'endoscopie sera désignée « référente » du nouvel arrivant. Celle-ci sera chargée de :

- s'assurer du bon déroulement de la formation,
- vérifier auprès des ASD et des IDE que les compétences nécessaires à la pratique sont acquises.

Un bilan intermédiaire un bilan à la fin de la période de formation seront réalisés en présence :

- du nouvel agent,
- de l'aide-soignante « référente »,
- du cadre de santé.

Déroulement de la formation

La formation d'une nouvelle aide-soignante en endoscopie est prévue sur **une durée de 4 semaines à temps plein** selon les horaires définis par le service.

L'ASD « référente » lui présentera l'équipe, le service et son organisation ...

Semaine 1 Découverte de l'activité

- Suivi de l'endoscope bronchique ou digestif lors des différentes étapes du processus : stockage, vérification, examen, traitement …
- Présentation du parc des endoscopes : criticité, indication, constitution …
- Découverte des procédures de traçabilité : paillasse, laveurs-désinfecteurs, Surestore.
- Débute la prise en charge des endoscopes semi – critiques.

Semaines 2 et 3 Les endoscopes **semi critiques** exclusivement

- Connaissance des endoscopes semi critiques : fonctionnement …
- Connaissance des procédures de lavage / désinfection des différents endoscopes semi critiques en fonctionnement normal et fonctionnement dégradé,
- Utilisation de la paillasse et des laveurs-désinfecteurs,
- Connaissance des procédures de conditionnement Surestore en fonctionnement normal et fonctionnement dégradé,
- Utilisation du système de conditionnement Surestore.
- Mise en oeuvre des procédures de traçabilité : paillasse, laveurs-désinfecteurs, Surestore.
- Connaissance des supports existants.

Semaine 4 Les endoscopes **critiques**

- Connaissance des endoscopes critiques : fonctionnement …
- Connaissance des procédures de lavage / désinfection des différents endoscopes critiques en fonctionnement normal et fonctionnement dégradé,
- Poursuite du travail initié en décontamination.
- Réalisation de l'ouverture et de la fermeture de la salle de décontamination.

Activités transversales A réaliser en parallèle des autres activités

- Connaissance des procédures spécifiques à l'endoscopie, disponibles sur Intraqual GHND,
- Réalisation des demandes d'intervention …
- Connaissance des différents interlocuteurs : EPRIAS, biomédical …

VALIDATION

A l'issue de la formation, si les compétences attendues sont acquises, une fiche d'enregistrement sanctionnant la formation sera établie. Elle indique l'aptitude et l'autorisation pour exercer, en toute sécurité, une activité d'endoscopie.

Celle-ci sera émargée au minimum par :

- Le nouvel agent,
- Le cadre de santé de l'endoscopie,
- Le médecin chef de service dans le cas d'une nouvelle infirmière.

Une copie de ce document sera remise à l'agent ; l'original sera conservé dans son dossier.

CAPACITE A L'EXERCICE DE LA FONCTION [D'IDE / ASD] EN ENDOSCOPIE

Le présent document atteste que [Civilité, Nom, Prénom] a suivi la formation « [D'IDE / ASD] en endoscopie ».

Cette formation s'est déroulée du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA soit une durée de [Nombre semaines].

Référent : [Nom, Prénom, fonction]

Grille d'évaluation

Le suivi de cette formation et l'acquisition des connaissances et compétences associées permettent à l'intéressée d'exercer, en toute sécurité, son activité d'endoscopie.

Nom Fonction :	Nouvel [D'IDE / ASD] en endoscopie	Signé le :
Nom Fonction :	Cadre de santé	Signé le :
Nom Fonction ::	Médecin chef de service	Signé le :
Nom Fonction :		Signé le :

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE

GESTION DES EXAMENS ENDOSCOPIQUES

Détail	Formation - Semaine 1	Formation - Semaine 2	Formation - Semaine 3	Formation - Semaine 4	Formation - Semaine 5	Fin période d'intégration	Commentaires / Visa
Réalisation de l'ouverture des salles hors bloc							
Réalisation de la fermeture des salles hors bloc							
Réalisation de l'ouverture de la salle de bloc							
Réalisation de la fermeture de la salle de bloc							
Préparation des différents examens (matériel, …) En hors bloc							
Préparation des différents examens (matériel, …) Au bloc							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE ***GESTION DES EXAMENS ENDOSCOPIQUES***							
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Formation - Semaine 5**	**Fin période d'intégration**	**Commentaires / Visa**
Instrumentation des examens diagnostics							
Instrumentation des examens thérapeutiques							
Connaissance des procédures de traçabilité des différents examens, du matériel …							
Utilisation du logiciel d'informatisation des programmes opératoires							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE ***DECONTAMINATION***							
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Formation - Semaine 5**	**Fin période d'intégration**	**Commentaires / Visa**
Connaissance du parc d'endoscopes semi critiques							
Connaissance du parc d'endoscopes critiques							
Connaissance des procédures de lavage / désinfection							
Utilisation de la paillasse							
Utilisation des laveurs-désinfecteurs							
Utilisation du système de conditionnement Surestore							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE ***DECONTAMINATION***							
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Formation - Semaine 5**	**Fin période d'intégration**	**Commentaires / Visa**
Connaissance des procédures de traçabilité des matériels							
Ouverture de la salle de décontamination							
Fermeture de la salle de décontamination							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE

GESTION DES URGENCES (ASTREINTES)

Détail	Formation - Semaine 1	Formation - Semaine 2	Formation - Semaine 3	Formation - Semaine 4	Formation - Semaine 5	Fin période d'intégration	Commentaires / Visa
Connaissance de la procédure de gestion des astreintes							
Connaissance des protocoles et du chariot d'urgence							
Intervenir en cas d'hémorragie digestive : clips							
Intervenir en cas d'hémorragie digestive : LVO							
Intervenir en cas d'hémorragie digestive : scléroses							
Intervenir en cas d'hémorragie digestive : colle							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE ***GESTION DES URGENCES (ASTREINTES)***							
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Formation - Semaine 5**	**Fin période d'intégration**	**Commentaires / Visa**
Intervenir en cas d'hémorragie digestive : hémospray							
Intervenir en cas d'ingestion de caustique							
Intervenir en cas de corps étranger (hood, pinces …)							
Intervenir en cas d'obstruction colique aiguë : sonde de Faucher							
Intervenir en cas d'angiocholites aiguës avec choc septique : CPRE							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE ***CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES TRANSVERSES***							
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Formation - Semaine 5**	**Fin période d'intégration**	**Commentaires / Visa**
Connaissance des procédures spécifiques à l'endoscopie							
Connaissance des procédures de prélèvement microbiologiques des endoscopes							
Réalisation des programmations							
Réalisation de la cotation des différents actes							
Connaissance des procédures de prélèvement microbiologiques des LDE							
Réalisation des prélèvements							

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 1 **:** Grille de compétences IDE ***CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES TRANSVERSES***							
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Formation - Semaine 5**	**Fin période d'intégration**	**Commentaires / Visa**
Réalisation des commandes							
Réalisation des demandes d'intervention							
Connaissance des différents interlocuteurs							

Non vu - Vu – En Cours

ANNEXE 2 : GRILLE DE COMPÉTENCES ASD		***DECONTAMINATION***			
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Commentaires / Visa**
Connaissance du parc d'endoscopes semi critiques					
Connaissance du parc d'endoscopes critiques					
Connaissance des procédures de lavage / désinfection					
Utilisation de la paillasse					
Utilisation des laveurs-désinfecteurs					
Utilisation du système de conditionnement Surestore					

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 2 : GRILLE DE COMPÉTENCES ASD ***DECONTAMINATION***					
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Commentaires / Visa**
Connaissance des procédures de traçabilité des matériels					
Ouverture de la salle de décontamination					
Fermeture de la salle de décontamination					

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

ANNEXE 2 : GRILLE DE COMPÉTENCES ASD ***CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES TRANSVERSES***					
Détail	**Formation - Semaine 1**	**Formation - Semaine 2**	**Formation - Semaine 3**	**Formation - Semaine 4**	**Commentaires / Visa**
Connaissance des procédures spécifiques à l'endoscopie					
Réalisation des demandes d'intervention					
Connaissance des différents interlocuteurs					

Non vu - Vu – En Cours d'Acquisition – Acquis – Non Acquis

1. OBJET / FINALITE

Le document est établi dans le but d'assurer la sécurité des patients adultes pour lesquels une endoscopie digestive en urgence est requise. La charte élaborée dans ce cadre précise :

- les indications pour lesquelles l'astreinte peut être déclenchée
- l'organisation et les moyens mis en œuvre pour assurer la permanence professionnelle nécessaire (présences et permanences des personnels médicaux, paramédicaux et non médicaux, matériel disponible, …)
- les modalités d'évaluation et de suivi du fonctionnement des astreintes pour permettre les ajustements nécessaires

2. DOMAINE D'APPLICATION

Le document s'applique pour l'activité d'urgence d'endoscopie digestive adulte (bloc opératoire et unité de réanimation)

3. LISTE DE DIFFUSION

Le document s'adresse aux opérateurs, à l'ensemble des médecins de l'établissement, aux professionnels paramédicaux de l'endoscopie, aux IADE, aux cadres de santé du CHPO et aux équipes du standard.

4. COMMENTAIRES / DÉFINITIONS

- CHPO : Centre Hospitalier Pierre Oudot
- IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
- LDE : Laveur Désinfecteur des Endoscopes

5. REFERENTIELS (normes NF, bonnes pratiques, …)

Traçabilité et contrôle qualité (eau, contrôle microbiologique) :

📖 Guide technique de l'eau dans les ES, DHOS/DGHS, Juillet 2005

📖 Guide du ministère de la santé et des solidarités sur les éléments d'assurance qualité en hygiène relatif au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie, CTI-NILS, Mars 2007

Désinfections manuelle et automatisée :

📖 Norme EN ISO 1583-1 et 1583-4

📖 Guide d'achat et de maintenance des laveurs désinfecteurs d'endoscopes, GPEM/SL, 21/10/2002

📖 Instruction N° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 04 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes simples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins

📖 Guide technique du traitement des endoscopes souples thermosensibles, ministère des affaires sociales et de la santé, 07/2016

6. DOCUMENTS DE REFERENCE (textes réglementaires, procédures, …)

Principes généraux :

📖 Circulaire DHOS/DGS 138 du 14/03/2001

📖 Directive CEE 90/385/93/42, portant sur la matériovigilance

📖 Article R 232-5-3 du code du travail

Désinfections manuelle et automatisée :
📖 Circulaire 98 72 62 du 15/7/1998

Programme d'endoscopie : ordre de passage
📖 Circulaires de 1998, 1999,2003 sur les AES

Recommandations de la société Française d'Endoscopie digestive
📖 Conditions de réalisation et description des principales techniques utilisées au cours de l'endoscopie en urgence, Acta endoscopica DOI 10.1007/s10190-016-0562-1 2016
📖 Organisation et fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive, Acta endoscopica DOI 10.1007/s10190-013-0334-4 2013

Rémunération
📖 Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière (FPH) Articles 20 à 25
📖 Décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation de l'astreinte dans la fonction publique hospitalière (FPH)
📖 Arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans la fonction publique hospitalière (FPH)

Rédaction - Fonction :	Dr Claire CRUIZIAT, gastroentérologue, responsable médical de l'endoscopie Dr Camille GIACINO, gastroentérologue	Signé le : 21/10/2016
Validation - Fonction :	Serge MALACCHINA, Directeur Général Dr Anne-Béatrice PENICAUD-VEDRINE, vice-présidente de la CME	Signé le : 03/11/2016
Approbation - Fonction :	Richard ROLLAND Cadre supérieur de santé qualité	Signé le : 04/11/2016

7. DESCRIPTION :

CONTEXTE

Certaines situations d'urgence en pathologie digestive doivent être prises en charge dans les services ou les unités d'accueil et de traitement des urgences, ou dans certains cas, dans des services d'hospitalisation des établissements du Centre Hospitalier Pierre Oudot.

- Dans le traitement des hémorragies digestives, l'endoscopie est utile pour indiquer l'origine de l'hémorragie et permettre de guider le traitement. Son efficacité a été démontrée pour arrêter la majorité des hémorragies digestives, en particulier d'origine ulcéreuse ou variqueuse, pour réduire les besoins transfusionnels et le recours à la chirurgie et pour diminuer la mortalité liée à l'hémorragie.
- En ce qui concerne l'ingestion de caustique, l'endoscopie permet de classer les lésions, d'établir un pronostic et de guider la thérapeutique.
- L'endoscopie digestive peut également être employée en urgence pour retirer des corps étrangers si ceux-ci présentent un danger.

L'endoscopie digestive en urgence doit être pratiquée sous anesthésie générale, et au mieux avec intubation trachéale, pour les raisons suivantes :

- état précaire des patients
- mauvaise préparation du tube digestif (sécrétions, aliments et surtout sang)
- mauvaise tolérance des patients à l'examen (angoisse, péristaltisme accentué, efforts de vomissement)
- vision réduite par les hémorragies en cours
- nécessité de mobiliser le patient pour dégager les zones lésionnelles
- nécessité d'un geste thérapeutique précis et décisif.

ARTICLE 1 : Principes généraux de fonctionnement de l'astreinte

L'astreinte d'endoscopie digestive d'urgence associe un médecin qualifié issu du service d'hépato gastro entérologie et un(e) infirmier(ère) (IDE) d'endoscopie formé(e) à cette technique.

1 – Cette organisation ne concerne que l'endoscopie digestive adulte (âge > 18ans), l'organisation de l'endoscopie digestive pédiatrique relevant des hôpitaux de Lyon.

2 - L'astreinte concerne les jours fériés, les week-ends et les nuits de semaine.

3 – Le stockage et le traitement du matériel sont organisés en endoscopie.

4 - Les procédures d'interventions, de désinfection et de traçabilité font l'objet de protocoles.

5 – En pratique, lorsque l'indication d'un geste d'urgence est validée par le médecin endoscopiste, ce médecin et l'infirmier(ère) d'endoscopie d'astreinte rejoignent le CHPO et le local où est stocké le matériel dédié à ce geste thérapeutique et se rendent dans le secteur demandeur. Si le geste est envisagé au bloc opératoire, l'IADE est sollicité en même temps que l'IDE d'endoscopie.

6– L'endoscopie se déroule dans les conditions les plus optimales possibles, c'est-à-dire avec recours à l'anesthésie générale:

- soit dans un bloc chirurgical d'urgence
- soit dans une unité de réanimation ou de soins intensifs.

ARTICLE 2 : Organisation opérationnelle de l'astreinte

⮚ Elaboration et gestion du tableau d'astreinte

Pour le personnel médical

Elaboration : Médecins gastro-entérologues. Transmission du tableau d'astreinte au plus tard le mois précédant l'astreinte à la Direction des Affaires Médicales et à l'accueil téléphonique du CHPO chpo-standard@ghnd.fr.

Diffusion : Accueil téléphonique du CHPO, unité d'endoscopie du service d'hépato-gastroentérologie du CHPO, cadres infirmiers, médecins concernés.

Pour le personnel paramédical

Elaboration : le Cadre de l'Unité d'Endoscopie transmet par mail, avant le 15 de chaque mois, le planning des astreintes IDE à l'accueil téléphonique du CHPO : chpo-standard@ghnd.fr avec copie à la Direction Générale : chpo-sec.direction@ghnd.fr (pour élaboration feuille de week-end).

Diffusion : Accueil téléphonique du CHPO, unité d'endoscopie du service d'hépato-gastroentérologie du CHPO, cadres infirmiers d'endoscopie.

Gestion des changements dans le tour d'astreinte

Personnel médical :

Tout changement se fera directement entre les intéressés et sera signalé immédiatement par mail à l'unité d'accueil téléphonique du CHPO : chpo-standard@ghnd.fr, à la Direction des Affaires Médicales : mbourhis@ghnd.fr et à la direction générale : chpo-sec.direction@ghnd.fr en précisant l'identité complète du remplaçant.

Personnel paramédical :

Le cadre de l'unité transmet par mail les changements au standard : chpo-standard@ghnd.fr avec copie à la direction générale : chpo-sec.direction@ghnd.fr.

⮚ Couverture et amplitude horaire

Le personnel paramédical sera représenté par les infirmiers(ères) de l'unité d'endoscopie.

Week-end : Du vendredi 18h23 au lundi matin 7h29
Jours fériés : De la veille 18h23 au lendemain du jour férié 7h29
Nuits de la semaine : De 18h23 à 7h29 le lendemain matin

⮚ Modalités d'appels des intervenants

- Tous les services médicaux concernés par des endoscopies digestives thérapeutiques d'urgence (réanimation, blocs d'urgences…) appellent l'unité d'accueil téléphonique du CHPO (standard) : ☙ en interne : ☎ 9
  ☙ en externe : ☎ 04 69 15 70 00
  Le standard transfère ensuite l'appel sur le portable du médecin d'astreinte.
- Toute demande d'intervention fait l'objet d'un contact téléphonique entre le médecin de l'unité concernée et le médecin d'astreinte.

- Le Médecin d'astreinte confirme ou non l'indication, organise, si l'indication d'endoscopie en urgence est retenue, avec le médecin de l'unité et le médecin anesthésiste de garde, la prise en charge du patient dans des locaux adaptés en fonction des circonstances, et fait ensuite appeler l'infirmier(ère) d'astreinte et l'IADE par l'intermédiaire du standard du CHPO.
- L'agent du standard ne laisse pas de message sur la messagerie mais doit parler à l'infirmière. Le praticien hospitalier précise par téléphone à l'infirmière le type d'examen, le matériel nécessaire, le lieu de l'examen, le délai d'intervention et s'il le connait à ce stade, le statut ATNC
- Le médecin de l'unité se charge de réserver un lit d'aval (soins intensifs, réanimation...) en cas de besoin.
- Pour permettre la traçabilité de la demande d'acte, la fiche de demande d'endoscopie est alors complétée et faxée au service d'endoscopie (⌨ 71 07), au plus tard à l'initiation de la prise en charge endoscopique.
- En cas d'indication d'endoscopie différée, le médecin de l'unité en charge du patient faxe une demande d'endoscopie digestive au numéro habituel (⌨ 7107) afin que l'examen soit réalisé pendant les créneaux dédiés durant les heures ouvrables.

ARTICLE 3 : Indications - Lieux d'intervention - Matériels - Protocoles

⍰ Indications retenues

- Patients présentant une hémorragie digestive active avec un retentissement hémodynamique et une déglobulisation sur la biologie
- Patients ayant ingéré un caustique
- Patients ayant ingéré un corps étranger à risque de complications

⍰ Lieux d'intervention

Le médecin responsable de l'unité où est hospitalisé le patient organise avec le médecin endoscopiste, en fonction de l'urgence et des moyens, la réalisation du geste au bloc opératoire, ou en service de réanimation ou de soins intensifs.

Le médecin endoscopiste et l'infirmier(ère) endoscopiste se rendent sur le lieu où le geste doit être exécuté.

⍰ Matériels pour les interventions en urgence

Les équipements

Le service d'endoscopie du CHPO dispose d'un ensemble d'équipements, monté sur chariot mobile, comprenant un vidéoprocesseur (avec moniteur et source de lumière), deux vidéogastroscopes et un vidéocoloscope munis d'un système de lavage.

Les consommables

Ce chariot comprend également les instruments et consommables nécessaires à une intervention en urgence. Ces matériels sont préparés et mis en place à chaque utilisation et au moins une fois

par mois, sous la responsabilité du service d'endoscopie du CHPO qui en dispose. L'organisation du chariot d'urgence est définie pour éviter toute perte de temps au moment de l'examen.

Lieux de stockage
Les matériels définis ci-dessus sont entreposés dans le service d'endoscopie digestive du CHPO.

Vestiaires et tenues professionnelles
Des vestiaires et des tenues de bloc (pyjama bleu, coiffe, surchaussures) sont disponibles au bloc opératoire pour réaliser les interventions.

Protocoles pour les infirmiers(ères)
Les protocoles des thérapeutiques d'urgence réécris, harmonisés et validés par le Corps Médical sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire BlueKango via intranet.

ARTICLE 4 : Modalités de fin d'intervention

Le matériel est rapporté par le médecin et l'infirmier(ère) d'astreinte dans son local de stockage initial.
L'infirmière d'endoscopie n'assure pas la surveillance de soins post interventionnels.
Les prélèvements effectués au cours de l'examen sont gérés par l'infirmière d'endoscopie ; elle en assure le transport et la traçabilité.

Traitement des endoscopes
Le cycle d'auto désinfection du L.D.E. doit être effectué avant toute utilisation du L.D.E.
L'endoscope utilisé est soumis au cycle complet de nettoyage désinfection par l'infirmier(ère) d'astreinte, immédiatement après la fin du geste.
Si une deuxième urgence survient, le traitement de l'endoscope est différé à la fin des actes en cours.

Consignes endoscopes
Un rapport d'activité est laissé par l'infirmier(ère) à l'unité d'endoscopie pour les points suivants sur un document informatisé prévu à cet effet :
- la nature de l'intervention réalisée,
- le motif de l'intervention
- les problèmes éventuels rencontrés.

Traçabilité, compte-rendu et saisie d'activité
Un compte-rendu informatisé est rédigé sur le logiciel Hermès à l'issue du geste par le médecin d'astreinte et validé informatiquement, permettant sa mise à disposition dans le dossier patient commun informatisé.
Les consignes post interventionnelles (traitement, alimentation) sont notées dans le compte rendu.
Le médecin de l'unité en charge du patient rédige les prescriptions.

L'activité réalisée fait l'objet d'une saisie, dont les modalités sont les suivantes :
- traçabilité du geste informatisée (IPOP) : identité du patient, endoscope, opérateurs (IDE et médecins), durée du geste, réalisation de prélèvements.
- cotation informatisée des actes

ARTICLE 5 : Rémunération de l'astreinte

La réalisation de l'astreinte fait l'objet d'une déclaration de la part du médecin sur les bordereaux adéquats, mentionnant les horaires de déplacement, le patient concerné et l'acte réalisé.

L'astreinte médicale est classée comme astreinte de sécurité. La requalification en astreinte opérationnelle est discutée en COPS à la lumière du volume d'activité.

L'IDE badge à l'arrivée et au départ du CHPO. A l'arrivée dans l'unité, l'infirmière prévient l'agent d'accueil au standard de sa présence dans l'hôpital et de son départ du CHPO.

L'astreinte du personnel infirmier est rémunérée selon les textes réglementaires en vigueur.

ARTICLE 6 : Evaluation et suivi des astreintes

Le groupe de suivi constitué est composé de :

- Un médecin endoscopiste coordonnateur = 1
- Les médecins endoscopistes du service = 5
- Le cadre de santé du service endoscopie = 1
- Des infirmiers(ères) d'endoscopie = 2
- Le directeur des soins ou son représentant = 1
- Médecin DIM = 1

ᔓ Le groupe se réunira une fois par an, et plus si le besoin existe, pour faire une évaluation sur le fonctionnement afin d'améliorer si besoin l'organisation, d'adapter les protocoles et de réaliser un rapport d'activité.

LES 5 PROTOCOLES D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE D'URGENCE ADULTE

1. HEMORRAGIES DIGESTIVES

L'endoscopie digestive en urgence s'applique **aux hémorragies digestives graves** définies par

- une hémorragie cliniquement active : hématémèse ou rectorragie
- avec un retentissement hémodynamique persistant : Collapsus : TAS < 100 mmHg, Pouls > 100 bpm
- et une Hb < 10 g/dL et/ou perte d'Hb > 2 g/dL

L'endoscopie ne pourra pas être réalisée si l'état hémodynamique du patient n'est pas stabilisé

L'origine est haute dans 90% des cas surtout liée aux ulcères gastro-duodénaux (50%) et l'hypertension portale (20%). De ce fait, il faut réaliser une gastroscopie en 1ère intention en situation d'urgence. Elle a pour objectifs :

- de poser un diagnostic étiologique
- de faire une hémostase endoscopique
- d'évaluer le risque de récidive.

L'endoscopie en urgence est réalisée:

- chez un patient **à jeun** (≥ 6h)
- **après stabilisation hémodynamique et respiratoire** :
  - Remplissage vasculaire
  - Transfusion sanguine débutée avant : cible Hb ≥ 8 g/dL et ≥ 10 g/dL si coronarien
  +/- correction des troubles de coagulation (plasma, plaquette, complexe pro-thrombotique).

Il ne faut pas poser de sonde nasogastrique en systématique (l'absence de retour de sang n'élimine pas une hémorragie digestive haute active et cela risque d'aggraver le saignement en cas de rupture de varices).

Il faut débuter au préalable le traitement médicamenteux de l'hémorragie digestive :

- Erythromycine 250mg 30 minutes avant la gastroscopie
- IPP bolus 80mg puis 200mg IVSE / 24h
- En cas d'hypertension portale ou de cirrhose connue : Sandostatine 600 µg IVSE / 24h et prévention de l'infection du liquide d'ascite par une antibioprophylaxie par C3G IV.

La gastroscopie doit ensuite être réalisée dans un <u>délai inférieur à 24h</u> ou inférieur à 12h en cas d'hypertension portale, dans une salle de bloc ou en réanimation, sous anesthésie générale et intubation trachéale devant le risque d'inhalation.

◆ Les résultats du traitement endoscopique sont résumés dans le tableau suivant :

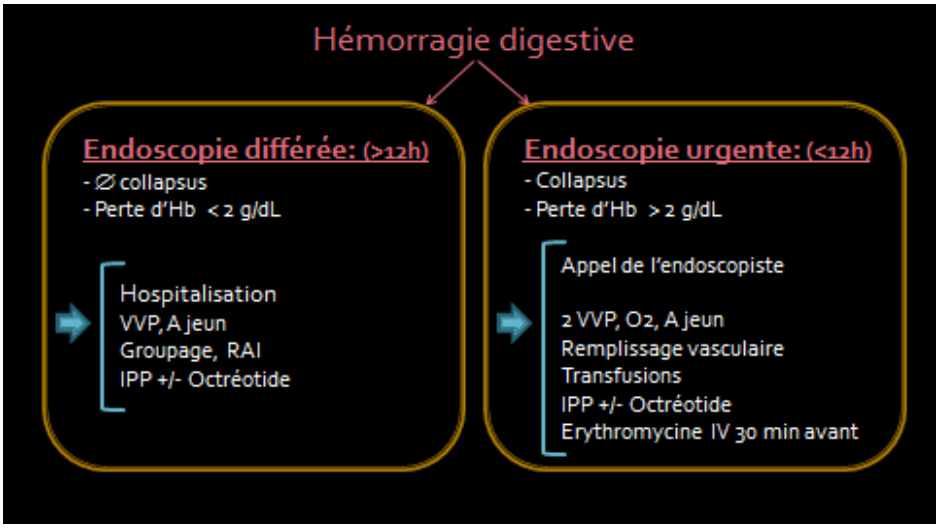
Etiologie	Succès immédiat	Récidive	Complications
Ulcères gastroduodénaux	95%	< 10% Associée aux IPP J1-J3 +++	1% Perforation
Varices œsophagiennes	90%	5% J1-J5 +++	Ligature: 1-8% chute d'escarre
Varices œsogastriques	90% Colle 90% Ligature 70-80% Sclérose	20% 40% 60-90%	Colle: 5% Embolie systémique

En cas de récidive hémorragique :

- D'origine ulcéreuse, un 2ème traitement endoscopique doit être réalisé car il est efficace dans 70% des cas.
  En cas d'échec, le patient relèvera alors soit d'une prise en charge chirurgicale au CHPO soit d'une prise en charge radiologique pour embolisation avec nécessité de transfert du patient aux Hospices civils de Lyon (HCL), à joindre en passant par le standard.
- Liée à une hypertension portale (rupture de varices œsophagiennes ou gastriques), le patient devra être transféré aux HCL pour la réalisation d'un TIPS en urgence.

En cas d'hémorragie digestive d'origine basse grave (origine haute éliminée par la gastroscopie), celles-ci sont essentiellement dues à des diverticules (40%) ou des angiodysplasies (15%). La coloscopie doit alors idéalement être réalisée dans les 24h après une préparation colique par PEG selon le protocole habituel. Le diagnostic étiologique est alors posé dans 48 à 90% des cas et l'hémostase endoscopique n'est possible que dans environ 70% des cas.

En de suspicion de fistule aorto-digestive chez les patients porteurs de prothèse aortique ou cas d'examen non contributif, il faut alors réaliser un angioscanner abdominal injecté en vue d'une éventuelle embolisation radiologique ou une prise en charge chirurgicale.



En cas d'indication d'endoscopie différée, le médecin en charge du patient faxe une demande d'endoscopie digestive au numéro habituel (☎ 7107) afin que l'examen soit réalisé pendant les créneaux dédiés durant les heures ouvrables.

2. INGESTION DE CAUSTIQUE

L'ingestion de caustique est rare en France. Les enfants représentent 30% des ingestions. Dans ce cas, il s'agit essentiellement d'une exposition accidentelle, prédominant chez le garçon avant 5 ans. Lorsque la victime est un enfant (âge inférieur à 18 ans), la prise en charge relève alors de l'endoscopie digestive pédiatrique aux Hospices civils de Lyon, à joindre en passant par le standard.
Lorsque la victime est un adulte, l'ingestion a souvent un but suicidaire, avec des volumes ingérés plus importants et des lésions plus sévères. Dans ce cas, une évaluation psychiatrique doit être mise en place.

La gastroscopie est l'examen clé pour évaluer le degré de sévérité des lésions et guider la prise en charge thérapeutique. Cette évaluation est optimale si l'endoscopie digestive haute est réalisée dans les 6 à 24 heures après l'ingestion :

- Avant six heures, l'endoscopie peut sous-évaluer les lésions ;
- Au-delà de 24 heures, l'endoscopie expose à un risque de perforation plus important en cas de lésions sévères, surtout quand il existe des signes cliniques majeurs prédictifs de lésions sévères (hyper sialorrhée, signes ORL ou pulmonaires).

Quel que soit le produit ingéré, il faut laver les yeux et la face à l'eau stérile, retirer les vêtements imprégnés et laisser le patient à jeun. Il faut proscrire l'absorption de liquide ou de produits «neutralisants», les vomissements provoqués et les lavages gastriques.
Il est important de récupérer un échantillon du produit en cause afin d'en préciser la nature (si elle n'est pas connue) avec l'aide du centre antipoison le plus proche, à joindre en passant par le standard.
La **radiographie de thorax de face avec un cliché centré sur les coupoles diaphragmatiques** est systématiquement demandée.

La gastroscopie doit donc être réalisée <u>entre 6h et 12h après l'ingestion</u> (et avant 24h dans tous les cas) dans une salle de bloc ou en réanimation, sous anesthésie générale et intubation trachéale de façon systématique afin de prévenir tout risque d'aggravation lié à l'inhalation.
De plus, l'endoscopie digestive doit être réalisée **après que le chirurgien viscéral est informé**, voire présent au moment du geste.

<u>En cas de signes initiaux de gravité, un transfert d'emblée aux Hospices Civils de Lyon (avant endoscopie) sera préféré autant que possible, compte tenu de possibilités chirurgicales plus étendues qu'au CHPO.</u>

La seule contre-indication est la présence de signes cliniques de perforation digestive (emphysème sous-cutané, signe d'irritation péritonéale) qui doit alors faire réaliser un scanner thoraco-abdominal en 1ère intention.
En cas de nécrose diffuse de l'œsophage en l'endoscopie, le scanner peut aussi aider à la décision de réaliser en urgence une œsophagectomie en évaluant l'importance de l'extension pariétale de la nécrose.

3. INGESTION DE CORPS ETRANGERS

Les corps étrangers doivent être extraits endoscopiquement en cas d'intolérance clinique et/ou de risque de perforation digestive.

- **Tout corps étrangers bloqué dans l'œsophage doit être retiré en urgence dans un <u>délai inférieur à 6h</u>** (notamment les piles boutons devant le risque de brulure, d'absorption de substances toxiques et de nécrose par compression).
- **A l'inverse dans l'estomac, l'indication d'extraction se limite aux corps étrangers coupants ou tranchants à risque de perforation et aux corps étrangers à risque d'occlusion (de taille supérieure à 5cm ou de diamètre supérieur à 2.5cm).**

80% des ingestions de surviennent chez des enfants entre 6 mois et 3 ans. Leur prise en charge relève alors de l'endoscopie digestive pédiatrique des Hospices Civils de Lyon pour les enfants âgés de moins de 18 ans, à joindre en passant par le standard.

4. OBSTRUCTION COLIQUE AIGUE

Il s'agit de la 2ème cause d'endoscopie en urgence après les hémorragies digestives. Dans ce cas, l'endoscopie a pour but de lever l'obstacle et de permettre l'exsufflation colique.

A - Volvulus du sigmoïde

L'endoscopie en urgence réalisée dans un délai inférieur à 24h après conditionnement du malade est la règle pour réduire le risque d'ischémie digestive.

Elle permet :

- D'effectuer une détorsion du segment sigmoïdien avec le passage de l'endoscope,
- D'évaluer la vitalité de la muqueuse colique,
- Et d'exsuffler le colon proximal diminuant ainsi le risque de translocation bactérienne et améliorant la ventilation du malade.

L'efficacité de l'endoscopie dans cette situation est de 70 à 90%. Le taux de perforation est faible (3%). La problématique reste la récidive qui est fréquente, d'où la nécessité d'une chirurgie élective secondaire.

B - Occlusion tumorale

En cas d'occlusion colique d'origine tumorale, les indications de **prothèses coliques** sont limitées aux situations suivantes:

- **Cancer colique obstructif métastatique ou chez un patient ASA III**
  et
- **Tumeur colique siégeant au niveau de la charnière rectosigmoïdienne, du colon sigmoïde ou du colon gauche**

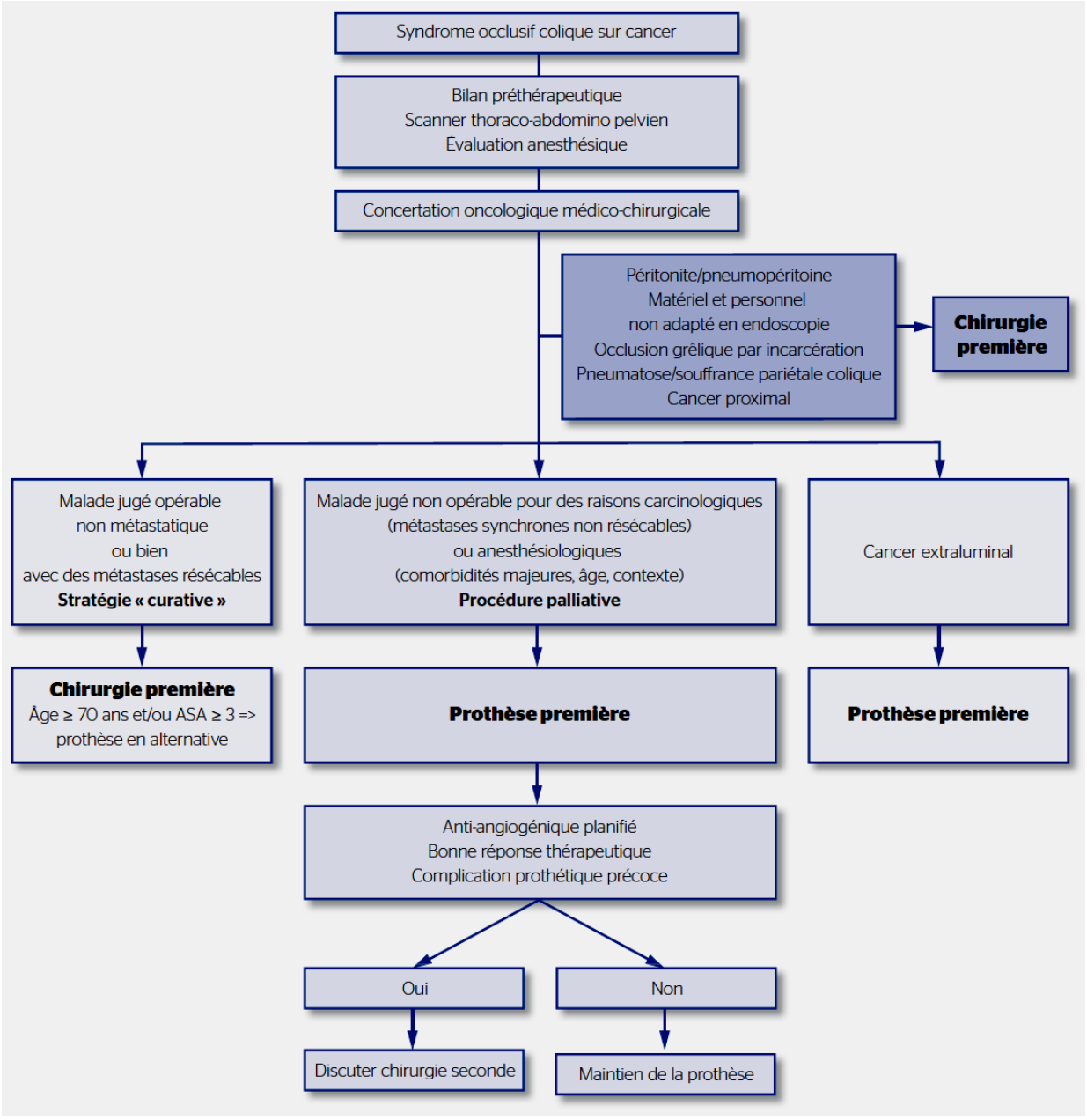
L'endoscopie avec pose de prothèse colique doit être réalisée en urgence :

- **dans un délai de 24 à 48h si le diamètre du caecum est supérieur à 10 cm au scanner**
- **après une préparation colique par lavement évacuateur** (lavement avec 2L d'eau tiède sur sonde rectale)
- **et conditionnement du patient** (à jeun +/- sonde nasogastrique en aspiration, …).

Le succès technique dans ces indications est de 90% avec un taux de complication faible (<5% de migration et de perforation).
La perméabilité moyenne de ces prothèses est de 6 mois.

Dans les autres situations, la chirurgie en urgence avec pose d'une stomie par laparotomie courte reste la référence :

- Cancer colique obstructif avec des signes de perforation, de péritonite, de souffrance colique ou d'incarcération du grêle
- Cancer colique obstructif non métastatique chez un patient ASA I ou II
- Tumeur colique siégeant au niveau du colon droit
- Cancer colique obstructif sous biothérapie par Bevacizumab (AVASTIN) : chirurgie (prothèse colique contre-indiquée).



C - Pseudo-obstruction colique aigue ou Syndrome d'Ogilvie

La colo exsufflation est indiquée en cas **d'échec du traitement médical dans un <u>délai ≤ à 6 jours</u>** car il existe un risque important de perforation spontanée associé à un taux de mortalité de 50%. Dans cette indication, l'efficacité de l'endoscopie est de 61 à 95% et son taux de perforation est de 2%.

5. ANGIOCHOLITE AIGUE ET « CPRE » EN URGENCE

Les indications de l'échoendoscopie biliopancréatique (EEBP) et de Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) en urgence sont rares (0.08 à 1.8% des CPRE).

Elles se limitent :

- **Aux angiocholites aiguës avec choc septique et/ou avec défaillance d'organe associée (notamment insuffisance rénale) résistant au traitement anti infectieux ;**
- **Aux pancréatites aiguës sévères compliquées d'angiocholite et/ou d'ictère obstructif** (c'est-à-dire avec dilatation des voies biliaires à l'imagerie).

L'EEBP et la CPRE doivent être réalisées dans un délai de 24 à 72h après stabilisation hémodynamique et respiratoire du patient.

L'objectif est alors d'assurer un drainage biliaire efficace avec un succès technique supérieur à 80%. Malgré tout, le taux de mortalité dans ces indications, reste élevé par défaillance multi viscérale.

Politique qualité et de gestion des risques du GHND 2019 - 2023

Sommaire

Contexte

1 / Fédérer le GHT autour de la qualité et de la gestion des risques

2 / Le management stratégique au service de la qualité et de la gestion des risques

3 / **10 priorités** pour la sécurisation et l'amélioration continue des pratiques au sein des filières et parcours patients (court, moyen ou long séjour)

Conclusion

Annexes

Contexte

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients est une priorité affirmée des 4 établissements du GHND et de sa gouvernance. Cette ambition nécessite un travail continu dans la maîtrise de la gestion des risques et de la qualité de tous les processus clefs.
Un travail de coordination de la qualité et de gestion des risques entre les établissements s'élabore donc pour répondre aux objectifs du projet médico soignant de territoire (PMST).

Ce document rassemble les priorités institutionnelles de notre politique de gestion des risques et de la qualité centrée sur la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soin.

Cette volonté clairement marquée d'offrir des soins de qualité doit bien sûr répondre aux exigence de notre patientèle. Elle est également une réponse sécurisante et attractive pour nos professionnels, la médecine libérale et nos partenaires médico-sociaux.

Le projet médico soignant de territoire (PMST) est en cours de déclinaison. La qualité et de gestion des risques y trouveront pleinement leur place notamment dans l'organisation des parcours et filières de soins ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles. Ces axes sont travaillés dans une démarche collective entre et au sein de chaque établissement de notre territoire. Notre réflexion intègre également de façon volontaire les processus support au service du soin.

1 / Fédérer le GHT autour de la qualité et de la gestion des risques

Toute institution a besoin d'éclairer son sens, ses actions par une stratégie. Définir ce vers quoi nous décidons d'aller ensemble est encore le meilleur moyen de progresser et de fédérer.

Le GHND s'inscrit donc dans une poursuite d'amélioration continue de l'ensemble de ses pratiques, au bénéfice des usagers de son territoire. Cette ambition nécessite un travail continu dans la maîtrise de la qualité et de la gestion des risques au sein des filières, parcours patient et prises en charge clefs qui seront partie intégrante de notre PMST.

Afin d'organiser une prise en charge graduée et coordonnée des habitants du Nord-Isère dans le respect des exigences de qualité et de sécurité des patients, l'élaboration de la politique qualité et de gestion des risques est guidée par quatre principes :

- Une gouvernance de la qualité et de la gestion des risques territoriale pilotée au niveau du GHND. Cette dernière est chargée de définir puis de suivre la déclinaison des priorités fixées au niveau du territoire
    - Au sein des quatre établissements de santé du GHND.
    - Au sein des pôles par la définition et le suivi d'objectifs opérationnels

- Une démarche participative : les axes prioritaires de la présente politique s'appuient sur des commissions, comités, groupes de travail au sein de chaque établissement de santé du GHND et également dans le cadre du GHND ; Les professionnels de santé qui y participent facilitent la coopération de tous les acteurs autour d'actions partagées de gestion de la qualité et des risques. Elle associe de façon plus engagée les patients et ses représentants à ces démarches.

- Une approche volontariste et réaliste : elle intègre les résultats des visites de certifications de la Haute Autorité de Santé (HAS) v2014 de chaque établissement du GHND, des revues annuelles de processus HAS, des démarches d'évaluation interne et externe de nos EHPAD, des inspections périodiques sur différents domaines, et des préconisations issues des évolutions du système de santé et des programmes de santé publique.

- Une approche pragmatique : la politique qualité et de gestion des risques est conçue pour faciliter l'entrée du GHND dans la démarche de certification commune version 2020 de la HAS. Sans attendre le nouveau Manuel de certification v2020, le GHND a commencé à traduire ses objectifs prioritaires qualité et de gestion des risques en un Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS).

Ainsi, cette politique qualité et de gestion des risques doit permettre de fédérer l'ensemble des professionnels afin d'améliorer visiblement et durablement la qualité du service rendu au patient et à son entourage sur le GHND mais aussi faciliter les relations et la qualité de vie au travail de tous les professionnels de santé.

2 / Le management stratégique au service de la qualité et de la gestion des risques

La responsabilité de la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques du GHND est conjointement confiée aux Présidents de la CME des quatre établissements du GHND, au Président du Collège médical GHND et au Directeur du GHND.

Au niveau opérationnel, la politique qualité et de la gestion des risques est rattachée au 1er novembre 2019 au Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques du GHND.

Le Collège médical de territoire définit les objectifs prioritaires de la politique qualité et de gestion des risques du GHND et suit le programme d'amélioration 2017-2023 qui en découle. Ce dernier s'assure de la cohérence territoriale des actions identifiées. Il favorise la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Au niveau de chaque établissement, le pilotage de la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques est assuré par la CME. La déclinaison de cette politique qualité et de gestion des risques est confiée à la responsabilité conjointe du Directeur délégué et du Président de la CME du site. Cette déclinaison intègre évidemment les spécificités de chaque établissement du GHND.

Les Comtés locaux de pilotage qualité jouent un rôle de coordination globale avec les pilotes de processus et de mise en œuvre avec les groupes de travail.

Les commissions de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que les commissions des usagers de chaque établissement de santé contribuent par leurs avis à l'élaboration du programme d'amélioration de chaque site.

Cf. Annexe 1 Tableau détaillé du pilotage et de l'organisation de la Qualité Sécurité des Soins (QSS) au niveau du GHT et des sites

La mise en œuvre et le suivi de la politique qualité et de gestion des risques s'appuie sur :

1- Une organisation qualité et gestion des risques GHT assurée par l'équipe transversale qualité risques GHND suivante depuis mai 2018. **Cf. Annexe 2**

2- Des modalités de pilotage des actions qualité risques par les pilotes de processus de chaque site en lien avec l'équipe qualité GHND. **cf. Annexe 3**

3- Une communication régulière aux instances (CME, CSIRMT, cadres de santé, réunions de pôle, conseil de bloc, réunions de service...) d'actions ciblées qualité avancées sous forme de Retour d'expériences (REX) EPP, patient traceur, CREX/RMM …

4- Le déploiement de méthodes et outils communs opérationnels. **Cf. Annexe 4**

5- Un logiciel unique qualité risques « Intraqual QualNet » avec un déploiement effectif pour fin mars 2020.

6- Une mutualisation des ressources d'expertise au sein du GHND (hygiène, douleur, nutrition …) afin d'optimiser les moyens et de sécuriser l'atteinte de nos objectifs sur les risques majeurs communs de chaque établissement du GHND.

7- Le soutien des processus support du GHND : RH, logistique, technique, finance et contrôle de gestion, SI).

3 / **10 priorités** pour la sécurisation et l'amélioration continue des pratiques au sein des filières et parcours patients (court, moyen ou long séjour)

La politique qualité gestion des risques du GHND se concentre sur 10 objectifs stratégiques prioritaires déclinés en objectifs opérationnels visant à renforcer la sécurisation et l'amélioration continue des pratiques au sein des filières et parcours patients.

L'atteinte de ces objectifs passe par la promotion sur le terrain de cette culture et l'animation de démarches très concrètes d'amélioration continue des pratiques et des organisations impliquant tous les personnels (médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs…).

Elle nécessite également :

- Une coordination et des analyses de processus.
- L'identification des risques à chaque étape des processus.
- L'harmonisation des procédures et le suivi de leur exécution.
- La gestion des événements indésirables.
- La mise en œuvre, l'évaluation et le suivi d'actions d'amélioration.

Les objectifs stratégiques prioritaires ont été identifiés à partir :

- Du PMST de territoire en cours de réactualisation.
- Des décisions émises par la Haute Autorité de Santé à l'issue des certifications V2014 des quatre établissements du GHT.

- D'une cartographie des processus et des risques notamment majeurs réalisée au sein de chaque établissement du GHND.
- Des résultats des contrôles externes et des visites de conformités.
- Des résultats des indicateurs obligatoires.
- De l'analyse des évènements indésirables déclarés et issus des CREX et RMM.
- Des rapports d'activité annuels des commissions des usagers (CDU) de chaque établissement.
- De l'actualité réglementaire et des alertes descendantes dans le cadre des vigilances.
- Des rapports de plaintes/réclamations et des questionnaires de satisfaction du patient.

Priorité 1 : Sécuriser les processus de prise en charge dans les secteurs à risques (urgences, bloc, endoscopie, imagerie, laboratoire, PECM et DM, salle de naissance)

Cet axe prioritaire a été identifié au regard des résultats de certification V2014 des établissements du GHND et des évaluations internes de nos EHPAD :

- Le CHPO (établissement support du GHT) a été certifié C en mars 2018 avec 3 obligations dont deux sur les secteurs à risques bloc opératoire et prise en charge médicamenteuse. Avec également deux recommandations sur le secteur des urgences et de l'endoscopie. L'objectif est clairement d'atteindre au moins le B lors de la prochaine visite de suivi en octobre 2019.
- Le CHPB a été certifié B en septembre 2016 avec 2 recommandations sur les secteurs à risques urgences et endoscopie.
- Le CHTP a été certifié B en septembre 2016 avec 1 recommandation sur un secteur à risques la prise en charge médicamenteuse.
- Le CHIM a été certifié A en mars 2018 avec 1 recommandation sur un secteur à risques la prise en charge médicamenteuse.

Les principales actions sont :

1- Pour chaque secteur à risque structurer son organisation et fonctionnement, de gestion de la qualité et des risques autour de l'élaboration d'un Manuel Assurance Qualité.
2- De définir les modalités pratiques de pilotage en PDCA : objectifs opérationnels, responsables, moyens, délai, réalisation, évaluation.

Priorité 2 : Structurer les filières et parcours patient du GHND (court, moyen ou long séjour)

Il s'agit pour le GHND de définir, avec ses principaux partenaires, ce qu'il prend en charge et où, ce doit être adressé à des établissements recours, à d'autres établissements, ce qui doit prioritairement être pris en charge en ville pour les principaux parcours de soins et filières identifiées dans le cadre du PMST Les erreurs de coordination des parcours patient sont en effet responsables le plus souvent d'une perte de temps et d'efficience. Elles peuvent aussi et surtout avoir des conséquences graves pour le patient (erreur de patient, erreur de données médicales et soignantes transmises entre établissement, …).

Les principales actions sont :

1- Définir et simplifier le parcours des patients notamment en restituant du temps cœur de métier et en limitant les pertes de temps médical et soignant.
2- Réduire les délais excessifs et les inégalités de prise en charge dans les services cliniques et médicotechniques des quatre établissements de santé du GHND.

3- Harmoniser les outils nécessaires au fonctionnement des filières : dossier administratif « PASTEL » des patients (commun sur le CHPO et le CHPB avec possibilité de passerelles pour les deux autres sites CHTP et CHIM), dossier patient unique « Easily » sur les quatre établissements de santé du GHND.

Priorité 3 : Garantir l'identification sécurisée du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Les erreurs d'identification du patient sont responsables le plus souvent d'une perte de temps et d'efficience et surtout peuvent avoir des conséquences graves pour le patient (erreur de médicament, de produit sanguin, erreur de côté).

Le GHND a mis en place dès 2018 un dossier administratif « PASTEL » d'identification unique des patients sur les sites CHPO et le CHPB. Une future passerelle pour les deux autres sites CHTP et CHIM est prévue.

Pour poursuivre la sécurité de l'identification du patient tout au long du parcours du patient, Les principales actions ont les suivants :

1- En complément de la mise en place du logiciel commun d'identification « PASTEL » sur le CHPO et CHPB, structurer une base commune d'identification des patients/résidents avec également les deux autres sites CHIM et CHTP
2- Déploiement de l'identification national de santé (INS) unique
3- Harmoniser les pratiques sur tous les sites : Développer une charte (MAQ) d'identitovigilance GHT articulée autour de la standardisation des modalités d'identification des patients par les professionnels de santé
4- Etablir un plan de formation continue des professionnels GHND pour contribuer notamment au passage d'une culture de l'identité administrative à une culture de contrôle de l'identité par tous les professionnels intervenant autour du patient/résident quel que soient les sites
5- Poursuivre une dynamique de signalement des EI inter établissements notamment dans le cadre de l'identitovigilance et profiter de la CIV GHND pour organiser des CREX EIG IV GHND
6- Bonnes pratiques de brancardage intra et transport inter établissements et territoire

Priorité 4 : Déployer le dossier patient unique au sein du GHND

Conformément à la règlementation, le GHND s'inscrit dans une politique de dossier patient unique informatisé. Il a pour cela opté pour le déploiement du dossier patient « Easily » utilisé au sein des HCL notamment.

Les principales actions sont :

7- L'informatisation complète du dossier du patient en assurant la compatibilité et la continuité du dossier patient avec les autres outils institutionnels, sur l'ensemble de la chaîne (y compris la facturation).
8- Harmoniser les pratiques.
9- Améliorer la gestion des dossiers patient papier des archives médicales.
10- Développer des requêtes informatisées d'évaluation de la bonne tenue du DPI et/ou d'exploitation de données issues du DPI

Priorité 5 : Promouvoir les droits des patients, la satisfaction des usagers et la démarche éthique

Le GHND poursuit la promotion des droits des patients, basée sur l'amélioration de la relation entre la patient et l'équipe pluridisciplinaire afin d'éviter des situations de non-respect de la dignité de la personne.

Les équipes de professionnels peuvent s'appuyer sur le travail des CDU de chaque établissement et collectivement sur le comité d'éthique du GHND pour proposer des prises en charge, respectueuses des droits des patients, de bientraitance, rendant le patient et son entourage acteurs principaux dans son parcours de soins.

Les principales actions sont :

1- Développer un programme de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance en cohérence avec la politique des Droits des patients.
2- Faire participer nos représentants des usagers sur certains outils d'évaluation : patient traceur, quick audit de pratiques professionnelles autour des droits du patient.
3- Développer et valoriser les compétences relationnelles des professionnels de manière à enrichir l'écoute du patient et de ses besoins lors de sa prise en charge.
4- Apporter une réponse rapide aux demandes de dossiers médicaux et aux plaintes et réclamations.
    - ⇨ Pour ces deux derniers points, le GHT travaille à favoriser les rencontres de médiations entre le plaignant, les représentants des usagers et les professionnels de santé.
5- Améliorer la prise en charge de la contention au sein de l'ensemble des établissements du GHND.
6- Compléter sur les secteurs gériatrique la mise en place d'un dispositif technique de bracelet anti-fugue **(écart de NC sur l'obligation « Droits des patients » V2014),** et l'accompagner d'une procédure commune de gestion de ce dispositif de la prescription, au suivi et à son arrêt.

Priorité 6 : Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse

Conformément aux objectifs nationaux, l'ambition du GHND est de diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable en s'appuyant sur un portage institutionnel fort, partagé par les présidents de la CME des quatre établissements et la Direction du GHND.

Sur chaque établissement du GHND, il a été nommé un Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient qui participe à la revue et au suivi mensuel des évènements indésirables en collaboration avec les pharmaciens, les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins et le service qualité.
En collaboration étroite avec le responsable de structure de la pharmacie, Il est au cœur des évaluations de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient (COMEDIMS, CAQES, CPOM, certification HAS, inspection des PUI, indicateurs IPAQSS).

Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec les membres de la COMEDIMS assure une synergie et complémentarité entre ces démarches et leurs objectifs.

Les principales actions sont :

1- Optimiser l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques de prescription informatisée.
2- Partager une réflexion sur les conditions de stockage et de rangement des médicaments dans les unités de soins.
3- Favoriser la sécurisation des conditions de préparation des piluliers, de réalisation de l'administration et assurer la traçabilité informatique.
4- Assurer une gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse du patient autour de notamment de CREX/REMED par site.
5- Optimiser la prise en charge médicamenteuse pour les populations à risque (personnes âgées) associés à la polymédication.
6- Poursuivre la prévention des erreurs médicamenteuses liées à la gestion du traitement personnel du patient.

Priorité 7 : Maîtriser le risque infectieux

La politique de gestion des risques infectieux et de prévention des infections associées aux soins est élaborée par le CLIN du GHND, sous la responsabilité du Collège médical de territoire. Elle est ensuite déclinée sur les quatre établissements du GHND en fonction des spécificités du site.
L'application de cette politique repose ensuite sur les CLINS locaux de chaque établissement avec une organisation opérationnelle impliquant des ressources spécialisées en hygiène, infectiologie et des correspondants hygiène au sein des services.

Les principales actions sont :

1- Améliorer la prévention de la transmission croisée aéroportée (virus de la grippe…) et manuportée (Bactérie multi résistante, virus gastro intestinaux…) notamment par le respect de l'hygiène des mains (indicateur SHA à faire progresser) et la gestion des excrétas
2- Prévention du risque infectieux des dispositifs invasifs (PICC sous cutanés, VVP…)
3- Améliorer le management du bon usage des ATB pour prévenir l'antibiorésistance : conseil aux prescripteurs, formations, protocoles communs GHND, fonctionnement du CAI GHND, audit sur les sondes urinaires…)
4- Poursuivre les surveillances environnementales et épidémiologiques

Ces objectifs opérationnels sont relayés et soutenus quotidiennement par l'équipe Eprias du GHND. L'efficacité des actions est évaluée par les indicateurs nationaux et des indicateurs interne.

Priorité 8 : Maîtriser la prise en charge de la douleur

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) GHND, en lien avec les CLUD de chaque établissement de santé du GHND, a la volonté d'améliorer la prise en charge de la douleur des patients, avec une attention particulière pour les populations les plus vulnérables, la gestion des douleurs chroniques et/ou rebelles.

Les principales actions sont :

1- Uniformiser les échelles d'évaluation de la douleur et optimiser la surveillance des traitements morphiniques.
2- Formaliser l'anticipation et la gestion de la douleur induite par les soins (Abécédaire, délais d'action des médicaments, douleur induite par les actes de radiologie interventionnelle).
3- Définir les outils et modalités d'identification des patients dits "vulnérables".
4- Maintenir ou développer la formation continue des professionnels : prise en charge médicamenteuse mais aussi pratiques non médicamenteuses et/ou innovantes.
5- Optimiser les pratiques adaptées à la gestion des douleurs chroniques et/ou rebelles.

Priorité 9 : Améliorer La qualité de vie au travail (QVT)

Cet objectif s'appuie sur le constat que l'ambiance de travail, l'organisation de travail dans les services et la QSS sont en complète interdépendance. Il vise à créer les conditions d'un climat de travail propice à l'épanouissement des professionnels et au bien-être au travail, en développant l'intérêt du travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et d'intérêt, et en favorisant la conciliation entre vie professionnelle et personnelle.

Les principales actions sont :
1- Intégrer la qualité de vie au travail dans la stratégie globale du GHT.
2- Remettre à jour un document unique sur chaque établissement.
3- Développer un groupe de travail QVT pluridisciplinaire et multiprofessionnel en lien avec nos partenaires sociaux pour :
    - Améliorer la prise en charge des risques psychosociaux.
    - Favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.
    - Mesurer périodiquement la qualité de vie au travail et la satisfaction des personnels.
    - Valoriser les démarches participatives et les dispositifs d'écoute des professionnels.
    - Promouvoir des actions d'amélioration de la QVT conduites par les professionnels.

L'ensemble de ces actions, en favorisant la qualité de vie au travail des professionnels, aura un impact concret sur la baisse de l'absentéisme, sur l'amélioration des organisations, au bénéfice des patients accueillis et de la qualité des soins.

Priorité 10 : Sécuriser le fonctionnement de notre Système d'information

Si l'évolution technologique et informatique facilite le fonctionnement d'un Hôpital, elle est aujourd'hui constitutive de nouveaux risques notamment en terme de cyber sécurité. Depuis plusieurs années nous sommes témoins d'une vague d'attaques cybernétiques sans précédent. Aussi, au regard notamment des données personnelles confidentielles que nos établissements de santé gèrent, nous courons un risque fort nécessitant des actions de protection adaptées.

La sécurité cybernétique est donc plus importante que jamais. Ainsi, il est impératif donc de mener les principales actions suivantes :
1- Tenir une veille sur les nouvelles menaces au fur et à mesure de leur apparition.
2- Sécuriser les systèmes et s'appuyer sur des protocoles de sécurité adaptés à leurs usages.
3- Mettre à jour les consignes de prévention.
4- Informer et former en interne les professionnels sur la sécurité à avoir au quotidien : rappeler les bonnes pratiques en matière de procédures internes.
5- Souscrire une assurance à hauteur du risque.

IV. Conclusion

La politique qualité et de gestion des risques du GHND, a vocation à s'inscrire de façon cohérente avec les priorités du PMST et du projet d'établissement. Dans l'attente de l'élaboration de ces documents autour de la remise à jour du PMST en cours, la politique qualité et de gestion des risques rassemble les principaux objectifs de travail essentiels pour le GHT dont la finalité est l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient.
Tous ces objectifs ciblés sont déclinés, par thématique, en plan d'actions, dont l'avancée des réalisations est suivie en continue.

Cette dynamique d'amélioration continue est le gage de l'évolution de la culture sécuritaire du GHT et la place centrale du patient dans notre offre de soins.
Le groupement se prépare ainsi progressivement aux attentes de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la perspective d'une certification commune v2020 en 2023 conformément au planning qui nous a été annoncé.

VI. Annexe

Annexe 1 Tableau détaillé du pilotage et de l'organisation de la Qualité Sécurité des Soins (QSS) au niveau du GHT et des sites

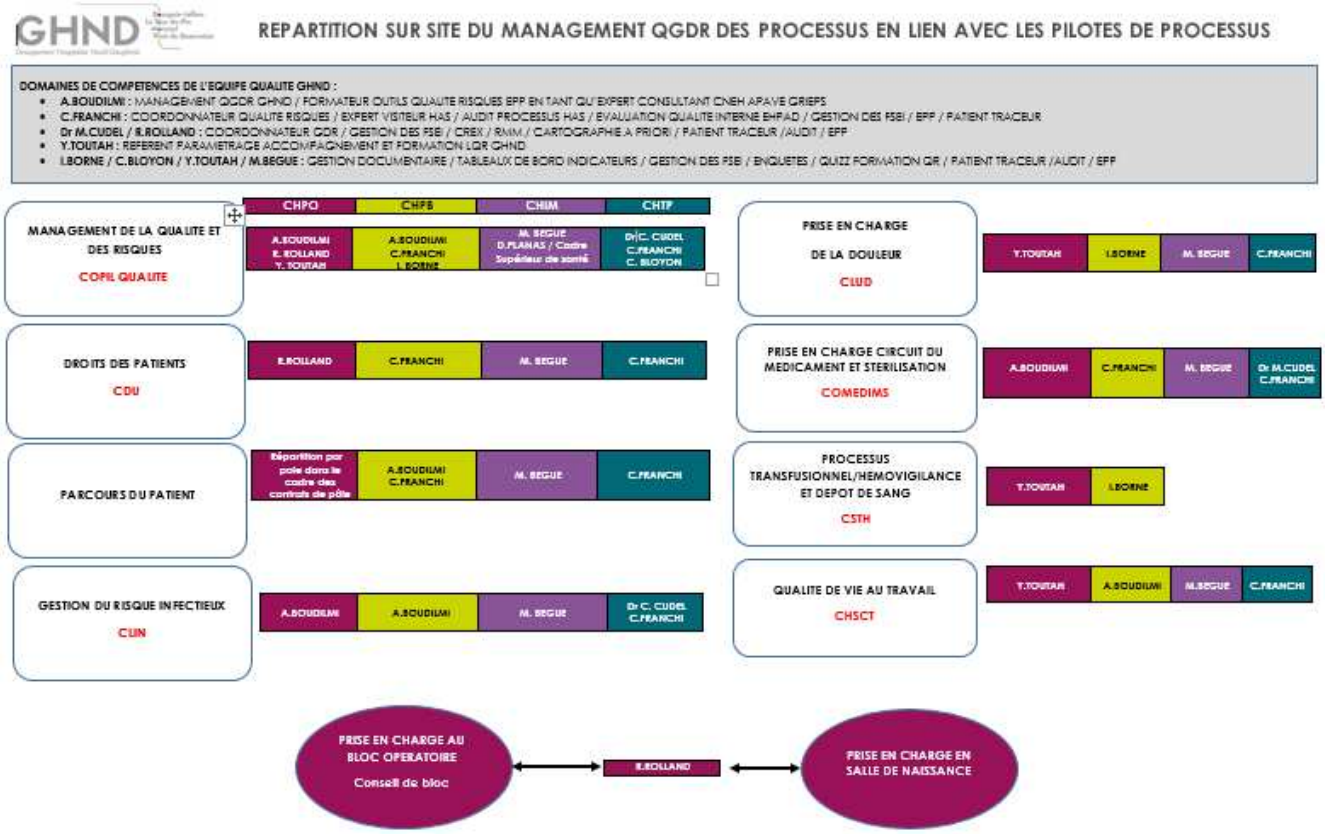
Commissions et/ou groupes de travail	Responsables	Rôle et objectifs
Au niveau GHND		
Collège médical GHND en lien avec les comités de territoire (CIV, CLIN, CLUD, CLAN, COVIR, Dossier patient, éthique)	• Président du Collège médical et Directeur Général • **Représentants qualité :** Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques GHND et Responsable Management QR GHND	• Définition des priorités de la Politique qualité risques GHND • Suivi du PAQSS GHND par des présentations de synthèse de revues de processus filières / parcours patient
CPMT GHND	• Directrice des soins GHND • **Représentant qualité :** Responsable Management QR GHND	• Présentation de synthèse d'actions et de REX GHND
Comité stratégique GHND	• Directeur général • **Représentant qualité :** Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques GHND	• Revue de Direction de management global Qualité Risques GHND
Comité de direction GHND	• Directeur général • **Représentant qualité :** Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques GHND	• Suivi des objectifs opérationnels qualité risques GHND
Pôles de territoire GHND	• Bureau de pôle • **Représentant qualité :** Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques GHND et Responsable Management QR GHND	• Suivi des objectifs opérationnels qualité risques inscrits dans le contrat de pôle
Au niveau Site		
CME	• Président de la CME et Directeur délégué • **Représentants qualité :** Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques GHND et Responsable Management QR GHND et un représentant du SQ du site	• Définition des priorités de la Politique qualité risques du site calée sur les priorités du GHND • Suivi du PAQSS du site par des présentations de synthèse de revues de processus du site
CSIRMT	• Directrice des soins et/ou Cadre supérieur de santé du site • **Représentant qualité :** Représentant du SQ du site	• Présentation de synthèse d'actions et de REX de site
Directoire	• Directeur général / Président de CME • **Représentant qualité :** Directeur des soins chargé qualité – gestion des risques GHND	• Revue de Direction de management global Qualité Risques du site
Comités locaux qualité en lien avec les groupes de travail de site	• Président de la CME et Directeur délégué • **Représentants qualité :** Responsable Management QR GHND et un représentant du SQ du site	• Coordination globale avec les pilotes de processus • Mise en œuvre des actions qualité risques avec les groupes de travail : RMM, CREX, EPP, CIV, CLIN, CLUD, CLAN …

Annexe 2 Organisation qualité et gestion des risques GHT

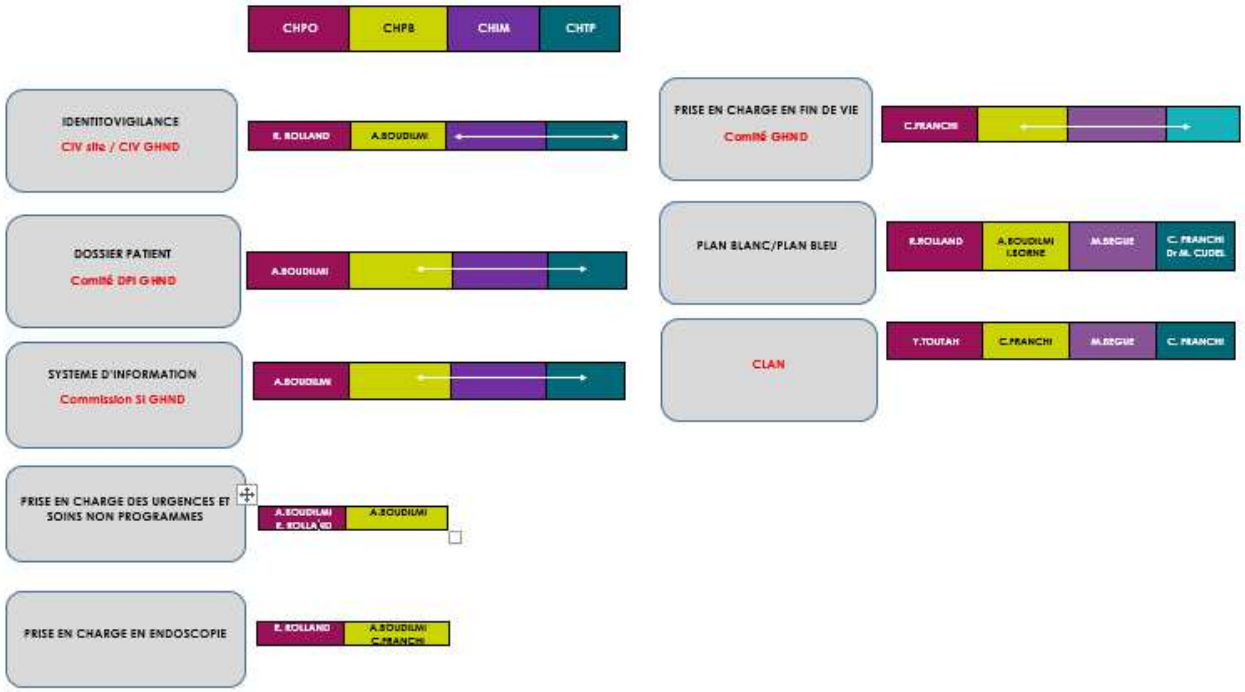
Annexe 3 Modalités de pilotage des actions qualité risques par les pilotes de processus en lien avec l'équipe qualité GHND

- Une méthodologie PDCA (Plan Do Check Actions) de pilotage et d'évaluation : une cartographie de chaque processus a été réalisée sur chaque établissement du GHND. Elle sert de base à l'élaboration de la cartographie des risques pour chaque établissement avec identification des risques majeurs communs au GHT prioritaires. Aux risques majeurs sont associés ensuite un PAQSS avec un tableau de bord d'outils d'évaluation et de suivi : suivi des FSEI, RMM, CREX, Patients traceurs, EPP, audit de processus, quicks audit, suivi d'indicateurs… Ces PAQSS par processus sont suivis sous forme de revue de processus (1 par an) entre le Service qualité et les pilotes de processus.

- Pour le suivi global de la cartographie des risques, un point de réévaluation de la criticité de chaque risque est réalisé tous les 2 ans par le groupe processus de chaque site en lien avec l'avancement du PAQSS au regard de l'ensemble des outils d'évaluation et de suivi.



REPARTITION SUR SITE DU MANAGEMENT QGDR DES PROCESSUS EN LIEN AVEC LES PILOTES DE PROCESSUS



PILOTES/REFERENTS DE PROCESSUS V2014 PAR SITE DU GHND

PROCESSUS	CHPO	CHPB	CHIM	CHTP
PARCOURS PATIENT	Direction des soins : I.PERRIN + Cadres supérieurs de santé	Cadre S de santé : L.DUMAY MUDAY	Cadre S de santé : D.PLANAS	Cadre de santé : C.MENERAUD Cadre de santé : H.BLANCHARD
QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET CHSCT	Directeur RH : A.AUGER Attachée d'administration : B.BABOIN Médecin du travail : Dr J.ANSELMETTI	Responsable RH : M.J GARIN	Responsable RH : S.BREUIL Cadre S de santé : D. PLANAS	Directeur délégué : A.YAHIAOUI Adjoints des cadres RH : S.VANDERTAELEN et A.JOUNET
DROITS DES PATIENTS	Directeur adjoint : JM.CIPRIANO Ingénieur chargé des affaires générales : A.PINET	Directeur délégué : J.M.CIPRIANO Responsable du BDE : P.FRITSCH	Directeur délégué : S.FRAISSE Cadre de santé : M.CECILLON	Directeur délégué : A.YAHIAOUI Cadre de santé : C.MENERAUD
DEMARCHE DE BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE	Cadre supérieur de santé filière gérontologique : N.GENIN Cadre de santé pédopsychiatrie : L.CHABERT Cadre de santé de Pédiatrie : F.MOUCHET	Cadre de santé : V.LAUDICO Dr R.ZAMMIT CHATTI Cadre de santé : C.REB	Cadre de santé : M.CECILLON Psychologue : F.CLEAR	Dr A.KOCHAN Cadre de santé : C.MENERAUD + groupe bientraitance territoire
DOSSIER PATIENT	Président du Comité dossier patient : Dr A.PENICAUD Cadre de santé RPU : M.SEBAN	Cadre de santé RPU : M.SEBAN TIM : D.BUGE Cadre S de santé : L.DUMAY MUDAY	Président de CME : Dr F.SHAUSS Assistante Qualité : M.BEGUE	Pharmacien CGDR : Dr M.CUDEL Cadre de santé : C.MENERAUD
SYSTEME D'INFORMATION SI	Responsable SI : F.CUDEL Ingénieur informatique / référent sécurité GHND : M. O.GAILLARD-GRENADIER	Directeur SI GHND : J.M.CIPRIANO Ingénieur informatique / référent sécurité GHND : M. O.GAILLARD-GRENADIER	AAH: S.BREUIL Directeur : S.FRAISSE	Directeur délégué : A.YAHIAOUI Pharmacien CGDR : Dr M.CUDEL Cadre de santé : C.MENERAUD
RISQUES INFECTIEUX	Infectiovigilant : Dr FABRE Eprias GHND	Infectiovigilant : Dr C.SCHAEFERS Cadres de santé référents hygiène : M.CECILLON, C.LE BRETON et S. PILOT Eprias GHND	Président de CME : Dr F.SHAUSS Pharmacien : Dr M.CUDEL Eprias GHND	Cadre de santé : C.MENERAUD Dr A.KOCHAN Eprias GHND
CLUD	Président du CLUD : Dr M.MARVY Médecin EMASP : Dr B.CHOLIN	Médecin Responsable : Dr B.DE MARCO Cadre de santé : C.ISCHIA	Médecin SSR : Dr F.SHAUSS Cadre de santé : M.CECILLON	Dr A.KOCHAN
PRISE EN CHARGE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT ET STERILISATION	Pharmacienne Chef de Service : Dr E.PONT **Responsable SMQ PCMP** : Dr M. VOUTIER	Responsable Pharmacie à Usage Intérieur et **Responsable SMQ PCMP** : Dr B. GARDAN Référent PCMP cadre de santé : V.GUERREE	Pharmacien et **Responsable SMQ PCMP** : Dr M.CUDEL Médecin SSR : Dr E.SHAUSS Cadre de santé : B.MOREL	Pharmacien CGDR et **Responsable SMQ PCMP** : Dr M.CUDEL Cadre de santé : H.BLANCHARD
IDENTITOVIGILANCE	Responsable du BDE et référent CIV : S.PEREZ Coordonnateur GDR : R.ROLLAND	Responsable du BDE et référent CIV : P.FRITSCH	Cadre de santé : M.CECILLON AAH : S.BREUIL	Cadre de santé : H.BLANCHARD
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES	Chef de service : Dr O.DUMONT Cadre de santé : S.NARDY Médecin urgentiste : Dr P.ACHACHE	Chef de service : Dr V. BAUDOT Cadre de santé : S.MARTIN		
PRISE EN CHARGE AU BLOC OPERATOIRE	Directeur des opérations : S.FRAISSE Cadre supérieur de santé : N.ESCOT Cadre de santé : F.POLLOSSON Assistante DOP : P.LEPY			
PRISE EN CHARGE EN ENDOSCOPIE	Représentant médical secteur endo : Dr C.CRUIZAT IDE Référente endo : C.GROLLIER	Cadre de Santé : K.LANBERT		
PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE	Représentant médical SN : Dr A.VIALET Cadre Sage-femme : M.MARION			
PROCESSUS BIOLOGIE MEDICALE	Responsable et RAQ du labo CHPO : Dr M.ROUBILLE	ACCREDITAION COFRAC MARCHE AVEC LABORATOIRE PRIVE	Responsable et RAQ du labo CHPO : Dr M.ROUBILLE	
PROCESSUS TRANSFUSIONNEL / HEMOVIGILANCE ET DEPÔT DE SANG	Praticien Hémovigilance : Dr B. RIVOIRE Responsable du dépôt de sang : Dr M.ROUBILLE	Chef de service : Dr V. BAUDOT Praticien Polyvalent CSG : Dr Y. FROLLA Gestionnaire DUV : L. DUMAY MUDAY Cadre de santé : S. MARTIN		
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Médecins EMASP : Dr B.CHOLLIN IDE EMASP : A.GARSIOT Médecin Gériatre : Dr M.FRANCISCO	Chef du service de Médecine Polyvalente : Dr C. SCHAEFERS Référent IDE SP : E.BOVET	Cadre de santé : M.CECILLON Médecin SSR : Dr	
PLAN BLANC / NRBC	Médecin Urgentiste : Dr P.ACHACHE Cadre de santé : S.NARDY	Chef de service : Dr V. BAUDOT Cadre de santé : S. MARTIN	Cadre S de Santé : D.PLANAS Assistante Qualité : M.BEGUE	Pharmacien CGDR : Dr M.CUDEL Cadre S de santé QR : C.FRANCHI
PLAN BLEU	Cadre supérieur de santé filière gérontologique : N.GENIN	Cadre de santé : V. GUERREE	Cadre S de santé : D.PLANAS	Cadre de santé : H. BLANCHARD

Cf. Annexe 4 Le déploiement de méthodes et outils communs opérationnels

- Le développement professionnel continu (DPC), associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles.
- Une définition conjointe avec la formation continue des axes de formations permettant de soutenir l'atteinte des objectifs prioritaires.
- L'élaboration et la mise à jour tous les 4 ans sur chaque établissement d'un livret synthétique et ludique « Compte qualité » avec une intervention régulière des équipes qualité dans les services cliniques, médicotechniques, administratifs, logistiques et techniques.
- Des outils de sensibilisation et d'évaluation tels que des livrets pédagogiques, lettre de partage GHND, des audits de processus, EPP sur la pertinence des soins, CREX/RMM, quicks audit inter services, quizz, jeux, formation ciblées etc… En effet, ces démarches permettent une approche/réflexion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, source de renforcement de la culture sécurité et qualité. Cette dernière est soutenue par la mise en œuvre d'ateliers sur des thèmes clefs tels qu'hygiène, droits des patients, douleur.
- L'organisation via le logiciel Qualité/Risques de quizz ciblés formation/sensibilisation avec goodies : identitovigilance, Bloc (notamment check-list sécurité, préparation de l'opéré…), Médicament (notamment les injectables …).
- L'élaboration périodique de sets de table avec des jeux (histoire en BD, les incollables, jeux des 7 erreurs, rébus, mots cachés …) liés à la démarche qualité en santé.
- La participation sous forme d'ateliers à la semaine annuelle sécurité mais également sur les journées annuelles par thématique : les supports de communication utilisés sont adaptés aux publics, variés et si possible innovants (Serious Game, vidéos, masque virtuel autour des thématiques suivantes d'erreurs (bloc, salle de soins, armoire à pharmacie médicament, chambre, pose de voie veineuse …), simulation aux plans d'urgence sanitaire…).
- Des points info qualité réguliers sont réalisés avec le soutien du service de communication GHND par une lettre électronique « Parta'GHND » diffusée auprès des professionnels de santé.

UNE ENDOSCOPIE EN URGENCE

QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES IDE (IBODE) EFFECTUANT DES ASTREINTES EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE CHEZ L'ADULTE

Actuellement en formation DIU « infirmier en endoscopie », je réalise mon mémoire sur le thème de la formation à l'urgence endoscopique. En répondant à ce questionnaire de façon anonyme vous m'apportez une aide précieuse pour ce travail.

Contexte Général

Êtes-vous affecté(e) exclusivement à une unité d'endoscopie ? □ Oui □ Non

Si non, à quel service êtes-vous également affecté(e) ? ……

Depuis combien de temps exercez-vous en endoscopie ?
- □ Moins de 1 an
- □ Entre 1 an et 2 ans
- □ Plus de 2 ans

Dispositif de formation - intégration

Avez vous reçu une formation spécifique à l'endoscopie lors de votre prise de fonction ? □ Oui □ Non

Si oui

Quelle en était la durée ?
- □ Moins de 2 semaines
- □ Entre 2 et 4 semaines
- □ Entre 4 et 6 semaines
- □ Plus de 6 semaines

Si plus de 6 semaines, précisez la durée. ……

Un tuteur (référent) a été nommé pour superviser votre formation. □ Oui □ Non

Avez-vous reçu une formation spécifique à la gestion des urgences en endoscopie digestive ? □ Oui □ Non

Si oui, quelle en était la durée ? ……

A la fin de votre formation, votre pratique a été évaluée ? □ Oui □ Non

Si oui, comment ?
- □ Mise en situation
- □ Questionnaire
- □ Grille de compétences pré établie
- □ Autre

Si autre, merci de préciser. ……
……
……

A la fin de votre formation, votre connaissance des situations d'urgence a-t-elle été évaluée ? □ Oui □ Non

Si oui, comment ?
- □ Mise en situation
- □ Questionnaire
- □ Grille de compétences pré établie
- □ Autre

Si autre, merci de préciser. ……
……
……

La formation reçue lors de votre prise de fonction est nécessaire et suffisante pour assurer l'ensemble de vos missions ?
- □ Oui, tout à fait d'accord
- □ Oui, plutôt d'accord
- □ Non, plutôt pas d'accord
- □ Non, pas du tout d'accord

Pourquoi ? ……
……
……

Si non

Pensez-vous que l'absence de formation préalable à la prise de fonction soit préjudiciable. □ Oui □ Non

Pourquoi ? ……
……
……

L'astreinte et l'urgence endoscopique

Depuis combien de temps effectuez-vous des astreintes d'endoscopie digestive ?
- □ Moins de 1 an
- □ Entre 1 an et 2 ans
- □ Plus de 2 ans

A quelle fréquence prenez-vous des astreintes en endoscopie digestive ?
- □ Plus d'une par semaine
- □ Entre 1 par semaine et 1 tous les 15 jours
- □ Entre 1 tous les 15 jours et 1 par mois
- □ Moins d'1 par mois

Avez-vous été doublé(e) avant de prendre des astreintes seul(e) ? □ Oui □ Non

Si oui, préciser combien de temps et/ou le nombre d'astreinte. ……

Diriez-vous que vous vous sentez stressé(e) lors de vos astreintes ?

□ Oui, Toujours
□ Occasionnellement
□ Rarement
□ Non, Jamais

Pourquoi ? ……
……
……

Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) **au moins une fois** en difficulté lors d'une astreinte ?

□ Oui □ Non

Si oui, sur quelle type de procédure ?

□ Hémostase
□ Corps étranger
□ Ingestion de caustique
□ CPRE
□ Autre

Si autre, merci de préciser laquelle. ……
……

Diriez-vous que la formation reçue lors de votre prise de fonction est suffisante pour assurer des astreintes ?

□ Oui, tout à fait
□ Oui, partiellement
□ Non, pas du tout
□ Pas de formation reçue

Pourquoi ? ……
……
……

Les axes d'amélioration possibles

Voici une série de propositions relatives à la **gestion des urgences en endoscopie digestive**. Pour chacune d'elles, diriez-vous que vous êtes Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord ou Pas du tout d'accord ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Il est important de disposer du livret d'accueil du service d'endoscopie.	□	□	□	□
Il est utile d'avoir chariot d'urgences dédié avec du matériel régulièrement contrôlé (péremption …).	□	□	□	□
Il est utile d'avoir à disposition un classeur regroupant les différents protocoles d'urgences.	□	□	□	□
Pouvoir visionner des procédures d'urgence filmées est formateur.	□	□	□	□

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Pouvoir s'entraîner avec le matériel d'urgence est formateur.	□	□	□	□
Être systématiquement doublé(e) sur ses premières astreintes est rassurant.	□	□	□	□
Il est important que les médecins soient impliqués dans la formation : notions théoriques, explications des gestes ...	□	□	□	□
Organiser régulièrement une journée dédiée à l'urgence (mise en situation avec un médecin référent) est utile.	□	□	□	□
Une formation avec les laboratoires pour les matériels spécifiques (poudres hémostatiques, ...) est nécessaire.	□	□	□	□
Participer à des formations inter établissements spécifiques à la gestion des urgences serait un plus.	□	□	□	□

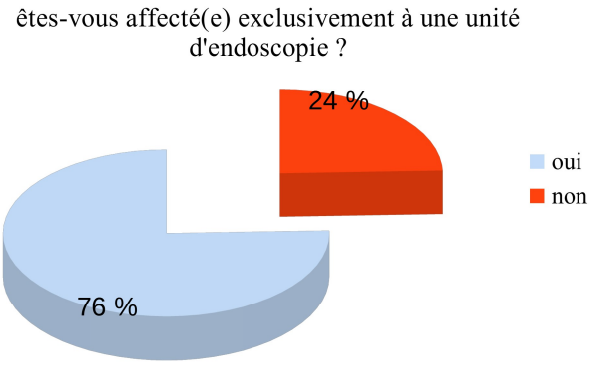
Autres ……
……
……

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Contexte général

Êtes-vous affecté(e) exclusivement à une unité d'endoscopie ?

oui	76 %	37
non	24 %	12
		49

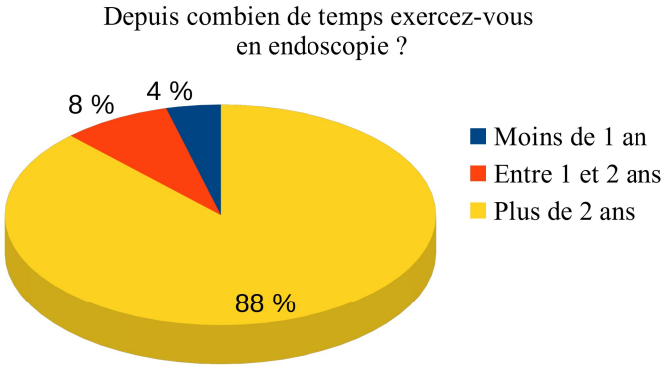


Si non, à quel service êtes-vous également affecté(e) ?

Bloc opératoire	83 %	10
Service de soins	17 %	2
		12

Depuis combien de temps exercez-vous en endoscopie ?

Moins de 1 an	4 %	2
Entre 1 et 2 ans	8 %	4
Plus de 2 ans	88 %	43
		49



Dispositif de formation / intégration

Avez-vous reçu une formation spécifique à l'endoscopie lors de votre prise de fonction ?

Oui	74 %	32
Non	26 %	11
		43

Si oui, quelle en était la durée ?

Moins de 2 semaines	19 %	6
Entre 2 et 4 semaines	41 %	13
Entre 4 et 6 semaines	19 %	6
Plus de 6 semaines	21 %	7
		32

Plus de 6 semaines

2 mois	1
2 mois 1/2	2
3 mois	1
6 mois	2
1 an	1
	7

Un tuteur / référent a été nommé pour superviser votre formation ?

Oui	50 %	16
Non	50 %	16
		32

Avez-vous reçu une formation spécifique à la gestion des urgences en endoscopie digestive ?

Oui	12 %	4
Non	88 %	28
		32

Si oui, quelle en était la durée ?

2 – 3 semaines	25 %	1
1 mois	50 %	2
Jusqu'à validation des acquis	25 %	1
		4

A la fin de votre formation, votre pratique a été évaluée ?

Oui	47 %	15
Non	53 %	17
		32

Si oui, comment ?

Mise en situation / Mise en pratique	40 %	6
Questionnaire		
Grille de compétence pré établie	60 %	9
Autre		
		15

A la fin de votre formation, votre connaissance des situations d'urgence a-t-elle été évaluée ?

Oui	25 %	8
Non	75 %	24
		32

Si oui, comment ?

Mise en situation / Mise en pratique	38 %	3
Questionnaire		
Grille de compétence pré établie	50 %	4
Autre	12 %	1
évaluation quotidienne par les collègues sur le terrain		8

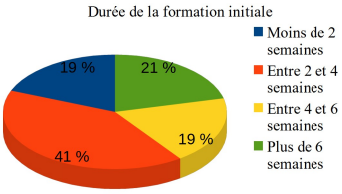
La formation reçue lors de votre prise de fonction est nécessaire et suffisante pour assurer l'ensemble de vos missions ?

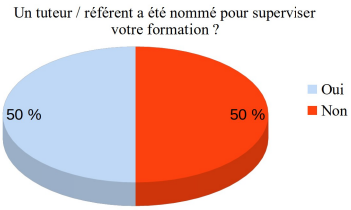
Oui, tout à fait d'accord	12 %	4
Oui, plutôt d'accord	41 %	13
Non, plutôt pas d'accord	41 %	13
Non, pas du tout d'accord	6 %	2
		32

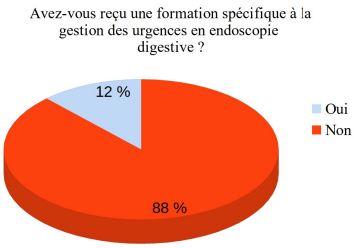
Vous n'avez pas reçu de formation préalable à votre prise de fonction, pensez-vous que cette situation soit préjudiciable ?

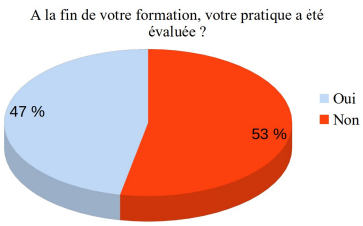
Oui	75 %	9
Non	25 %	3
		12

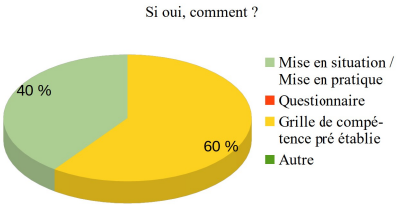
Dispositif de formation / intégration

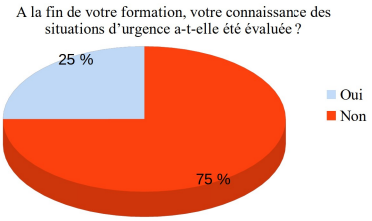


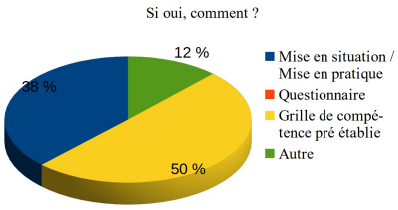


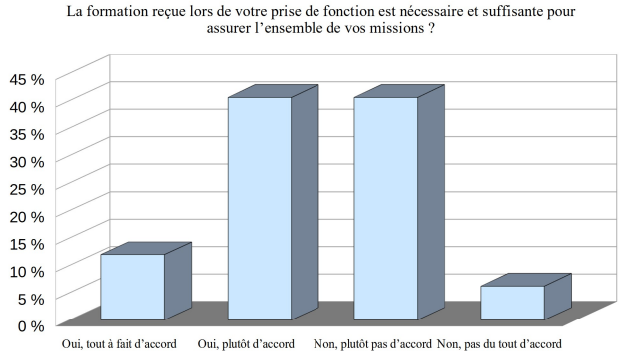


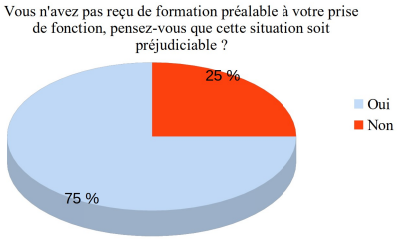












Dispositif de formation / intégration

IDE « novices en endoscopie » (< 2 ans de pratique en endoscopie)

Avez-vous reçu une formation spécifique à l'endoscopie lors de votre prise de fonction ?

Oui	83 %	5
Non	17 %	1
		6

Si oui, quelle en était la durée ?

Moins de 2 semaines		
Entre 2 et 4 semaines	20 %	1
Entre 4 et 6 semaines	60 %	3
Plus de 6 semaines	20 %	1
3 mois		5

Un tuteur / référent a été nommé pour superviser votre formation ?

Oui	60 %	3
Non	40 %	2
		5

Avez-vous reçu une formation spécifique à la gestion des urgences en endoscopie digestive ?

Oui		
Non	100 %	5
		5

A la fin de votre formation, votre pratique a été évalué(e)

Oui	40 %	2
Non	60 %	3
		5

Si oui, comment ?

Mise en situation / Mise en pratique		
Questionnaire		
Grille de compétence pré établie	100 %	2
Autre		
		2

A la fin de votre formation, votre connaissance des situations d'urgence a-t-elle été évaluée ?

Oui	40 %	2
Non	60 %	3
		5

Si oui, comment ?

Mise en situation / Mise en pratique	50 %	1
Questionnaire		
Grille de compétence pré établie	50 %	1
Autre		
		2

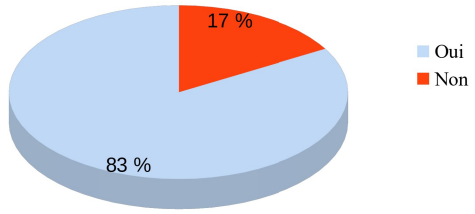
La formation reçue lors de votre prise de fonction est nécessaire et suffisante pour assurer l'ensemble de vos missions ?

Oui, tout à fait d'accord	20 %	1
Oui, plutôt d'accord	60 %	3
Non, plutôt pas d'accord	20 %	1
Non, pas du tout d'accord		
		5

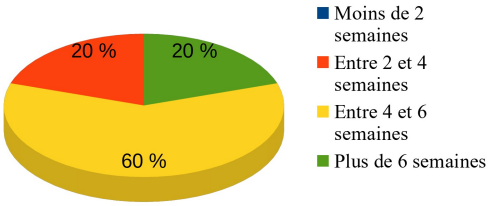
Dispositif de formation / intégration

IDE « novices en endoscopie » (< 2 ans de pratique en endoscopie)

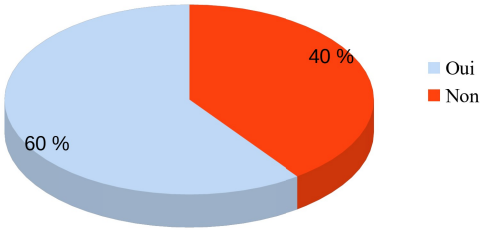
Avez-vous reçu une formation spécifique à l'endoscopie lors de votre prise de fonction ?



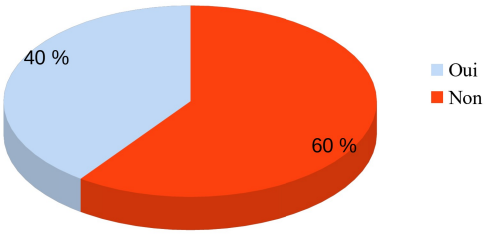
Si oui, quelle en était la durée ?



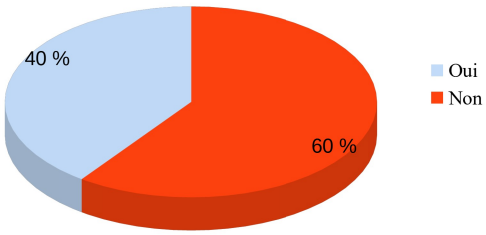
Un tuteur / référent a été nommé pour superviser votre formation ?



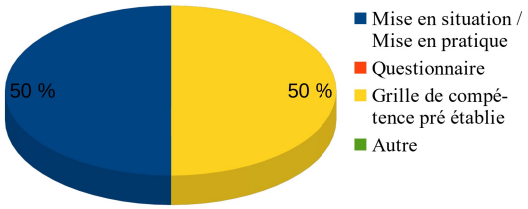
A la fin de votre formation, votre pratique a été évalué(e)



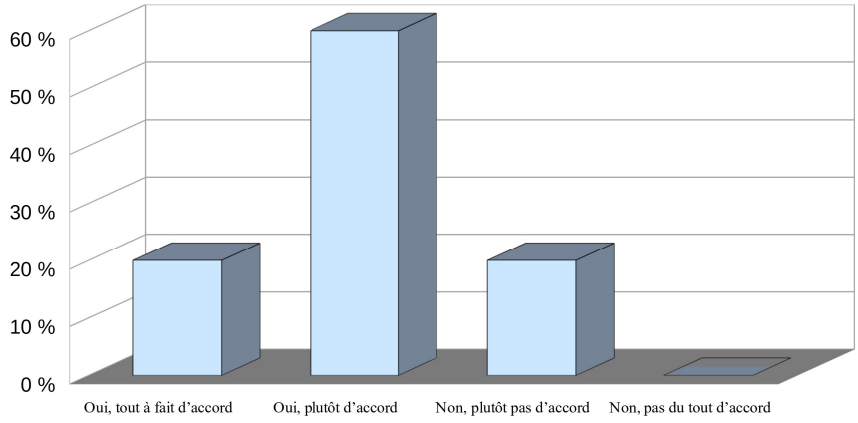
A la fin de votre formation, votre connaissance des situations d'urgence a-t-elle été évaluée ?



Si oui, comment ?



La formation reçue lors de votre prise de fonction est nécessaire et suffisante pour assurer l'ensemble de vos missions ?



L’astreinte et l’urgence endoscopique

Depuis combien de temps effectuez-vous des astreintes d’endoscopie digestive ?

Moins de 1 an	2 %	1
Entre 1 et 2 ans	9 %	4
Plus de 2 ans	88 %	38
		43

A quelle fréquence prenez-vous des astreintes en endoscopie digestive ?

Plus d'une par semaine	23 %	10
Entre 1 par semaine et 1 tous les 15 jours	42 %	18
Entre 1 tous les 15 jours et 1 par mois	14 %	6
Moins de 1 par mois	21 %	9
		43

Avez-vous été doublé(e) avant de prendre des astreintes seul(e) ?

Oui	47 %	20
Non	53 %	23
		43

Si oui, préciser combien de temps et/ou combien d'astreintes.

1 astreinte	6
2 astreintes	5
3 astreintes	1
4 astreintes	2
2 mois	1
Autres réponses	7

Autres réponses

Toute la durée du compagnonnage
Toujours 2 en astreinte
Doublure téléphonique le temps nécessaire
2 urgences
Déjà formée quand mise en place

Diriez-vous que vous vous sentez "stressé(e)" lors de vos astreintes ?

Oui, toujours	7 %	3	44 %
Occasionnellement	37 %	16	
Rarement	37 %	16	56 %
Non, jamais	19 %	8	
		43	

Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) au moins une fois en difficulté lors d’une astreinte ?

Oui	40 %	17
Non	60 %	26
		43

Si oui, sur quelle type de procédure ? (plusieurs réponses possibles)

Hémostase	40 %	8
Corps étranger	10 %	2
Ingestion de caustique		
CPRE (+kystogastrostomie)	35 %	7
Autre	15 %	3
		20

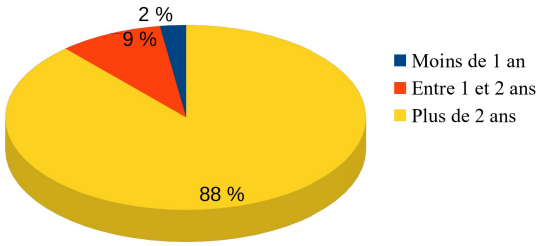
Autre
pbe matériel
pbe organisation
urgences simultanées

Diriez-vous la formation reçue lors de votre prise de fonction est suffisante pour assurer des astreintes ?

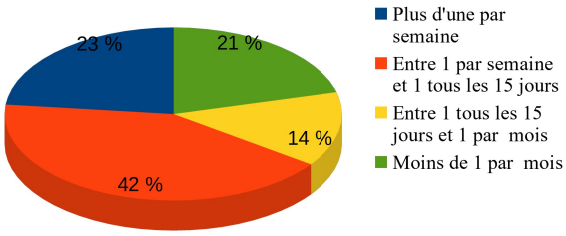
Oui, tout à fait	26 %	11
Oui, partiellement	47 %	20
Non, pas du tout	26 %	11
Pas de formation reçue	2 %	1
		43

L'astreinte et l'urgence endoscopique

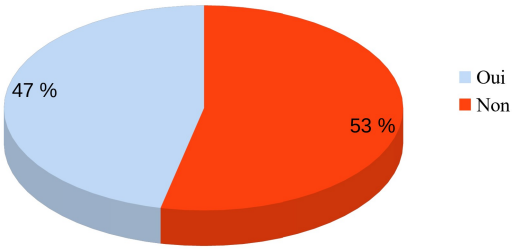
Depuis combien de temps effectuez-vous des astreintes d'endoscopie digestive ?



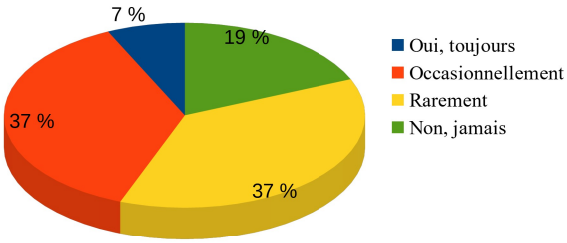
A quelle fréquence prenez-vous des astreintes en endoscopie digestive ?



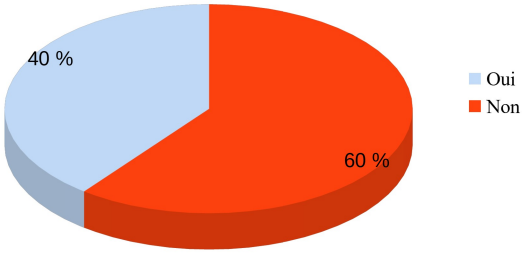
Avez-vous été doublé(e) avant de prendre des astreintes seul(e) ?



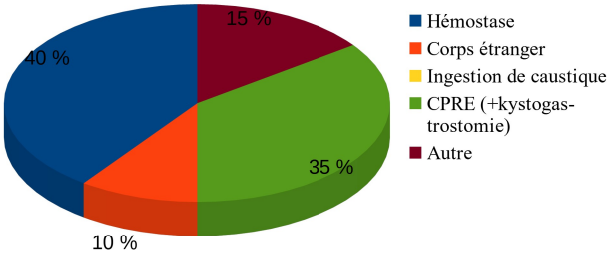
Diriez-vous que vous vous sentez "stressé(e)" lors de vos astreintes ?



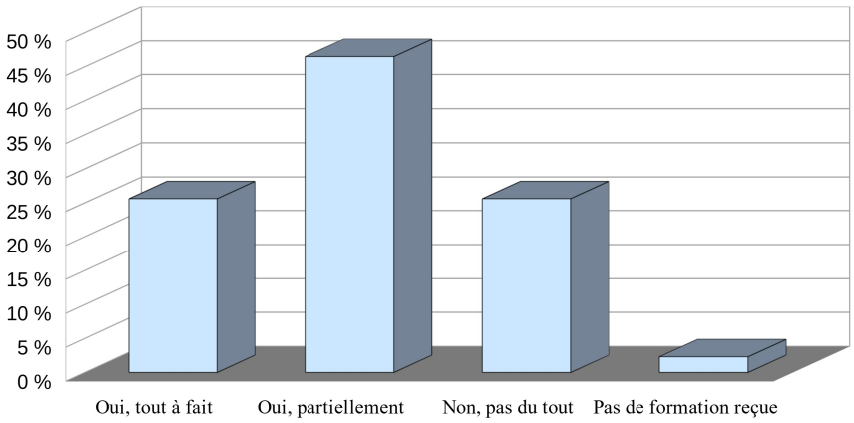
Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) au moins une fois en difficulté lors d'une astreinte ?



Si oui, sur quelle type de procédure ? (plusieurs réponses possibles)



Diriez-vous la formation reçue lors de votre prise de fonction est suffisante pour assurer des astreintes ?



L’astreinte et l’urgence endoscopique

IDE « novices en endoscopie » (< 2 ans de pratique en endoscopie)

Depuis combien de temps effectuez-vous des astreintes d’endoscopie digestive ?

Moins de 1 an	67 %	4
Entre 1 et 2 ans	33 %	2
Plus de 2 ans		
		6

A quelle fréquence prenez-vous des astreintes en endoscopie digestive ?

Plus d'une par semaine	33 %	2
Entre 1 par semaine et 1 tous les 15 jours	33 %	2
Entre 1 tous les 15 jours et 1 par mois	33 %	2
Moins de 1 par mois		
		6

Avez-vous été doublé(e) avant de prendre des astreintes seul(e) ?

Oui	50 %	3
Non	50 %	3
		6

Si oui, préciser combien de temps et/ou combien d'astreintes.

1 astreinte	1
2 astreintes	1

Diriez-vous que vous vous sentez "stressé(e)" lors de vos astreintes ?

Oui, toujours		
Occasionnellement	83 %	5
Rarement	17 %	1
Non, jamais		
		6

Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) au moins une fois en difficulté lors d’une astreinte ?

Oui	67 %	4
Non	33 %	2
		6

Si oui, sur quelle type de procédure ? (plusieurs réponses possibles)

Hémostase	75 %	3
Corps étranger		
Ingestion de caustique		
CPRE (+kystogastrostomie)		
Autre (matériel)	25 %	1
		4

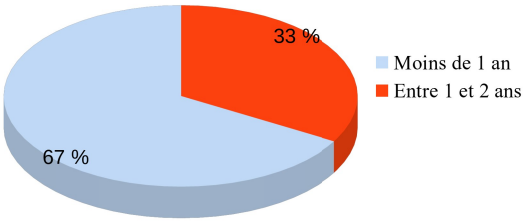
Diriez-vous que la formation reçue lors de votre prise de fonction est suffisante pour assurer des astreintes ?

Oui, tout à fait	17 %	1
Oui, partiellement	67 %	4
Non, pas du tout		
Pas de formation reçue	17 %	1
		6

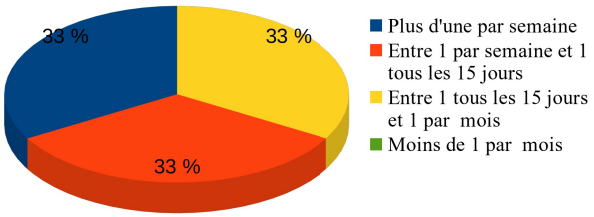
L'astreinte et l'urgence endoscopique

IDE « novices en endoscopie » (< 2 ans de pratique en endoscopie)

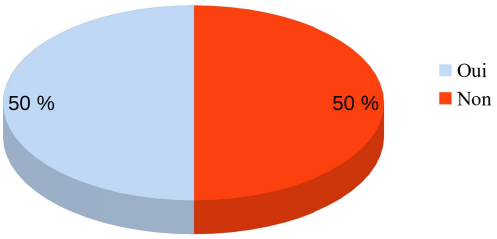
Depuis combien de temps effectuez-vous des astreintes d'endoscopie digestive ?



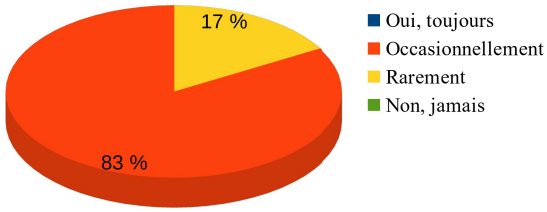
A quelle fréquence prenez-vous des astreintes en endoscopie digestive ?



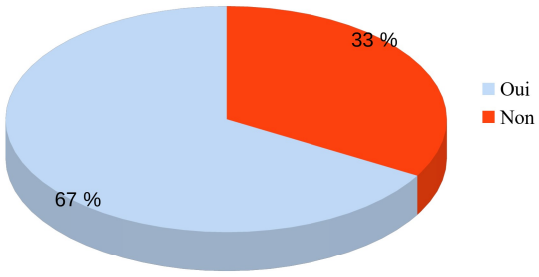
Avez-vous été doublé(e) avant de prendre des astreintes seul(e) ?



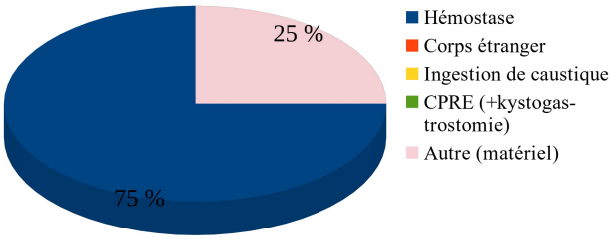
Diriez-vous que vous vous sentez "stressé(e)" lors de vos astreintes ?



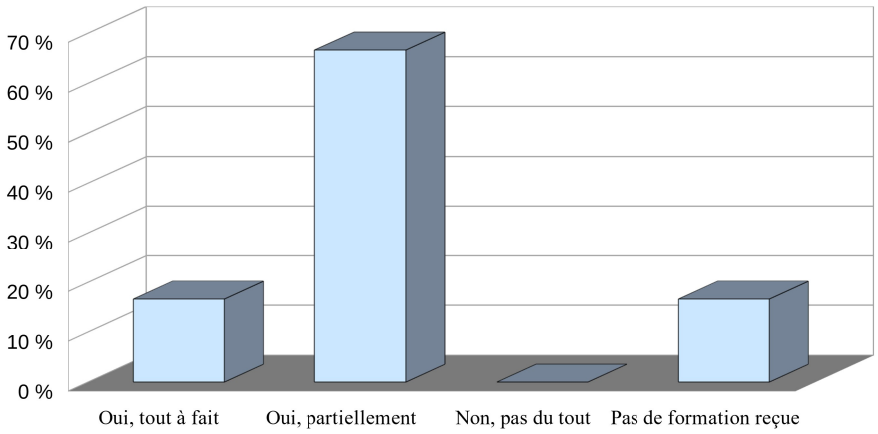
Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) au moins une fois en difficulté lors d'une astreinte ?



Si oui, sur quelle type de procédure ? (plusieurs réponses possibles)



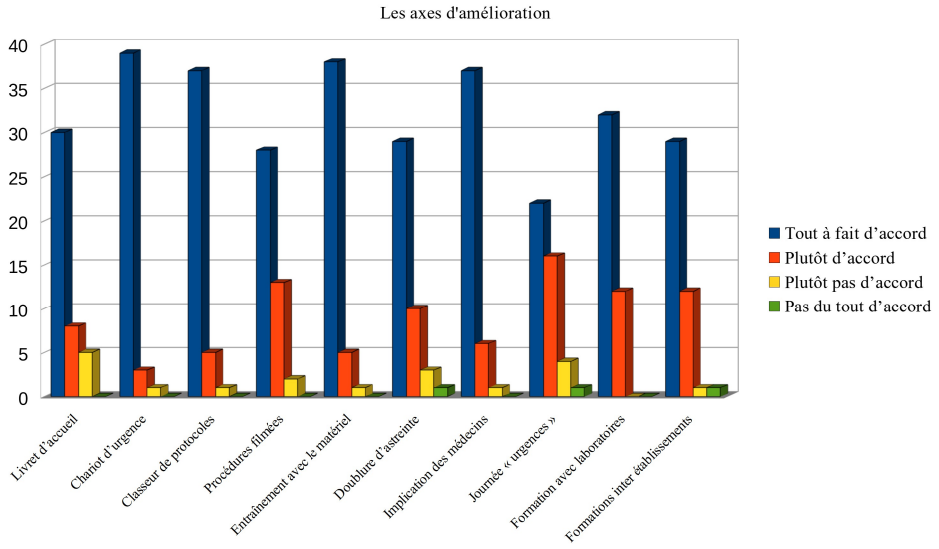
Diriez-vous que la formation reçue lors de votre prise de fonction est suffisante pour assurer des astreintes ?



Les axes d'amélioration

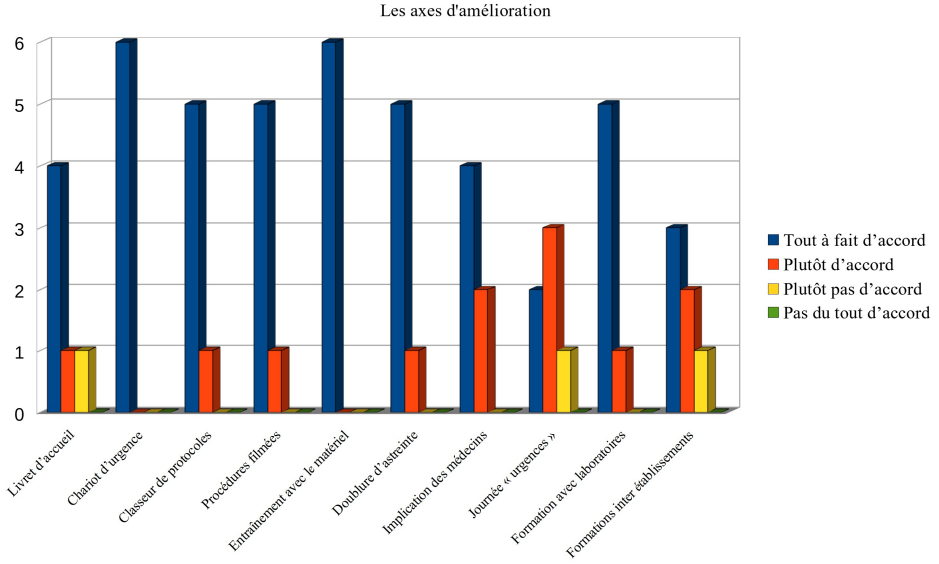
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Livret d'accueil	30	8	5	
Chariot d'urgence	39	3	1	
Classeur de protocoles	37	5	1	
Procédures filmées	28	13	2	
Entraînement avec le matériel	38	5	1	
Doublure d'astreinte	29	10	3	1
Implication des médecins	37	6	1	
Journée « urgences »	22	16	4	1
Formation avec laboratoires	32	12		
Formations inter établissements	29	12	1	1

cases grisées : 1 personne a donné 2 réponses (total supérieur au nombre de réponses)



IDE « novices en endoscopie » (< 2 ans de pratique en endoscopie)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Livret d'accueil	4	1	1	
Chariot d'urgence	6			
Classeur de protocoles	5	1		
Procédures filmées	5	1		
Entraînement avec le matériel	6			
Doublure d'astreinte	5	1		
Implication des médecins	4	2		
Journée « urgences »	2	3	1	
Formation avec laboratoires	5	1		
Formations inter établissements	3	2	1	



RÉSUMÉ

Le monde de l'endoscopie est en constante évolution, de nouvelles techniques, de nouveaux matériels se développent rendant cette discipline de plus en plus technique et complexe.

Pourtant, l'endoscopie n'est pas enseignée dans les IFSI et la seule formation diplômante (le DIU « infirmier en endoscopie ») n'est pas obligatoire. La transmission des savoirs est donc encore aujourd'hui assurée uniquement par les pairs.

Les para médicaux exerçant en endoscopie doivent être en capacité de faire face à certaines situations d'urgence dans le cadre des astreintes. Cet aspect primordial de notre métier semble pourtant être plus difficile à transmettre et à évaluer. Les nouveaux professionnels peuvent parfois être « stressés » et se retrouver en difficulté.

La mise en place d'un accompagnement spécifique à la gestion des urgences en endoscopie digestive chez l'adulte serait un gage de réussite pour une IDE affectée depuis moins de 24 mois dans une unité d'endoscopie et effectuant des astreintes.

L'objet de ce mémoire a été de déterminer :

- quelles sont les attentes des professionnels en terme de formation à l'urgence,
- quels outils seraient nécessaires pour construire cette formation.

Pour cela, un questionnaire utilisant l'échelle de Likert a été diffusé auprès d'infirmières exerçant en endoscopie.

Le travail réalisé a permis de créer une dynamique d'équipe sur le thème de l'urgence. L'analyse des réponses obtenues nous permettra de définir des actions qui feront évoluer notre pratique quotidienne au sein du CHPO.

Mots clefs

Urgence endoscopique, Astreinte, Tutorat.