



***Soulager autrement les
patients atteints de MICI lors
des rectosigmoïdoscopies sans
anesthésie générale***

DIU infirmier en endoscopie

Marine Colson

Promotion 2022 / 2023

Guidant pédagogique : Fanny Durand

Table des matières

<i>Table des matières</i>	<i>1</i>
<i>Glossaire</i>	<i>2</i>
<i>Introduction</i>	<i>3</i>
<i>I.</i>	<i>4</i>
1.	4
a.	4
b.	4
c.	6
d.	7
2.	8
3.	9
4.	10
<i>II.</i>	<i>11</i>
1.	11
2.	12
3.	12
<i>III.</i>	<i>14</i>
1.	14
2.	18
3.	19
<i>IV.</i>	<i>20</i>
<i>V.</i>	<i>21</i>
<i>VI.</i>	<i>22</i>
<i>VII.</i>	<i>24</i>
<i>Remerciements</i>	<i>25</i>
<i>Références</i>	<i>26</i>
<i>Annexes</i>	<i>29</i>
Annexe 1 : Check-list HAS sur la sécurité du patient en endoscopie digestive	29
Annexe 2 : Ébauche d'un questionnaire d'étude	30

Glossaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

CRVT : Casque de Réalité Virtuelle Thérapeutique

MEOPA : Mélange Équimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote

MC : Maladie de Crohn

RCH : Rectocolite Hémorragique

IDE : Infirmier Diplômé d'État

AS : Aide-Soignant

Introduction

Je travaille au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bicêtre dans un centre d'endoscopie digestive depuis cinq ans. Notre unité est de niveau 3, c'est-à-dire réalisant des endoscopies interventionnelles biliopancréatique et des dissections sous muqueuses. Elle se compose de trois salles d'examen : une salle avec anesthésie locale et deux avec anesthésie générale (une salle de conventionnelle et une salle interventionnelle). Ce service d'endoscopie fait partie du service de gastroentérologie dont une des thématiques est les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI).

Nous réalisons un grand nombre d'examen en anesthésie locale, notamment des rectosigmoïdoscopies chez des patients atteints de pathologies intestinales chroniques. Nous avons constaté que ces procédures étaient associées à une anxiété importante. En effet, ces patients, souvent jeunes, réalisent leur examen avec une appréhension de la douleur et du stress en raison du caractère intrusif et répétitif de cet examen dans le suivi de leur maladie.

Dans notre unité, nous utilisons deux techniques permettant de soulager ou de diminuer la douleur et l'anxiété : le Casque de Réalité Virtuelle Thérapeutique (CRVT) et le MEOPA.

Nous avons commencé à utiliser le CRVT peu de temps avant la pandémie de COVID 19, mais son utilisation au sein de notre unité s'est réellement développée pendant la crise sanitaire. Les vacations avec anesthésie générale étaient essentiellement réservées aux actes thérapeutiques et aux urgences. Les autres actes diagnostiques, telles que les coloscopies, ont été réalisées avec le CRVT. Au vu des retours positifs des patients, ainsi que de l'équipe soignante, nous l'avons intégré dans nos pratiques professionnelles. À la suite de ces constats, j'ai pu me poser les questions suivantes :

Ces techniques vont-elles améliorer l'acceptabilité des d'endoscopies sous anesthésie locale chez les patients atteints de MICI ? Comment évaluer leur efficacité ? Quels sont leurs avantages ?

Pour y répondre, je vais dans un premier temps présenter les MICI, définir la douleur, l'anxiété, et la communication. Dans un deuxième temps, je développerai le déroulement d'une rectosigmoïdoscopie au sein de notre unité. En troisième partie, je présenterai le CRVT. Enfin, je terminerai par le MEOPA, qui est la deuxième technique utilisée dans le CHU où je travaille.

I. Contexte et définitions

1. Les Maladies Inflammatoire Chroniques de l'Intestin (MICI)

a. Définitions

Les MICI regroupent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). Elles se définissent selon l'Inserm : *« par l'inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif, due à une dérégulation du système immunitaire intestinal. Cette inflammation incontrôlée est responsable de lésions tissulaires et de la chronicité de la maladie. Les MICI évoluent par poussées inflammatoires, de durée et de fréquence extrêmement variables selon les patients, qui alternent avec des phases de rémission. Elles se distinguent par la localisation et la nature de l'inflammation dans le tube digestif, les complications, les facteurs de risque, les symptômes, ou encore les réponses aux traitements. »* [1]

La maladie de Crohn peut se localiser sur tout le système digestif : de la bouche à l'anus. La maladie s'exprime principalement par des signes digestifs : douleurs, diarrhées, présence de glaires ou de sang dans les selles, une variation du poids et de l'état général avec une fatigue ou de la fièvre. La maladie évolue par "poussée", nécessite dans certains cas des traitements au long cours, une surveillance régulière avec des bilans biologiques et des bilans endoscopiques. Ces derniers permettent d'évaluer l'inflammation et la cicatrisation de la muqueuse.

La rectocolite hémorragique touche exclusivement le colon. Elle évolue aussi par des poussées avec des moments de rémission. Les symptômes de la maladie sont similaires à ceux de la maladie de Crohn.

b. Épidémiologie et facteurs de risque

Les MICI sont un problème de santé publique avec une incidence qui s'est fortement accrue après la seconde guerre mondiale dans les pays occidentaux. Selon les chiffres recueillis par le CREGG (Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie), la maladie

est souvent diagnostiquée chez le jeune adulte (20 à 30 ans) mais également chez les patients entre 50 et 60 ans. En Europe, le nombre de patients atteints de MICI est estimé à un million. En France, on dénombre plus de 200 000 personnes prises en charge par an. Il est également indiqué selon le registre EPIMAD, que l'incidence de la maladie de Crohn aurait augmentée de 30% entre 1988 et 2008. La RCH quant à elle, serait restée stable. [2]

Selon les derniers chiffres, entre 2015 et 2020, le taux de croissance annuel moyen des personnes prises en charge pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales est de 3,21%. [3]

Plusieurs facteurs déclenchants ont été mis en cause :

- Facteurs génétiques : depuis le début des années 2000, certains gènes ont été mis en évidence.
- Facteurs environnementaux : des études suggèrent que des facteurs environnementaux tels que l'hygiène, l'alimentation et les infections, pourraient jouer un rôle dans la prévalence des MICI. Les pays occidentaux ont des normes d'hygiène plus élevées et une alimentation plus riche en graisse, en glucose et en protéines animales, qui pourraient contribuer au développement des MICI. Concernant l'alimentation, dans l'étude faite sur "dénutrition et thérapeutiques nutritionnelles au cours des MICI" par le professeur Carbonnel, chef du service de gastroentérologie de Bicêtre [4], il a été mis en évidence "*une association significative entre la consommation de sucres rapides et l'apparition de la Maladie de Crohn*". Il mentionne également d'autres facteurs alimentaires qui pourraient augmenter le risque de MICI, tels que les protéines, graisse, margarine, café, coca cola, « fast food » ou de diminuer ses facteurs comme les fruits et légumes, produits laitiers fermentés.
- Un déséquilibre entre le système immunitaire et le microbiote intestinal (ou flore intestinale) : le système immunitaire réagit anormalement contre les bactéries normalement présentes dans le tube digestif [5]

Il est important de noter que ces facteurs ne sont pas exclusifs et qu'il est probable que la prévalence des MICI soit influencée par une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et socio-économiques. Cependant, les recherches sur les causes exactes des MICI sont encore en cours et il est possible que de nouveaux facteurs soient découverts à l'avenir.

c. Traitements et suivi des patients

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif. La maladie se caractérise par des "poussées" et le traitement a pour but la cicatrisation de la muqueuse et le soulagement des symptômes. Sur le long terme, l'objectif va être de trouver le bon traitement qui évitera de nouvelles "poussées" et ainsi une nouvelle rechute et/ou des complications.

"L'objectif des traitements actuels est d'obtenir une rémission profonde c'est-à-dire une rémission clinique associée à une rémission endoscopique (ou cicatrisation muqueuse) et une rémission biologique (disparition du syndrome inflammatoire)." [6] Ces objectifs ne sont pas toujours atteints, c'est pour cela qu'il est nécessaire de surveiller les patients afin de réévaluer la maladie et de réadapter les traitements tout le long de leur prise en charge.

Le choix du traitement dépendra donc de la gravité de la maladie, de la localisation de l'inflammation, ainsi que de la réponse aux traitements. Voici quelques options de traitement courantes pour les MICI :

- Les médicaments anti-inflammatoires : des médicaments tels que les corticostéroïdes, les immunosuppresseurs et les anti-TNF peuvent aider à réduire l'inflammation et à contrôler les symptômes.
- Les changements alimentaires : certains patients peuvent bénéficier de modifications alimentaires telles que la suppression de certains aliments ou la prise de suppléments nutritionnels. Ces changements peuvent être faits à l'aide d'une diététicienne.
- La chirurgie : dans les cas les plus graves, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour retirer les parties endommagées de l'intestin.

La maladie peut avoir un lourd impact dans la vie quotidienne de ces patients. Cela peut les affecter dans leur vie personnelle et/ou leur vie professionnelle. Cette maladie chronique peut générer anxiété et douleurs. Pour cette raison, il est donc nécessaire de proposer une prise en charge alternative, multidisciplinaire (médicale, paramédicale, diététique, psychologique et sociale).

d. Impact sur le mode de vie des patients

Les personnes atteintes de MICI vivent de manière diverse, en fonction de leur situation individuelle et de la gravité de leur maladie, pouvant impacter de façon importante leur vie quotidienne. Les symptômes peuvent être chroniques, invalidants et perturber la vie professionnelle, sociale et affective. En France, les personnes atteintes de MICI peuvent bénéficier de certaines mesures d'accompagnement, telles que des aménagements de poste de travail (exemple : un mi-temps thérapeutique ou un reclassement) ou une prise en charge financière pour des soins à domicile.

Voici quelques-unes des difficultés que les personnes atteintes de MICI peuvent rencontrer dans leur vie quotidienne :

- Symptômes gastro-intestinaux : elles peuvent souffrir de douleurs abdominales, de diarrhée, de constipation, d'incontinence, de nausées et de vomissements, ce qui peut rendre leurs activités quotidiennes difficiles.
- Fatigue : c'est un symptôme courant chez les personnes atteintes de MICI, qui peut être causé par une inflammation chronique, des carences nutritionnelles ou des effets secondaires des médicaments.
- Limitations alimentaires : les patients peuvent avoir besoin de suivre un régime alimentaire spécifique pour éviter les aliments qui déclenchent leurs symptômes (régime sans résidu).
- Traitements : ils peuvent inclure des médicaments, oraux ou injectables, ainsi que des interventions chirurgicales (résections intestinales, stomies). De nombreux effets secondaires sont observés. Des rendez-vous réguliers chez les médecins seront nécessaires.
- Anxiété et dépression : ils peuvent ressentir des niveaux élevés de stress et d'anxiété liés à leur maladie, pouvant conduire à des symptômes dépressifs en raison du retentissement important sur leur qualité de vie
- Isolement social : Les personnes atteintes de MICI peuvent avoir besoin d'utiliser les toilettes fréquemment avec dans les cas les plus sévères "un syndrome de dépendance aux toilettes" entravant ou réduisant leurs activités sociales. De plus, les symptômes de la maladie peuvent être gênants et embarrassants, ce qui peut les amener à s'isoler socialement.

En raison de ces difficultés, les personnes atteintes de MICI peuvent avoir besoin d'un accompagnement dans leur vie quotidienne. En raison des douleurs et du stress secondaires aux symptômes, de la fréquence des examens (certains patients se rendent à l'hôpital chaque semaine), leur mode de vie peut être complexe, tant au niveau personnel que professionnel.

Il existe en France plusieurs associations d'aide aux patients dont : l'Association François Aupetit (AFA) qui offrent des informations, des conseils, des groupes de soutien et des événements pour les patients et leur famille. Mais en venant à l'hôpital, il est indispensable que le patient reçoive une bonne écoute et un bon accueil de la part des équipes soignantes pour améliorer la qualité de sa prise en charge.

2. Anxiété

L'anxiété se définit comme "une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. L'anxiété est un phénomène normal, présent chez tous les individus. Elle peut cependant prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations : on parlera alors de troubles anxieux. Les sujets souffrant de troubles anxieux sont envahis par ce sentiment d'inconfort ou de peur secondaire à une anticipation excessive d'éventuelles difficultés avant même que les problèmes ne soient survenus, ou avant même que le sujet ait repéré précisément ce qu'il redoute." [7]

L'anxiété est ressentie par de nombreux patients lors de leur prise en charge, que ce soit lors d'examens ou de leur hospitalisation. Elle peut avoir différentes origines (génétiques, psychologiques, ...) et peut avoir des répercussions importantes pour leur prise en charge.

Au sein de notre service, nous avons observé que certains patients appréhendent les examens sans anesthésie générale. En effet, les patients anxieux réagissent différemment. Lorsqu'ils arrivent en salle d'examen, certains vont avoir un regard apeuré, "se demandant ce qu'ils font là et quelles horreurs vont-ils devoir subir". D'autres, au contraire, vont verbaliser parfaitement, en posant de nombreuses questions. Certains vont également arriver en salle d'examen en

pleurant, particulièrement chez les jeunes patients atteints de MICI, d'autant qu'ils rencontrent souvent des difficultés à accepter la situation.

Dans ces situations, la communication va être un élément clé pour le soin. En effet, en l'absence d'accompagnement rassurant, l'examen risque de ne pas se dérouler correctement et devra probablement être refait. Ceci risque de porter préjudice à leur prise en charge.

Pour les patients les plus anxieux, ils ont la possibilité de rencontrer la psychologue du service qui peut les accompagner ou les préparer, pour que l'examen se déroule au mieux.

3. Douleurs

La douleur est souvent liée à l'anxiété. En effet, les patients expriment souvent *“la peur d'avoir mal”* lors des examens.

La douleur se définit comme *“une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion. Cette définition amène plusieurs notions importantes. Il s'agit d'une notion personnelle intégrant un vécu, une culture et une expression relative à l'intégration de cette valeur par le sujet.”* [8]

Des textes et des circulaires encouragent la prise en charge de la douleur, en particulier la Circulaire DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11 février 1999 - Relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales :

“L'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë des personnes malades concerne l'ensemble des services hospitaliers, notamment les services d'urgences, ainsi que les institutions médico-sociales. Cette démarche repose sur un travail d'équipe formée et sachant utiliser les outils d'évaluation de la douleur. Dans ce cadre, les personnels médicaux et infirmiers doivent agir sur protocoles de soins. La mise en œuvre de ceux-ci peut, dans des conditions prédéterminées, être déclenchées à l'initiative de l'infirmier.”

Selon l'Article L1110-5 du CSP :

[...] toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...]

Plusieurs méthodes existent pour évaluer la douleur chez l'adulte :

- L'échelle numérique consiste à demander au patient d'évaluer sa douleur sur une échelle de 0 à 10. Zéro étant une absence de douleur et dix une douleur insupportable.
- L'échelle visuelle analogique est une réglette comportant 2 faces. La face qui va être présentée au patient avec une ligne dont une extrémité est notée "pas de douleur" et l'autre extrémité marquée "douleur maximale". Le patient devra déplacer le curseur sur la ligne entre les 2 extrémités. De l'autre côté de la règle, destinée aux soignants, la douleur est notifiée de 0 à 10.
- L'échelle verbale simple permet de verbaliser par le patient l'intensité de ses douleurs : pas de douleurs, douleurs faibles, douleurs modérées ou douleurs insupportables.

En plus de ces échelles, le soignant doit être attentif à la communication verbale (exemple : agressivité, pleurs) et non verbale (exemple : grimaces), ce qui permettra d'appréhender de façon précise les douleurs ressenties.

4. La communication

Dans un premier temps, il est nécessaire de pouvoir rassurer le patient, la communication va être un point clef. Elle se définit selon le Larousse : "*Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse.*" [9]

La communication est un élément central du soin. Elle va permettre d'instaurer une relation de confiance avec le patient. En effet, les soignants se présentent dans un premier temps au patient pour qu'il sache qui va le prendre en charge. La manière de s'adresser à lui, va être essentielle pour la qualité des soins : lui parler directement, adapter son langage en fonction du profil du patient, lui expliquer simplement et clairement la prise en charge, répondre à ses questions, être respectueux et empathique.

Cette communication adaptée favorise le bon déroulement du soin. Concernant l'endoscopie, il faut expliquer le déroulé de l'examen et répondre aux questions. Il faut aussi montrer au patient que cette communication va continuer tout le long de la rectosigmoïdoscopie, qu'il peut continuer à exprimer ses craintes et son inconfort pendant l'examen, que nous serons à l'écoute tout le long afin d'adapter la procédure.

II. L'endoscopie

1. L'infirmier d'endoscopie

L'infirmier d'endoscopie va *“réaliser les soins infirmiers et organiser les activités en salle d'endoscopie diagnostique et interventionnelle visant au bon déroulement de l'acte endoscopique et à l'accompagnement du patient, qui concourent au diagnostic, au traitement et à la recherche.”* [10]

En endoscopie, le rôle de l'infirmier est : *“la prise en charge du patient avant, pendant, et après l'examen, dans la désinfection et la maintenance des équipements médicaux, dans l'instrumentation endoscopique. Pour cela, il doit acquérir de nouvelles compétences, les entretenir par une pratique entraînée, connaître et se conformer aux différents textes réglementaires qui régissent l'activité, et enfin, s'adapter dans un domaine professionnel en constante évolution.”* [11]

L'infirmier d'endoscopie exerce un rôle polyvalent au sein du service, tant par la diversité d'exams réalisés que par l'organisation du service. Il a une part active dans la gestion du matériel qui est très diversifié. L'infirmier en endoscopie doit tenir ses connaissances à jour régulièrement et intégrer les nouvelles pratiques de travail pour garantir cette constante évolution dans les activités.

Il va d'abord s'assurer de l'installation du patient et du matériel nécessaire. Il travaille en binôme avec le médecin. Ce dernier tenant l'endoscope, c'est l'infirmier qui va utiliser des outils spécifiques pour la prise en charge des patients. Ces outils sont très variés et demandent une connaissance du matériel. Ainsi, une formation au sein du service sera nécessaire d'une durée de 6 mois à un an. A la fin de chaque examen, l'infirmier doit s'assurer de l'acheminement de l'endoscope pour sa décontamination et sa désinfection, ainsi que de son stockage selon les règles en vigueur. L'hygiène fait partie intégrante du service d'endoscopie car nous utilisons du matériel très sensible.

L'IDE travaille en collaboration avec les aides-soignants (AS) du service. En effet, les AS s'occupent de la décontamination, la désinfection, le stockage des endoscopes. Dans notre unité, les AS gèrent la régulation des patients qui arrivent et partent du service d'endoscopie : elles s'occupent ainsi du bon déroulement d'une journée dans l'unité, elles s'assurent que les patients

soient présents, elles les font venir des services d'hospitalisation et font une check-list à leur arrivée dans l'unité afin de vérifier que tous les éléments sont réunis pour réaliser leurs examens.

L'infirmier, en lien avec les aides-soignants et les médecins, va jouer un rôle majeur au sein de l'unité d'endoscopie.

2. Coloscopie et rectosigmoïdoscopie

La coloscopie est une « *technique d'exploration de l'intérieur du rectum ou du côlon avec un tube souple, un endoscope. Une coloscopie permet également d'effectuer des prélèvements si nécessaire.* » [12]

C'est un examen fréquent, réalisé tous les jours et qui a pour but de dépister les maladies colorectales, ainsi que le suivi des maladies chroniques telles que les maladies de Crohn et la rectocolite hémorragique. La coloscopie ne peut être réalisée que sur un colon préparé. Cette préparation comporte un régime sans résidu et une purge à base d'un produit de préparation colique. La qualité de la préparation garantit la qualité de l'exploration colique. Elles sont réalisées essentiellement sous anesthésie générale.

Les rectosigmoïdoscopies ou "coloscopies courtes" sont réalisées sans anesthésie générale. Elle explore le rectum, le sigmoïde et lorsque cela est possible selon la tolérance du patient à l'examen, le début du côlon gauche. Au sein de notre unité, pour cet examen, le patient vient en externe ou des services d'hospitalisation de l'hôpital. Une préparation à base de 2 lavements coliques (Normacol®) est demandée, l'un fait la veille de l'examen et un le matin même. Si l'examen est demandé en urgence, un seul lavement est demandé le jour même.

3. Déroulement de la rectosigmoïdoscopie

Au sein de notre unité, le patient se présente dans un premier temps auprès des secrétaires qui vont l'accueillir et lui poser un bracelet d'identification. Il patiente en salle d'attente jusqu'à ce qu'un soignant vienne le chercher pour son examen. Cette salle d'attente est réservée aux patients qui viennent faire leurs examens en externe et à ceux qui viennent prendre un rendez-vous.

Lorsque la salle d'examen est prête, l'infirmière ou une aide-soignante de l'unité va chercher le patient. Lorsqu'il arrive en salle d'examen, nous vérifions les éléments nécessaires selon la check-list HAS [Annexe 1] :

- Vérification de l'identité du patient
- Connaissance de l'examen qu'il va avoir
- Vérification de la préparation colique (un lavement la veille et un autre le jour de l'examen pour une simple rectosigmoïdoscopie)
- Vérification de la prise d'éventuels anticoagulants par le patient
- Vérification des allergies
- Demander au patient s'il a déjà effectué cet examen et comment celui-ci s'était-il déroulé la fois précédente.

Nous lui indiquons ensuite comment il doit se préparer pour l'examen. Le patient se déshabille, retire son pantalon, puis ses sous-vêtements lorsqu'il est allongé sur le brancard et sous un drap pour respecter sa pudeur. Nous l'installons ensuite en décubitus latéral gauche.

Nous expliquons au patient comment va se dérouler l'endoscopie : la rectosigmoïdoscopie est un examen assez court pouvant être désagréable en raison de l'insufflation et des effets que cela peut avoir sur le patient (ballonnement,...).

Nous lui indiquons que le médecin commence l'examen par un toucher rectal avec du lubrifiant, puis il introduit l'endoscope et progresse en fonction de son ressenti. Nous insistons sur le fait que le patient peut communiquer et intervenir à n'importe quel moment de l'examen en cas d'inconfort ou autre ressenti pour pouvoir le soulager et répondre aux objectifs de l'examen (il peut nous parler ou nous faire un signe).

A la fin de l'examen, le résultat de la rectosigmoïdoscopie est communiqué oralement. Nous donnons le nécessaire au patient pour qu'il puisse se remettre au propre. Lorsque le patient est habillé, il retourne en salle d'attente ou le médecin lui apporte le compte rendu et les ordonnances. Quant à l'endoscope, il sera désinfecté selon les normes en vigueur (cela ne sera pas détaillé dans le cadre du sujet de ce mémoire).

En raison du caractère anxiogène et douloureux de cette procédure, nous avons voulu mettre en place des moyens non médicamenteux et non invasifs pour le patient, comme le casque de réalité virtuelle thérapeutique (CRVT).

III. Réalité virtuelle thérapeutique

1. Définitions et contexte

La réalité virtuelle se définit comme *“un ensemble de technologies permettant d’immerger un utilisateur dans un monde numérique, où tout est calculé par un ordinateur : par exemple un jeu vidéo, la visite d’un musée... L’outil le plus fréquemment utilisé en réalité virtuelle est un casque couvrant l’ensemble du champ visuel et équipé de capteurs pour mesurer les mouvements de la tête. L’utilisateur peut ainsi évoluer dans un univers virtuel en déplaçant son regard de haut en bas, de droite à gauche et d’avant en arrière. On peut associer à ce casque des écouteurs ou des objets connectés pour augmenter le niveau d’immersion.”* [13]

Quelques mois avant la pandémie de COVID 19, une de nos médecins a commencé à travailler avec le CRVT accompagné d’un médecin anesthésiste de notre CHU. Nous avons essayé avec plusieurs patients, de plusieurs âges, sur différents examens.

Une des premières avec qui nous avons essayé, était une patiente d’une trentaine d’années qui revenait régulièrement pour une dilatation rectale et qui faisait son examen avec anesthésie générale. Comme elle venait souvent, notre médecin lui a proposé d’essayer avec le casque de réalité virtuelle, sans anesthésie générale mais avec l’équipe d’anesthésie présente si elle ne le supportait pas, la patiente a accepté. Elle a été impressionnée par cette expérience avec le CRVT car elle a dit “ne rien avoir senti”. Comme elle n’avait reçu aucun produit d’anesthésie, la patiente a pu repartir directement après l’examen.

Puis la pandémie du COVID-19 est arrivée, peu d’examens ont pu être effectués. En effet, le matériel d’anesthésie (respirateur) a été réquisitionné dans un autre service afin d’aider les patients qui le nécessitaient, ainsi que le personnel d’anesthésie (infirmiers anesthésistes et les médecins). Tous les examens jugés “non urgents” ont été annulés. Seules les endoscopies dites “urgentes” ont été réalisées. Un nombre très important de patients étaient en attente de leurs examens pour des diagnostics ou des suivis de maladie. Aucun créneau n’était disponible pour ces examens avec anesthésie générale.

Pour éviter des retards de prise en charge, nous leur avons proposé d'effectuer leurs examens sans anesthésie générale mais avec le CRVT. Chaque patient était appelé afin de leur expliquer les difficultés rencontrées face à la crise et nous leur expliquions l'alternative que nous pouvions leur proposer. Beaucoup ont compris et ont accepté.

Au décours de la crise, nous continuons à utiliser le CRVT et le service a acquis 2 nouveaux casques. Ils sont utilisés pour des coloscopies chez des patients qui ne veulent pas avoir d'anesthésie générale, ou encore pour avoir un examen plus rapidement car les délais d'attente pour un examen sans anesthésie sont de l'ordre de 2 semaines contre 2 mois sous anesthésie générale. Une majorité des patients souhaitent réitérer cet examen avec le CRVT.

Nous travaillons avec les CRVT d'Healthy Mind, qui ont développé des paysages en 3D avec : *“une atmosphère sonore apaisante et un discours d'hypnose médicale spécifiques pour chaque thème. Des exercices de respiration ciblés sont également intégrés pour une meilleure gestion de l'anxiété en cohérence cardiaque ou en respiration profonde.”* [14] C'est un dispositif médical thérapeutique qui combine l'immersion par la technologie de la réalité virtuelle, l'hypnose médicale et des principes de psychologie avancée afin de réduire la douleur et l'anxiété des patients avant, pendant ou après une procédure anxiogène et/ou douloureuse.

Les casques Healthy Mind sont fournis avec une tablette tactile connectée au casque qui permet d'effectuer les différents réglages, et un casque audio avec la fonction de réducteur de bruit afin que le patient puisse s'immerger totalement dans le paysage sans être interrompu par les bruits extérieurs liés aux soins (Photo A). Différents paysages sont proposés : la montagne ensoleillée, la montagne enneigée, le jardin zen, la plage et la plongée sous-marine (Photo B).



(Photo A)



(Photo B)

La société Healthy Mind est venue à plusieurs reprises dans le service pour former l'équipe au CRVT. Nous collaborons pour les évolutions apportées au CRVT. En effet, les dernières évolutions consistaient à une "distraction", c'est à dire que lorsque le soignant observe que l'examen devient inconfortable pour le patient, depuis la tablette, il peut envoyer une distraction qui apparaîtra dans le casque pour détourner l'attention du patient pendant ce moment inconfortable.

Le CRVT peut être proposé lors de rectosigmoïdoscopie pour plusieurs raisons :

- Réticence du patient,
- Expérience antérieure de rectosigmoïdoscopie difficile, inconfortable (exemple : douleurs),
- Procédure avec le CRVT déjà réalisée avec succès,
- Prescription de l'examen par le médecin en consultation.

Nous avons pu cependant noter quelques freins à l'utilisation du casque :

- Des nausées chez certains patients car l'utilisation du casque peut perturber le système sensoriel,
- La barrière de la langue si le patient ne parle pas français même si à ce jour, de plus en plus de langues sont ajoutées dans le CRVT,
- Les patients qui n'adhèrent pas, qui n'arrivent pas à s'immerger dans le paysage choisi et donc ne ressentent pas les effets bénéfiques que cela peut leur apporter,
- Le temps d'installation du CRVT ainsi que la connexion du matériel augmente le temps du patient en salle d'examen.

Concernant la rectosigmoïdoscopie avec le CRVT, elle va se dérouler de la même manière qu'un examen habituel. Nous allons lui expliquer l'intérêt du casque, son fonctionnement. Il lui sera expliqué la possibilité de communiquer avec l'équipe tout le long de la procédure.

Il choisira parmi les différents environnements disponibles. Chacun des scénarii des paysages à une durée de 20 minutes. Nous réglons depuis la tablette numérique le temps de la procédure. Les rectosigmoïdoscopies ne durent en général que 10 à 15 minutes. Dans l'éventualité d'un geste à réaliser ou d'une complication, nous réglons le CRVT sur une durée plus longue. Le patient peut aussi choisir la voix d'un homme ou d'une femme.

Nous allons ensuite installer le matériel sur le patient et le mettre en décubitus latéral gauche. Lorsque celui-ci est correctement installé, nous calibrons l'image pour que celle-ci soit bien dans le même sens de vision que celle du patient. Le patient peut garder ses lunettes.



Quand tout est prêt, nous lançons l'immersion virtuelle depuis la tablette numérique. Le patient a un temps d'immersion de quelques minutes où nous le laissons s'imprégner du monde qu'il a choisi. Lorsque ce temps d'immersion se termine, nous prévenons le patient par message à partir de la tablette qui s'affiche directement dans le casque que nous allons débiter l'examen. Ainsi, nous pouvons communiquer avec le patient pour l'informer de la bonne progression de l'examen.

Si l'examen devait durer plus longtemps que prévu, nous avons la possibilité d'allonger le temps d'immersion depuis la tablette.

Quand l'examen est terminé, nous allons pouvoir appuyer sur "fin de l'immersion" pour que le patient se reconnecte au monde réel grâce aux indications de la voix dans le casque qui l'informe de la fin de l'expérience.

Un autre point important concernant le CRVT, nous avons pu impliquer davantage les aides-soignantes de notre unité auprès des patients. Elles ont également été formées à l'utilisation du CRVT. Ainsi, elles peuvent former un binôme avec l'infirmier pour les examens sans anesthésie générale. Elles aident à l'installation du patient et aux explications données à celui-ci. Elles installent également le CRVT en salle d'attente lorsque l'attente est longue avant l'entrée en salle d'examen des patients. Ceci permet de réduire l'anxiété de l'attente et les faire patienter jusqu'à leur entrée en salle d'examen.

2. Études

J'ai pu avoir accès à différentes études, qui ont été menées sur l'utilisation du CRVT dans les soins et notamment en endoscopie. Ces études ont été réalisées auprès d'un groupe de patient ayant bénéficié de l'utilisation de la réalité virtuelle et d'un autre groupe ne l'ayant pas eu. Pour chacune des études, l'anxiété et la douleur ont été évaluées.

Dans cette première étude intitulée "*Etude VR alternative sedation coloscopy*" [15] comprenant 27 patients, 96% (soit 26 sur 27 patients) ont terminé la coloscopie sans recevoir de sédation ou de narcotiques. Pour chacun d'entre eux, plusieurs évaluations ont été faite sur des échelles de 1 (pas d'anxiété ou de douleurs) à 10 (insupportable) :

- Évaluation de l'anxiété en pré-procédure avec une moyenne de 3,8/10
- Évaluation de la douleur pendant la procédure : 3,6/10
- Évaluation de l'inconfort pendant la procédure : 4/10.

6 patients sur 26 ont failli demander un médicament pendant la procédure mais ils ne l'ont pas fait car la douleur était supportable et transitoire.

En conclusion de cette étude, les patients ont ressenti des douleurs mais celles-ci étaient supportables. Ils étaient satisfaits de la prise en charge. 18 sur 26 des patients recommenceraient la coloscopie sous réalité virtuelle.

Une deuxième étude : "*The Effect of Virtual Reality on Pain and Anxiety During Colonoscopy*" [15] réalisée en Turquie, avait pour objectif d'évaluer les effets de la réalité virtuelle pendant la coloscopie sur la douleur et l'anxiété. Cette étude a été réalisée d'octobre 2017 à mai 2018 et a inclus 60 patients divisés en 2 groupes : 30 personnes avec le CRVT et 30 personnes sans réalité virtuelle. Les coloscopies des 60 patients ont été réalisées par le même gastro-entérologue et sans anesthésie. Dans cette étude, ils ont évalué la douleur pendant et après la procédure et l'anxiété avant et après la procédure. Les résultats montrent peu de différence sur le niveau d'anxiété dans les 2 groupes mais on peut noter une amélioration significative sur les douleurs.

3. Étude dans le service

A l'initiative des infirmières du service, un questionnaire a été mis en place pendant 9 mois sur l'année 2021. Ce questionnaire était remis en fin d'examen aux patients. 66 questionnaires ont pu être exploités pour les examens suivants :

- 43 rectoscopies
- 1 rectoscopie + échoendoscopie basse
- 18 coloscopies dont 8 couplées à une anesthésie par Rémi fentanyl
- 1 gastroscopie avec réalisation de radiofréquence

La population interrogée se composait de 26 femmes et 18 hommes dont la moyenne d'âge était de 43 ans. Ils ont évalué leur douleur et leur anxiété avant, pendant et après l'examen.

La douleur a été évaluée grâce à l'échelle numérique allant de 0 à 10. 88% des patients ont évalué leur douleur inférieure à 3 avant l'examen, alors que 44% l'évaluaient à plus de 4 durant l'examen et 5% supérieur à 6. Par ailleurs 36% des personnes interrogées notent leur douleur maximale durant l'examen supérieur à 6. Mais 86 % d'entre eux estiment avoir été soulagés rapidement.

L'anxiété a également été notée sur une échelle de 0 à 10. On remarque que 45 % d'entre eux l'évaluent supérieure à 5 avant l'examen dont 13% supérieure ou égale à 8. Pendant l'examen et donc pendant l'immersion, l'anxiété est évaluée par 40% des patients supérieure à 5 mais aucune des évaluations n'est supérieure à 7.

De manière plus générale, 72 % des patients se sentent en sécurité, 93 % se disent satisfaits de leur prise en charge, seulement 3 patients n'en tirent aucun bénéfice. Quelques commentaires ont pu être recueillis : *« le casque permet de ne pas entendre les commentaires de l'équipe soignante durant l'examen, qui pourraient être anxiogène. Ceci permet à l'équipe soignante d'échanger entre eux tout en préservant la sérénité du patient »* ou encore *« déconnecté de la réalité du soin »*.

61% des patients souhaiteraient réutiliser le CRVT pour leur prochain examen. La moitié des patients interrogés sont d'accord pour dire qu'ils ont été totalement captivés par l'environnement virtuel et ils se sont sentis déconnectés de la réalité du soin.

IV. MEOPA

Le Mélange Equimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA) ou connu sous le nom de KALINOX est *“un gaz incolore, inodore et sans saveur, composé d'un mélange de 50 % de molécules d'oxygène et 50 % de molécules de protoxyde d'azote qui procure un état de sédation consciente avec une diminution du seuil de perception aux stimuli douloureux.”* [16]

Ce gaz agit rapidement et le patient ressent l'effet après quelques minutes d'inhalation. Dès l'arrêt du MEOPA, les effets se dissipent rapidement avec une élimination rapide par voie pulmonaire.

Il a pour but de diminuer les douleurs lors d'examens ou de soins invasifs. C'est la deuxième méthode que nous utilisons dans le service pour soulager les douleurs des patients.

Le MEOPA est administré à partir d'une prescription médicale et réalisé par du personnel soignant formé qui surveille cliniquement le patient lors de son utilisation, que ce soit au niveau de la conscience, de la respiration et de la coloration de ses téguments. Le soignant garde un contact verbal avec le patient tout le long de la procédure, et lui indique comment respirer profondément pour éviter une hyperventilation.

L'utilisation de ce gaz peut être contre indiqué chez certains patients : femmes enceintes, traumatisme crânien, embolie gazeuse, etc.

Le matériel nécessaire à l'utilisation de ce gaz est une bouteille de MEOPA, un masque d'anesthésie facial qui va être raccordé à la tubulure et au ballon qui vont venir se brancher sur la bouteille, ainsi qu'un tuyau pour l'évacuation des gaz.

Avant le début de l'examen, toutes les étapes de la procédure sont expliquées au patient. Il va être installé en décubitus latéral gauche avec le masque. Comme avec le casque de réalité virtuelle, on laisse le patient pendant quelques minutes s'imprégner du gaz. Avec l'accord du patient lorsqu'il se sent suffisamment imprégné, nous débutons l'examen. Le débit de la bouteille de MEOPA est réglé entre 12 et 15L/min au début de l'examen, et peut être diminué durant la procédure en fonction de l'évaluation de la douleur pendant l'examen.

A la fin de la procédure, la bouteille est fermée et le masque retiré. Un temps de récupération est laissé au patient sous surveillance clinique pendant quelques minutes. Lorsqu'il se sent bien,

il peut se lever sous surveillance et rentrer chez lui s'il vient du domicile ou retourner dans son service.

V. Hypothèse

Les recherches effectuées pour ce mémoire ont montré qu'il y a un certain nombre de patients atteints de MICI dont leur vécu, leur mode de vie et la répétition des examens et rendez-vous médicaux nécessaire pour le suivi peut être compliqué à gérer psychologiquement.

Il est important de souligner que pour ces patients chroniques, la réalisation d'une rectosigmoïdoscopie peut être une source d'appréhension. En effet, lorsque cet examen se répète pour le suivi de la maladie, cela génère une appréhension plus importante que pour un patient réalisant ponctuellement cet examen.

C'est pour cette raison, que je trouverai intéressant d'évaluer le ressenti de ces patients, notamment avec les techniques mises à disposition dans le service comme le CRVT, ainsi que de recueillir des informations en les interrogeant pour savoir si d'autres techniques pourraient les soulager, par exemple une position différente, écouter de la musique, etc.

Ce constat-ci formule l'hypothèse suivante : De nouveaux outils et techniques existent et peuvent soulager les patients lors d'examens. Quels nouveaux outils peuvent être proposés à ces patients ? Comment évaluer leurs bénéfices sur l'anxiété et la douleur ?

VI. Synopsis

INVESTIGATEUR COORDONNATEUR/PRINCIPAL	Marine COLSON
TITRE	Soulager les patients MICI autrement lors de rectosigmoïdoscopie sans anesthésie générale.
JUSTIFICATION / CONTEXTE	Les maladies infectieuses chroniques inflammatoires concernent plus de 200 000 personnes en France avec un pic entre 20 et 30 ans. Les personnes atteintes ont besoin d'un suivi régulier avec des examens invasifs qui peuvent engendrer des douleurs et de l'anxiété, ce qui peut provoquer un frein pour leur suivi.
HYPOTHÈSES	De nouveaux outils et techniques existent et peuvent soulager les patients lors d'examens.
OBJECTIFS	<u>Objectif principal</u> : Savoir si les techniques proposées au sein de mon service d'endoscopie sont suffisantes pour soulager les patients atteints de MICI venant réaliser une rectosigmoïdoscopie. <u>Objectif secondaire</u> : Montrer la nécessité de mettre en place de nouvelles techniques lors d'examens invasifs et connaître le ressenti des patients
SCHÉMA DE LA RECHERCHE	Mise en place d'un questionnaire à faire remplir par le patient à la fin de l'examen.
CRITÈRES D'INCLUSION	Patient de tout âge atteint d'une MICI (RCH et maladie de Crohn) ayant une rectosigmoïdoscopie sans anesthésie générale.
CRITÈRES DE NON-INCLUSION	Patients venant pour d'autres examens avec ou sans anesthésie générale, prise en charge pour d'autres pathologie que les MICI, patients présentant des

	troubles psychologiques.
TRAITEMENTS/STRATÉGIES/P ROCÉDURES DE LA RECHERCHE	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec les médecins, IDE et AS du service d'endoscopie pour la mise en place du questionnaire - Proposition aux patients de l'utilisation de casque de réalité virtuelle ou Kalinox - Explication aux patients de la démarche entreprise et leur proposer de remplir un questionnaire à la fin de l'examen
CRITÈRES DE JUGEMENT	Pertinence des réponses reçues lors des questionnaires.
RETOMBEES ATTENDUES	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience sur la nécessité de soulager les patients atteints de MICI lors des examens invasifs pour une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur et de l'anxiété. - Mettre en place des protocoles de soins

VII. Conclusion

Le casque de réalité virtuelle thérapeutique me semble être l'un des outils les mieux adaptés pour prendre en charge un patient venant effectuer une rectosigmoïdoscopie sans anesthésie générale, atteint d'une MICI.

En effet, la communication va dans un premier temps jouer un rôle important dans cette prise en charge, les explications que le soignant va donner au patient et la manière de communiquer avec lui auront un impact sur la bonne qualité de la réalisation de la rectosigmoïdoscopie. Le soignant, présent avec le patient tout le long de la prise en charge, doit être à l'écoute et observer le patient afin de pouvoir évaluer les douleurs et l'anxiété.

A ce jour, le CRVT, que nous utilisons, a mis en évidence des aspects très positifs. Il permet d'éviter la prise de traitement médicamenteux et permet au patient de pouvoir s'évader dans un monde alternatif qui pourrait s'apparenter à de l'hypnose. Une grande majorité des patients ayant utilisé ce dispositif en sont satisfaits et renouvelleraient lors de leurs prochains examens, cette prise en charge avec le CRVT.

Cependant, quelques patients ne bénéficient pas des effets du CRVT. Il est alors possible de leur proposer l'utilisation du MEOPA, traitement médicamenteux présentant des contre-indications et des effets secondaires, justifiant une surveillance accrue pendant son utilisation.

En conclusion, l'infirmier d'endoscopie va jouer un rôle majeur dans la prise en charge des patients atteints de MICI. Par son rôle et ses connaissances, il va être l'un des acteurs principaux pour accompagner le patient dans cet examen inconfortable, en plus du médecin et des aides-soignants. L'utilisation de la communication, l'observation et la mise en œuvre des moyens adéquats pour soulager les patients feront partis de ses points clefs.

Remerciements

Pour la réalisation de ce mémoire, je tiens à remercier :

- Fanny Durand : pour son implication dans ce DIU et sa disponibilité pour nous aider tout au long de cette année.
- Laetitia Grasset, cadre du service des endoscopies digestive de Bicêtre pour le temps qu'elle a consacré aux nombreuses relectures de mon mémoire au fur et à mesure de son écriture et ses conseils.
- Dr Isabelle Boytchev, Cheffe de l'unité d'endoscopie du CHU de Bicêtre pour ses remarques constructives et ses conseils.
- A mes collègues infirmières et aides-soignantes qui m'ont soutenue pendant cette année de DIU.
- A mon conjoint, qui a également relu ce mémoire et a apporté un regard extérieur et son soutien tout le long de cette année.
- A toute la promotion de ce DIU d'endoscopie 2022/2023, pour cette belle année.

Références

[1] Inserm sur les Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) :
<https://www.inserm.fr/dossier/maladies-inflammatoires-chroniques-intestin-mici/>

[2] Le CREGG (Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie) sur l'épidémiologie les facteurs favorisants :
<https://www.cregg.org/espace-patients/my-mici-book/ce-que-lon-sait-de-la-pathogenie-de-lepidemiologie-de-la-frequence-et-des-facteurs-favorisants/>

[3] Personnes prises en charge pour maladies inflammatoires chroniques intestinales en 2020 :
https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_maladies-inflammatoires-chroniques-intestinales_0.pdf

[4] Dénutrition et thérapeutiques nutritionnelles au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, par le Pr Franck Carbonnel, Service de Gastroentérologie, Hôpitaux Universitaires Paris Sud, site de Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

[5] Site Ameli sur les facteurs favorisants la maladie de Crohn :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/maladie-crohn/definition-facteurs-favorisants>

[6] Le CREGG : traitements des MICI :
<https://www.cregg.org/espace-patients/my-mici-book/les-etapes-du-traitement-medical/>

[7] Définition de l'anxiété :
<https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/trouble-anxieux-generalise/anxiete/>

[8] Evaluation de la douleur :
<https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/levaluation-de-la-douleur#:~:text=C'est%20une%20%C3%A9chelle%20utile,expression%20corporelle%20et%20le%20sommeil>

[9] Définition de la communication selon le dictionnaire le Larousse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

[10] Définition de l’infirmier d’endoscopie selon l'ordre infirmier :

<https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-en-endoscopie.html>

[11] Rôle de l’infirmier d’endoscopie :

<https://www.infirmiers.com/profession-ide/competence-et-role-propre/linfirmier-en-endoscopie-quelles-competences-pour-quel-role>

[12] Définition de la Coloscopie sur le site officiel du gouvernement de l’Institut National du Cancer : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/coloscopie>

[13] Définition de la réalité virtuelle :

https://www.frm.org/nos-publications/innovation-et-sante/realite-virtuelle-outil-therapie?gclid=Cj0KCQiA6fafBhC1ARIsAIjL8lKO2sIkvFDZjKjCtTSeywIAFN4DGqs5zr-T5W62YwSh4nkaBckB-MaAgdNEALw_wcB

[14] Healthy Mind : casque de réalité virtuelle :

<https://healthymind.fr/>

[15] “Une étude pilote de la réalité virtuelle comme alternative à la sédation pharmacologique pendant la coloscopie”

Une étude publiée en ligne le 18-02-2021

Institutions :

- Division de gastro-entérologie, département de médecine, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, Etats-Unis
- Rendeever, Incorporated, Somerville, Massachusetts, Etats-Unis

Auteur correspondant : Daniel C. Chung, Gastroentérologue de l’hôpital général du Massachusetts

[16] “The effect of virtual reality on pain and anxiety during colonoscopy : a randomized controlled triad”. Etude réalisée entre octobre 2017 et Mai 2018

Auteur :

- Selda Karaveli (department of nursing, kastamonu university, school of health sciences, Katamonu, Turkey)
- Sami Evirgen (division of gastroenterology, department of internal medicine, Kastamonu university school of medicine, Turkey)

[15] “PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DU MELANGE EQUIMOLAIRE OXYGENE PROTOXYDE D'AZOTE (MEOPA)” de l’hôpital de l’APHP du groupe Paris-Saclay réalisé en 2021

Annexes

Annexe 1 : Check-list HAS sur la sécurité du patient en endoscopie digestive

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/2010_cl_endoscopie_digestive_sfed_has.pdf

Identification du patient
 Etiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT
EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »
 Version 2013

Le check-list a pour but de vérifier, de manière croisée au sein de l'équipe, que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises. Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)	
<p>1 L'identité du patient est correcte :</p> <ul style="list-style-type: none"> le patient a déclaré son identité, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2 Le type de l'endoscope est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la partie endoscopique pour la partie anesthésique <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre si besoin, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> un risque allergique un risque d'irritation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque un risque de saignement important <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>5 Le patient est à jeun</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6 La préparation adéquate (oligoscopie, gastrostomie...) a été effectuée dans les conditions prévues</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> la gestion des anticoagulants plaquetteuses et/ou des anticoagulants ; toute autre co-morbidité identifiée. <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>8 L'antibioprophylaxie est effectuée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non indiquée</p> <p>9 Patient suspect ou atteint d'EST (en cas de réponse positive l'endoscope doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'instruction n° DGS/R13/2011/449)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>10 Confirmation orale par le personnel après de l'équipe du renseignement et de l'identification des prélèvements éventuels</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>11 Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>APRÈS L'ENDOSCOPIE</p>

Établissement : Heure (début) :
 Date endoscopie :
 Gastro-entérologue :
 Anesthésiste / ADE :
 Coordonnateur check-list :



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.



SFED

Annexe 2 : Ébauche d'un questionnaire d'étude

Ceci est un questionnaire dans le cadre d'une étude sur le ressenti des patients lors d'une rectosigmoïdoscopie et les moyens mis en œuvre pour les apaiser.

- Âge :

- Êtes vous ?

- Une Femme Un Homme

- Etait-ce votre première endoscopie sans anesthésie générale ?

- Oui Non

- Avez-vous reçu des informations concernant l'examen que vous alliez avoir au préalable ?

- Oui Non

- Pour quelle maladie êtes-vous suivi ?

- Maladie de Crohn
- Rectocolite Hémorragique (RCH)
- Autre :

- Avez vous réalisé votre examen à l'aide des méthodes suivantes :

- Le casque de réalité virtuelle

- Le gaz appelé MEOPA/KALINOX
- Autre :
- Aucune des propositions précédentes

- Si vous avez utilisé le casque de réalité virtuelle, merci de cocher la case correspondante :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les explications reçues au préalables étaient suffisantes					
Vous avez été totalement captivé par l'environnement					
Vous avez réussi à oublier que vous réalisiez un examen					
Vous recommenceriez cet examen avec le casque de réalité virtuelle					

Pour les questions suivantes, merci d'entourer le chiffre correspondant sur des échelles allant de 0 à 10 (0 étant pas de douleurs/anxiété et 10 anxiété/douleurs maximales) :

- Avant votre examen, à quel niveau se situait votre niveau d'anxiété ?

Résumé

Aujourd'hui, beaucoup de patients sont atteints de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) comprenant les RectoColites Hémorragiques (RCH) et la Maladie de Crohn (MC). Ces maladies sont l'une des principales thématiques traitées dans notre centre hospitalier universitaire. Aux endoscopies digestives, nous avons pu observer chez ces patients venant réaliser des examens sans anesthésie générale, dont la rectosigmoïdoscopie, qu'ils pouvaient être une source d'anxiété et de douleurs. Nous avons pu mettre en place l'utilisation du Casque de Réalité Virtuelle Thérapeutique (CRVT) dans l'unité, en plus du MEOPA. J'ai souhaité présenter les différentes méthodes et ainsi savoir si ces techniques permettaient d'améliorer la prise en charge de ces patients en endoscopies digestives et de quelle manière évaluer leur efficacité.

Pour ce faire, les infirmières et les aides-soignantes du service jouent un rôle primordial pour la prise en charge de ces patients. En effet, en collaboration avec le médecin, elles vont être au premier plan de la prise en charge en étant à l'écoute et en évaluant la douleur et l'anxiété chez les patients en leur proposant des solutions adaptées. Pour poursuivre l'évaluation de ces pratiques, nous avons décidé de mettre en place une étude au sein de notre unité afin de continuer l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de MICI.