

Recommandations relatives au personnel d'endoscopie

Endoscopy Personnel Guidelines

P. Pienkowski · I. Joly Le Floch · L. Parois · D. Heresbach · B. Richard-Molard · M. Robaszekiewicz
et la Commission juridique de la SFED

© Springer-Verlag France 2014

Introduction

La SFED est régulièrement sollicitée, notamment au niveau de la commission juridique, pour répondre à des questions relatives aux aides-endoscopistes. Ces démarches individuelles de collègues aboutissent le plus souvent à la rédaction d'avis ponctuels qui sont ensuite diffusés par le biais d'Endoservice ou par Sfed-News.

Dans ce contexte, il nous a paru nécessaire de faire le point de manière plus exhaustive sur les aspects réglementaires de la relation médecin/aide-endoscopiste dans le cadre du fonctionnement de l'unité d'endoscopie et, en cas de vide juridique, de faire des recommandations de bonne pratique.

L'endoscopie est une discipline médicale dans laquelle l'aide-endoscopiste a un rôle important dans la prise en charge du patient avant, pendant et après l'examen, dans la désinfection et la maintenance des équipements médicaux et dans l'instrumentation endoscopique. Pour cela, il doit avoir validé des compétences spécifiques et les entretenir par une pratique régulière en s'adaptant aux évolutions technologiques de la discipline.

Ce document a pour vocation de compléter les « *Recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive* » publié par la SFED en 2013. Ce texte concerne les professionnels dont le métier est soumis au code de la santé publique soit selon ses articles législatifs, soit selon ses articles réglementaires.

État des lieux — Réglementation

Diplôme d'État d'infirmier

Infirmier généraliste

Le statut de l'infirmier(ière) est régi par un décret de compétence (R4311-1 à 15 CSP). Le référentiel métier comporte ainsi une liste détaillée (à défaut d'être exhaustive) des actes relevant de sa compétence regroupés en sept thèmes :

- observation et recueil de données cliniques ;
- soins de confort et de bien-être ;
- information et éducation de la personne, surveillance de l'évolution de l'état de santé ;
- soins et activités à visée diagnostique et thérapeutique ;
- coordination et organisation des activités de soins ;
- contrôle et gestion des matériels ; dispositifs médicaux et produits, formation ;
- information de nouveaux personnels et stagiaires, veille professionnelle et recherche.

À côté de l'infirmier généraliste, il existe aujourd'hui quatre spécialisations reconnues par la profession et le règlement : infirmier anesthésiste (IADE), infirmier de bloc opératoire (IBODE), infirmière puéricultrice et cadre administratif. En 2009, d'après le répertoire ADELI, 8,5 % des infirmiers en activité sont spécialisés, dont 3 % diplômés d'État en puériculture, 1,6 % IADE et 1,2 % IBODE ; 2,7 % exercent la fonction de cadre de santé.

IBODE

Les textes relatifs aux IBODE (article R4311-11 du CSP) précisent les activités exercées prioritairement :

- gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;

P. Pienkowski · I. Joly Le Floch (✉) · L. Parois · D. Heresbach ·
B. Richard-Molard · M. Robaszekiewicz
et la Commission juridique de la SFED
9, boulevard Clémenceau, F-22000 Saint-Brieuc, France
e-mail : isabelle.joly.lefloch@wanadoo.fr

- organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- activités d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

L'IBODE est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique, dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Infirmier aide-anesthésiste

L'article R4311-12 du CSP précise les attributions des IADE :

- anesthésie générale ;
- anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- réanimation peropératoire ;
- surveillance postinterventionnelle et prise en charge de la douleur postopératoire ;
- transports sanitaires.

Un médecin anesthésiste-réanimateur doit avoir au préalable examiné le patient et établi le protocole ; il doit pouvoir intervenir à tout moment de la procédure.

Compétence et expertise

Partant du constat qu'il n'existe aucune formation spécifique, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a publié en 2008 un référentiel de compétence de l'infirmier en médecine d'urgence. Par la suite les sociétés savantes de réanimation, dont la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar), ont élaboré un référentiel commun de compétence de l'infirmier en réanimation

L'Ordre national des infirmiers individualise par ailleurs l'infirmier « expert en endoscopie », qui « réalise des 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, qui concourent au diagnostic, au traitement et à la recherche ». Cette expertise serait réservée aux IBODE... Les éléments spécifiques au rôle de l'infirmier « expert en endoscopie » sont les suivants :

- prise en charge du patient en endoscopie dans une démarche de soins individualisée ;
- organisation et coordination des soins et des activités en salle d'endoscopie diagnostique et interventionnelle ;
- participation au déroulement de l'endoscopie et assistance technique auprès du praticien lors des actes ;

- collaboration à la prise en charge de l'urgence ;
- gestion des risques ;
- mise en œuvre et contrôle de l'état de fonctionnement du matériel et des locaux ;
- activités de désinfection, de contrôles d'hygiène et de traçabilité selon la législation en vigueur ;
- gestion des équipements, du parc des endoscopes et des dispositifs médicaux ;
- encadrement et formation des stagiaires, des nouveaux professionnels et des personnels placés sous sa responsabilité ;
- participation à l'évaluation des pratiques professionnelles et recherche d'indicateurs qualité spécifiques à l'endoscopie ;
- collaboration à la recherche et à l'innovation liées aux évolutions médicales et techniques.

Rapport Berland

« *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétence* » (2003) indique qu'il serait souhaitable de créer un métier d'infirmier clinicien spécialisé, avec une attention toute particulière pour le rôle spécifique de l'infirmier d'endoscopie et d'exploration fonctionnelle.

Point de vue du Groupement infirmier pour la formation en endoscopie (GIFE)

Le GIFE défend la spécificité du statut d'infirmier en endoscopie et œuvre pour la mise en place d'un diplôme universitaire et d'une reconnaissance européenne en relation avec l'association européenne des infirmières en endoscopie (ESGENA).

À ce jour toutefois, malgré les revendications fortes des professionnels, il n'existe aucune reconnaissance officielle du statut d'infirmier spécialisé en endoscopie.

Diplôme d'aide-soignant

Bien que le métier d'aide-soignant ne fasse pas partie des professions de santé réglementées (au sens juridique du terme), il est référencé dans le Code de santé publique dans la liste des métiers paramédicaux (article D712-55). Le rôle de l'aide-soignant est de « dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne ».

Collaboration infirmier/aide-soignant

Le domaine de compétence de l'aide-soignant n'est pas défini avec précision, notamment la répartition entre les deux principales fonctions : fonction de soin et fonction

d'hôtellerie. Le décret de compétence de la profession d'infirmier précise par contre les modalités théoriques de la collaboration infirmier/aide-soignant ; l'infirmier vérifie que l'aide-soignant a les connaissances et la compétence nécessaires avant de lui confier un soin et vérifie la bonne réalisation et les effets de ses soins. L'infirmier est responsable des personnes qui sont placées sous son autorité et des choses qui lui sont confiées ; il répond de ses actions et de leurs conséquences devant la loi. La responsabilité personnelle de l'aide-soignant peut aussi être directement engagée également dans certaines situations.

Réglementation concernant le personnel de bloc opératoire

Aucun texte spécifique ne définit les obligations d'un établissement de santé en matière d'effectifs et de qualification du personnel affecté en unité d'endoscopie en dehors du décret de compétence infirmier.

Spécificités des gestes réalisés en endoscopie

Activités avant l'endoscopie

- Gestion des rendez-vous et participation à l'élaboration des programmes (en collaboration avec les équipes médicales et leurs secrétariats) ;
- gestion des salles d'examen : ouverture des salles et éventuellement prénettoyage si l'unité de comporte pas d'enceinte de stockage ;
- accueil du patient, vérification de la check-list, information et évaluation de ses connaissances par rapport à l'examen, vérification du jeûne et du port éventuel de prothèse dentaire, explications sur le déroulement de l'acte ;
- installation en salle ; prise en compte du niveau de douleur, du déficit en mobilité possible, de la pudeur et du confort ;

Soins avant l'endoscopie

- Réalisation de l'anesthésie locale en cas d'endoscopie haute et surveillance des effets immédiats ;
- installation du matériel endoscopique et vérification de son bon fonctionnement (insufflation, aspiration, béquillage, nettoyage de l'optique) ;

Prise en charge du patient pendant l'endoscopie

- Assistance opératoire pendant toute la durée de la procédure ; une deuxième aide peut s'avérer nécessaire dans certaines circonstances particulières ou pour certaines procédures ;
- surveillance pendant l'examen des paramètres cliniques (en l'absence d'un IADE : SaO₂, rythme cardiaque,

tension artérielle), signalement de toute modification de comportement du patient, évaluation du niveau de confort ou d'inconfort, le degré de sédation, l'état de veille et de conscience ;

- réalisation de biopsies : présentation et manipulation de la pince à biopsie sur demande du médecin, appréciation de la qualité des prélèvements effectués, recueil, étiquetage et numérotation ; organisation de la traçabilité du matériel à usage unique ;
- assistance technique pour la réalisation des différents actes perendoscopiques. Une maîtrise parfaite des gestes thérapeutiques simples ou complexes susceptibles d'être mis en œuvre au cours d'un examen endoscopique est indispensable : polypectomie et mucoséctomie, dilata-tions, sclérose et la ligature de varices œsophagiennes, pose de prothèse... Il en est de même pour les gestes d'urgence (d'hémorragie digestive, corps étrangers) ;
- au cours d'une coloscopie, sur demande de l'opérateur, compression manuelle de l'abdomen pour prévenir la formation de boucles et de faciliter la progression du coloscope.

Activités après l'endoscopie

- Documentation des soins : notification de toutes les données significatives relatives à l'acte effectué et traçabilité des instruments utilisés ;
- nettoyage et remise en ordre de la salle pour l'examen suivant, acheminement de l'endoscope vers la salle de désinfection ;
- transfert du patient en salle de surveillance postinterventionnelle, où il est pris en charge par une équipe dédiée le temps nécessaire à la restauration de fonctions cognitives normales avant le retour dans un box privatif.

Recommandations pour la pratique

Trois catégories de personnels ont vocation à travailler dans une unité d'endoscopie : l'IBODE, l'infirmier(ière) et l'aide-soignant(e).

Sur le plan qualitatif, le caractère hyperspécialisé de la pratique endoscopique, qu'elle soit diagnostique ou interventionnelle, l'importance accordée à la sécurité du patient dans ce domaine et les contraintes en matière de désinfection du matériel imposent la présence dans l'unité et auprès de l'endoscopiste pendant l'acte technique d'un personnel spécifiquement formé et régulièrement entraîné.

Sur le plan quantitatif, compte tenu de ce qui précède et de la possible délégation de certaines tâches, le personnel doit être en nombre suffisant pour assurer le bon fonctionnement de l'unité, y compris pendant les périodes de congés, notamment la surveillance postinterventionnelle continue et

l'assistance technique des médecins endoscopistes. L'effectif doit ainsi tenir compte du nombre de salles ouvertes et/ou d'opérateurs travaillant en parallèle avec, comme objectif, au minimum, un infirmier par salle ou par opérateur. Une gestion optimale du personnel doit éviter de recourir à des aides non formé(e)s, remplaçant(e)s ou intérimaires.

Formation continue

La pratique de l'aide-endoscopie doit être entretenue tant au niveau pratique que théorique par le biais de la formation permanente, pour que la qualité des actes et des soins en endoscopie soit pérennisée. Le Conseil national de l'ordre des infirmiers considère que deux mois de pratique sont nécessaires à l'apprentissage, 12 à 18 mois pour acquérir toutes les compétences et 24 mois pour l'expertise complète. Une fois l'équipe constituée et formée, il faut privilégier sa stabilité et en cas de départ ou de mutation, savoir anticiper la formation du nouveau personnel.

En établissement de santé, les infirmiers sont soumis à la formation professionnelle régulière dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), notamment par la participation aux journées de formation et séminaires techniques organisées par les sociétés savantes à leur intention lors des grandes manifestations scientifiques (JFHOD, Vidéo-Digest) et aux journées professionnelles du GIFE. Il est aussi essentiel de tracer les démarches d'amélioration de pratiques. La participation de plus en plus importante des infirmiers et des autres paramédicaux aux revues de mortalité morbidité (RMM), groupes d'analyse des pratiques, démarches de gestion des risques... devraient valoriser cette pratique quotidienne. La direction des établissements, la direction des soins et l'encadrement infirmier, la commission des soins infirmiers et la CME ont un rôle à jouer dans ce domaine.

Responsabilité

Même si les aides-endoscopistes travaillent sous la responsabilité des médecins qu'ils (elles) assistent, la responsabilité personnelle de l'infirmière ou de l'aide-soignant a pu être mise en cause dans certaines circonstances exceptionnelles ; il est donc vivement conseillé à chaque acteur de souscrire soit directement, soit par l'intermédiaire de l'établissement, une assurance en responsabilité professionnelle (RCP).

Tâches réservées aux IDE

Certaines fonctions sont naturellement réservées aux infirmiers(ières) (en sachant qu'il n'existe pas de liste officielle de gestes techniques que les infirmiers seraient autorisés à pratiquer en endoscopie) :

- installation du patient en salle : vérification du dossier médical (et de la check-list), préparation à la surveillance anesthésique (scope, oxymètre de pouls) ;

- pose de voies veineuses, perfusions, injections (sur prescription médicale, gastroentérologue ou anesthésiste) ;
- assistance pour les actes diagnostiques de routine (gastroscopie, coloscopie) notamment pour la réalisation des biopsies et l'appui abdominal sous la responsabilité directe du praticien ;
- assistance en endoscopie interventionnelle : l'assistance et l'aide à l'instrumentation est un aspect particulièrement essentiel à la bonne réalisation de l'acte endoscopique. L'infirmier(ière) d'endoscopie assiste le médecin dans le maniement de dispositifs qu'ils soient à visée diagnostique (biopsies, coloration vitale...) ou thérapeutique (polypectomie, sphinctérotomie, pose de clips, injections sous-muqueuses, gestes d'hémostase...). Toutes ces techniques demandent, de la part du médecin et de l'infirmier(ière) d'endoscopie, une expertise dans le geste et dans la connaissance parfaite du matériel : de la bonne coordination infirmier-médecin dépend le succès et la sécurité de l'acte. Pour toutes ces raisons, l'infirmière en endoscopie doit rester en salle durant la procédure.

Tâches dévolues aux aides-soignants

- Accueil du patient ;
- nettoyage et décontamination du matériel ; cette activité, indispensable au bon fonctionnement de l'unité, doit être prise en charge par une personne dédiée distincte des aides présents en salle d'endoscopie, sous la vigilance de l'IDE ;
- stockage ;
- tâches en rapport avec l'hôtellerie.

Tâches susceptibles de faire l'objet d'une délégation aux aides-soignants

- Gestion des prélèvements biopsiques, étiquetage, adressage aux différents laboratoires d'analyse ;
- prélèvements microbiologiques réguliers sur les endoscopes, sur les laveurs désinfecteurs, sur les points d'eau servant au nettoyage des endoscopes ;
- gestion de matériel et consommables.

IADE

Lorsque des IADE sont présentes dans l'unité d'endoscopie, leurs attributions concernent uniquement l'anesthésie des patients (sous le contrôle des médecins anesthésistes), leur surveillance pendant l'examen et la surveillance postinterventionnelle. Les IADE ne peuvent se substituer aux aides d'endoscopie pour la réalisation du geste lui-même.

Cas particuliers de la coloscopie

La coloscopie est, en France, un acte médical pratiqué uniquement par un médecin et qui ne peut être délégué.

L'aide-endoscopiste assiste le médecin ; les actes qu'il (elle) effectue au cours d'une endoscopie (maintien ou mobilisation de l'endoscope, appui abdominal, manipulation des instruments de biopsie ou de section...) se font sur prescription du médecin qui demeure seul responsable de ses actes et des actions déléguées, notamment en cas de complication. L'assistant(e) peut être sollicité(e) pour une aide ponctuelle (tenir l'endoscope et l'immobiliser si, au cours d'une phase difficile de la progression, le médecin a besoin d'agir sur les deux manettes de béquillage, par exemple), mais l'assistance continue à la progression n'est pas conseillée : la progression, en particulier dans le sigmoïde, où le risque de perforation est le plus grand, est l'affaire du médecin, qui doit percevoir et analyser par lui-même en continu les éventuels facteurs de résistance à la progression. L'aide ne peut donc « pousser » le coloscope en lieu et place du médecin, car cette intervention n'est pas dans son cahier de compétences et pourrait être considérée comme une substitution, voire un exercice illégal. Le médecin ne pourra être exonéré de sa responsabilité au motif de n'avoir pu apprécier directement les difficultés de l'examen mais à l'inverse l'assistant(e) peut voir sa responsabilité engagée, notamment en cas de litige avec le médecin.

Cas particulier des urgences

En cas d'urgence, la garde d'endoscopie doit être obligatoirement assurée par du personnel formé et compétent, inscrit au tableau de garde, sous la responsabilité du directeur d'établissement.

Cas particulier des actes réalisés sous contrôle radiologique

Les manipulateurs radios, lors des gestes sous scopie, peuvent dans certaines circonstances apporter leur contri-

bution au travail d'équipe, notamment pour la manipulation des guides.

Conclusion

La fonction d'aide en endoscopie est donc très spécifique. La sécurité des patients et la qualité de leur prise en charge reposent en grande partie sur la collaboration étroite entre le praticien et le personnel avec qui il fait équipe. Cela est particulièrement vrai pour les actes techniques complexes, notamment interventionnels, faisant appel à des dispositifs médicaux fragiles et couteux, ainsi qu'en situation d'urgence. La polyvalence infirmière n'est pas compatible avec l'activité technique spécialisée d'endoscopie et d'endothérapie où la sécurité des gestes ne peut être garantie que par une pratique régulière. Il est donc nécessaire de mettre en place une équipe stable dédiée à l'activité endoscopique ayant une expertise validée par une formation initiale approfondie et entretenue par une formation continue régulière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Bibliographie

1. Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 16 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.
2. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
3. Décret n° 004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du CSP-Auxiliaires médicaux-Profession d'infirmier ou d'infirmière.
4. Letard JC, Bibollet MA, Canard JM, Sautereau D. L'infirmier en endoscopie. *Acta Endoscopica* 2006;36:501-3.
5. Lesur G, Vedrenne B, Heresbach D. Consensus en endoscopie digestive (CED). Matériels et conditions pour l'endoscopie en urgence. *Acta Endoscopica* 2009;39:468-73.