

Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte

2^e édition



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



1^{RE} ÉDITION

COORDINATION

Suzanne Durand, inf., M. Sc. inf., D.E.S.S. (bioéthique)
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

RECHERCHE ET RÉDACTION

Jérôme Ouellet, inf., M.A. (c.) (éducation orientation recherche)
Infirmier-conseil

Martine Maillé, inf., M. Sc. (administration)
Infirmière-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

GROUPE DE TRAVAIL

Maria-Helena Dias, inf., M. Sc. inf.
Conseillère-cadre en soins infirmiers spécialisés en médecine interne
Centre universitaire de santé McGill

Louise Letarte, inf. (étudiante en 3^e année, baccalauréat en sciences infirmières, Université Laval)
Chef d'équipe en endoscopie digestive
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Julie-Alexandra Roberge, inf., M. Sc.
Conseillère-cadre en développement de nouvelles approches en soins infirmiers et responsable des stages
CSSS de Laval (Hôpital Cité de la santé)

CONSULTATION INTERNE

Louiselle Bouffard, inf., M. Sc.
Infirmière-conseil, Direction
Développement et soutien professionnel OIIQ

Jacinte Normand, inf., M.A.P.
Directrice-conseil, Direction des affaires externes, OIIQ

CONSULTATION EXTERNE

Marlène Champagne, inf., M. Sc. inf.
Direction québécoise du cancer
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Danièle Normandin, inf., M. Sc.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers, soins ambulatoires en médecine
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

D^r Victor Plourde, gastroentérologue
Président de l'Association des gastroentérologues du Québec

2^E ÉDITION

COORDINATION

Suzanne Durand, inf., M. Sc. inf., D.E.S.S. (bioéthique)
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

RECHERCHE ET RÉDACTION

Chantale Desbiens, inf., M. Sc. inf.
Infirmière-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

CONSULTATION INTERNE

Joël Brodeur, inf., M. Sc. (administration), D.E.S.S. Développement et gestion des organisations, D.E.S.S. Amélioration continue des performances, Ceinture noire – LSS
Infirmier-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Barbara Harvey, inf., M. Sc. inf.
Infirmière-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Jérôme Ouellet, inf., M.A. (sc. éd.)
Infirmier-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Danièle Normandin, inf., M. Sc.
Infirmière-conseil
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Myriam Brisson, inf., M. Sc.
Directrice adjointe à la syndique
Syndique adjointe, OIIQ

CONSULTATION EXTERNE

Cathy Binet, inf., B. Sc.
Conseillère en cancérologie colorectale
Direction générale de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Katleen Busque
Conseillère en cancérologie colorectale
Direction générale de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Oronzo De Benedictis
Conseiller en cancérologie colorectale
Direction générale de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Maria-Helena Dias, inf., M. Sc. inf.
Conseillère-cadre en soins infirmiers spécialisés en médecine interne
Centre universitaire de santé McGill

D^r Jean-Bernard Trudeau, M.D.
Secrétaire adjoint
Direction générale
Collège des médecins du Québec

D^{re} Josée Parent, M.D., CM, FRCPC
Gastroentérologue
Présidente de l'Association des gastroentérologues du Québec

PRODUCTION

Service marketing
Claire Demers, coordonnatrice de l'édition
Isabelle Lacroix, coordonnatrice de la production
Direction, Marketing, promotion et événements, OIIQ

RÉVISION LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge

CONCEPTION ET RÉALISATION

Uzin3

CORRECTION D'ÉPREUVES

Patricia Labelle

SOUTIEN DOCUMENTAIRE

Service, Veille et ressources documentaires
Direction, Communication, OIIQ

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-3770
ventepublications@oiiq.org
oiiq.org

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN 978-2-89229-542-9 (PDF), 1^{re} édition, 2011
ISBN 978-2-89229-692-1 (PDF), 2^e édition, 2016

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016

NOTE – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé uniquement pour alléger la présentation.

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	5
POINTS À RETENIR	6
INTRODUCTION	7
À PROPOS DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE	8
LA COLOSCOPIE	8
LES INDICATIONS	9
LES INTERVENTIONS ET MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES	10
LES RISQUES DE COMPLICATIONS	10
LA SÉDATION-ANALGÉSIE	10
VOLET PROFESSIONNEL	11
LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE	11
L'ÉTENDUE DES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES DANS LE CONTINUUM DE SOINS EN COLOSCOPIE	12
AVANT LA COLOSCOPIE	13
LA GESTION DES DEMANDES/REQUÊTES	14
L'ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE	14
LA LISTE DE VÉRIFICATION	16
LE CONSENTEMENT	17
L'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE	17
LA DOCUMENTATION DES SOINS	17
PENDANT LA COLOSCOPIE	18
LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS	18
L'ÉVALUATION EN COURS D'ÉVOLUTION, LA SURVEILLANCE CLINIQUE ET LES INTERVENTIONS EN CAS DE COMPLICATIONS	20
LE CONTEXTE DE RÉALISATION DE LA COLOSCOPIE	20
LA COLOSCOPIE SANS SÉDATION-ANALGÉSIE	20
LA COLOSCOPIE SOUS SÉDATION CONSCIENTE	21
LA SITUATION DE SANTÉ ET LA DOULEUR EXPRIMÉE PAR LE CLIENT	21
LES PARAMÈTRES D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUE DES COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION ENDOSCOPIQUE	21
Le syndrome vasovagal	21
La perforation	22
L'hémorragie	22
LES PARAMÈTRES D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUES LIÉS À LA SÉDATION-ANALGÉSIE	22
L'ÉVALUATION DU NIVEAU DE SÉDATION-ANALGÉSIE	22
LES CARACTÉRISTIQUES DES MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LA COLOSCOPIE	24
LA SURVEILLANCE CLINIQUE DU DEGRÉ DE SÉDATION	28
L'ÉVALUATION RESPIRATOIRE	30
L'ÉVALUATION CIRCULATOIRE	31
L'ACCÈS, LA PRÉPARATION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS INTRAVEINEUX	31
L'ENSEIGNEMENT SUR L'EXAMEN EN COURS	32
L'ASSISTANCE TECHNIQUE À L'ENDOSCOPISTE	32
L'IDENTIFICATION ET L'ACHEMINEMENT DES SPÉCIMENS	33
LA DOCUMENTATION DES SOINS	33

APRÈS LA COLOSCOPIE	33
L'ÉVALUATION ET LA SURVEILLANCE CLINIQUE	33
LES INTERVENTIONS EN CAS DE COMPLICATIONS ET L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS	35
La coordination	35
L'ENSEIGNEMENT RELATIF AU CONGÉ ET AUX CONSIGNES À SUIVRE APRÈS LA COLOSCOPIE	35
LA DOCUMENTATION DES SOINS	35
VOLET ORGANISATIONNEL	36
Les règles d'établissement	36
LE SOUTIEN CLINIQUE	36
Les règles de soins infirmiers	37
L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS	37
LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE L'INFIRMIÈRE ET L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE	37
ANNEXE 1 – Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique	39
ANNEXE 2 – Définitions et exemples de la classification de l'état physique selon l'ASA	48
RÉFÉRENCES	49

LISTE DES ENCADRÉS, FIGURES ET TABLEAUX

ENCADRÉ 1	Clientèles à risque qui requièrent une surveillance clinique accrue	16
FIGURE 1	Principales activités de l'infirmière en fonction des périodes du continuum de soins en coloscopie	12
FIGURE 2	Exemple d'interventions infirmières avant la coloscopie	13
FIGURE 3	Surveillance clinique requise en fonction du type de coloscopie	20
FIGURE 4	Schématisation de la progression de la dépression du système nerveux central	29
TABLEAU 1	Principes caractéristiques du continuum de la sédation-analgésie et de l'anesthésie générale	23
TABLEAU 2	Surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie – Clientèle adulte	25
TABLEAU 3	Surveillance clinique minimale requise pendant une coloscopie réalisée sous sédation-analgésie	26
TABLEAU 4	Nombre de professionnels habilités requis en sédation-analgésie	28
TABLEAU 5	Paramètres du degré de sédation selon l'échelle de Pasero	29

FAITS SAILLANTS

- L'endoscopie est l'un des secteurs les plus effervescents de la santé. L'infirmière est appelée à occuper une place de plus en plus importante tout au long du continuum de soins en coloscopie.
- À la suite de la publication des lignes directrices sur la sédation-analgésie par trois ordres professionnels (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015), des *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* (MSSS, 2013, document en cours de révision), du *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec* (MSSS, 2014) ainsi que du *Guide de validation des listes d'attente pour un examen primaire de coloscopie longue* (MSSS, 2015b), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) croit nécessaire de réaffirmer l'importance des activités d'évaluation et de surveillance clinique effectuées par l'infirmière. Ces activités touchent les clients qui doivent passer une coloscopie pendant laquelle des interventions thérapeutiques peuvent être réalisées sous sédation-analgésie modérée (ou consciente), et ce, peu importe l'endroit où a lieu la procédure. Voici donc la deuxième édition des *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*.

Les principaux changements effectués à la 2^e édition des *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte* sont résumés ci-dessous.

Points ajoutés à la section « Avant la coloscopie » :

- La contribution de l'infirmière dans la gestion des demandes/requêtes d'examen;
- Des précisions quant au consentement;
- Des spécifications sur la norme de documentation des soins.

Points ajoutés à la section « Pendant la coloscopie » :

- Une toute nouvelle section sur la prévention et le contrôle des infections;
- Une clarification quant à la contribution des infirmières en cas de complications ou d'événements significatifs lors de l'intervention endoscopique;
- L'importance de la surveillance clinique de la personne au-delà du monitoring avec les appareils, et de la communication ou du partage d'informations entre les professionnels;
- Le tableau « Surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie – clientèle adulte » remplace les tableaux 6 et 7 de la 1^{re} édition qui portaient sur les paramètres de l'état respiratoire et de l'état circulatoire;
- Le tableau sur le nombre de professionnels habilités requis pendant l'intervention sous sédation-analgésie.

Points ajoutés à la section « Après la coloscopie » :

- Des précisions sur les critères de congé et sur l'enseignement des consignes postexamen.

L'annexe 1 a été modifiée conformément aux changements apportés aux présentes lignes directrices.

L'annexe 2 a été ajoutée et elle contient les définitions et les exemples de la classification de l'état physique selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA).

POINTS À RETENIR

- L'infirmière occupe une place privilégiée au sein du continuum de soins en coloscopie de même qu'en amont : tant sur le plan du dépistage que de la prévention et de l'information auprès de la clientèle.
- Assise de l'exercice infirmier, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (ou asymptomatique) s'exerce ici sur tous les plans et est étroitement liée à tous les aspects de l'endoscopie (avant, pendant et après la coloscopie).
- La surveillance clinique que doit assurer l'infirmière fait appel aux compétences propres à l'exercice du jugement clinique infirmier.
- Pour le client sous sédation-analgésie modérée (ou consciente), la communication infirmière-client doit être maintenue régulièrement.
- Afin de prodiguer des soins sécuritaires et intervenir en situation d'urgence, toutes les infirmières sont responsables de maintenir à jour leurs connaissances et d'assurer leur développement professionnel.
- La collaboration professionnelle est garante à la fois de mécanismes de communication efficaces entre tous les membres de l'équipe et d'une compréhension claire du rôle de chacun.
- Les principes liés à la prévention et au contrôle des infections doivent être scrupuleusement suivis par tout le personnel de l'unité d'endoscopie.
- L'administration graduelle par petites doses de médicaments provoquant la sédation-analgésie doit être privilégiée.
- Une dépression respiratoire est à craindre consécutivement à l'administration de dépresseurs du système nerveux central. C'est pourquoi l'amplitude, la fréquence et le rythme respiratoires doivent être mesurés fréquemment.
- Bien que l'administration d'oxygène puisse faire chuter la fiabilité du saturomètre, son recours est tout de même recommandé. Toutefois, la surveillance des mouvements respiratoires est essentielle, car le saturomètre ne permet de déceler que tardivement une altération de l'état respiratoire.
- L'assistance technique à l'endoscopiste ne doit en aucun cas nuire à l'évaluation et à la surveillance clinique que doit exercer l'infirmière en priorité.
- Des consignes écrites doivent être remises à toutes les personnes après un examen endoscopique.

INTRODUCTION

Les présentes lignes directrices décrivent le rôle et les responsabilités de l’infirmière tout au long du continuum de soins en coloscopie ainsi que les conditions organisationnelles favorisant une pratique professionnelle de qualité, et ce, **peu importe l’endroit où la procédure est effectuée**. Elles touchent à la fois les volets professionnel et organisationnel et doivent s’appliquer à toutes les clientèles adultes¹ dans tous les cas où l’examen endoscopique n’est pas effectué sous la supervision directe d’un anesthésiste² ou est réalisé dans un environnement similaire (ressources, équipement, appareils). Ces lignes directrices concernent donc les examens endoscopiques pratiqués sans sédation-analgésie³ jusqu’à ceux effectués sous sédation-analgésie modérée (ou consciente), **et non pas les procédures réalisées en présence d’un anesthésiste ou encore sous sédation-analgésie de niveau profond ou sous anesthésie générale**. Ainsi, elles s’appliquent aussi à d’autres examens endoscopiques effrectifs, comme la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) ou la gastroscopie, pratiqués dans des conditions similaires à la coloscopie.

L’endoscopie est l’un des secteurs les plus effervescents de la santé où afflue une clientèle nombreuse qui reçoit des soins à visée diagnostique ou thérapeutique. Ce secteur d’activités est en plein essor et la contribution de l’infirmière est essentielle dans le but de faciliter et d’optimiser l’accès à la coloscopie. Dans le cadre du déploiement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) mis de l’avant par la Direction générale de cancérologie (DGC)⁴, l’infirmière est appelée à occuper une place de plus en plus importante tout au long du continuum de soins, et ce, dès le premier contact avec le client. Effectivement, que ce soit avant, pendant ou après la coloscopie, l’infirmière doit procéder à l’évaluation de la condition de la personne afin de pouvoir porter un jugement clinique sur la situation de santé et décider des interventions subséquentes. Puisque certaines activités peuvent être partagées entre divers professionnels de l’équipe soignante (l’évaluation, par exemple), l’établissement doit déterminer cette répartition afin d’atteindre des résultats optimaux pour la clientèle tout en respectant les champs d’exercice de chacun.

Comme la plupart des clients qui passent une coloscopie reçoivent préalablement une sédation-analgésie par voie intraveineuse, l’infirmière a également un rôle important à jouer en matière d’évaluation et de surveillance clinique pour assurer des soins sécuritaires à la clientèle. De plus, dans bon nombre de milieux, l’utilisation de critères de congé implique aussi une évaluation juste et adéquate du client par l’infirmière avant son retour à domicile.

Même s’ils sont relativement peu fréquents, les risques de complications de l’examen endoscopique de même que les effets secondaires des médicaments généralement administrés pour cette intervention peuvent comporter des risques importants pour le client, allant d’une complication mineure au décès. Notons que lorsque l’examen endoscopique comprend à la fois des interventions diagnostiques et thérapeutiques, les risques qui en découlent sont subséquentement considérés comme plus importants. Mentionnons que des décès sont survenus ici au Québec à la suite de la réalisation de ce type d’intervention, d’où la nécessité d’encadrer cette pratique pour mieux assurer la protection du public.

À la suite de la publication des lignes directrices sur la sédation-analgésie par le Collège des médecins du Québec, l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l’Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015) et des *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* de la DGC (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec – MSSS, 2013, document en cours de révision), l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec souhaite réitérer l’importance des activités d’évaluation et de surveillance clinique effectuées par l’infirmière pour les clients qui doivent passer une coloscopie pendant laquelle des interventions thérapeutiques

1. Nous avons choisi de ne pas traiter de l’endoscopie pédiatrique dans les présentes lignes directrices compte tenu du fait que celle-ci est généralement réalisée sous sédation profonde (avec de la kétamine) ou sous anesthésie générale.
2. Le terme *anesthésiste* est utilisé ici pour désigner un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire avancée.
3. Ces lignes directrices s’appliquent aussi à la clientèle recevant uniquement une sédation.
4. Dans cette nouvelle version, la nouvelle dénomination « Direction générale de cancérologie (DGC) » remplace la « Direction québécoise de cancérologie (DQC) » telle que désignée depuis décembre 2015.

peuvent être réalisées sous sédation-analgésie consciente. Fondée sur l'état actuel des connaissances, cette mise à jour vient expliciter l'étendue des activités infirmières en coloscopie dans le but d'assurer la sécurité des clients et d'améliorer la qualité des soins et services qui leur sont prodigués. Ainsi, cette nouvelle version des lignes directrices tient compte des recommandations des trois ordres professionnels quant aux normes relatives à la sédation-analgésie et à celles qui sont propres à la pratique clinique en coloscopie de la DGC.

À PROPOS DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

L'endoscopie digestive est l'observation des cavités organiques du système digestif à l'aide d'un endoscope à des fins diagnostiques et thérapeutiques. En plus de l'observation directe d'un organe, elle permet la biopsie de tissus suspects, la résection de polypes, ainsi que de nombreuses autres interventions thérapeutiques selon la situation de santé du client.

Les principaux examens endoscopiques du système digestif sont l'œso-gastro-duodéoscopie (OGD) ou la gastroscopie, la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), la coloscopie et la sigmoïdoscopie.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les présentes lignes directrices traitent plus particulièrement de la coloscopie, qui est aussi appelée « colonoscopie longue ». Afin d'alléger le texte, le terme *coloscopie* est utilisé.

LA COLOSCOPIE

La coloscopie permet d'examiner tout le côlon à l'aide d'un endoscope souple, depuis l'anus jusqu'au cæcum et souvent la partie terminale de l'iléon. Cet examen permet d'observer et de traiter directement des néoplasmes bénins et malins, des polypes, des inflammations de la muqueuse, des ulcérations de même que des points d'hémorragie active dans l'intestin.

Cet examen nécessite généralement une préparation intestinale afin de bien voir les structures anatomiques. Cette étape est essentielle étant donné qu'une préparation adéquate est associée à des critères de qualité comme de plus hauts taux de détection de polypes et de réalisation de tests complets (MSSS, 2013). Habituellement, c'est lors de la confirmation du rendez-vous que la personne est avisée des consignes préparatoires à l'examen, comme la préparation colique à effectuer et l'endroit où se la procurer, ou encore des sources d'information à consulter au besoin (sites Web, dépliants, etc.).

Lorsque la coloscopie n'est pas pratiquée sous sédation-analgésie de niveau profond, voire une anesthésie générale, l'absence d'anesthésiste et d'équipement spécialisé pour assurer le monitoring du client fait habituellement en sorte que les conditions dans lesquelles cet examen est exercé diffèrent considérablement. Même si la coloscopie est souvent considérée comme une intervention moins complexe qui ne nécessite pas le même monitoring qu'une intervention chirurgicale conventionnelle sous anesthésie générale, il n'en demeure pas moins que les réactions du client ne sont pas toujours prévisibles, notamment pendant ou après l'administration de médicaments entraînant la sédation-analgésie. À cet effet, l'infirmière doit bien connaître l'environnement dans lequel elle exerce. Ainsi, elle doit s'assurer qu'elle a à sa disposition les médicaments et les appareils requis pour le monitoring, la réanimation cardiorespiratoire et la période de récupération afin d'être en mesure d'intervenir rapidement et efficacement si une complication liée à la sédation ou à l'intervention survenait.

LES INDICATIONS⁵

La coloscopie peut être indiquée :

- En présence des symptômes ou des résultats anormaux suivants :
 - Hémorragie digestive basse;
 - Suspicion de cancer basé sur d'autres résultats d'examens réalisés;
 - Résultat positif de recherche immunochimique de sang occulte dans les selles (RSOSi);
 - Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active;
 - Rectorragie;
 - Anémie ferriprive documentée non expliquée;
 - Modification récente des habitudes intestinales;
 - Polypes visualisés par imagerie médicale;
 - Suspicion de cancer colorectal occulte (syndrome paranéoplasique);
 - Coloscopie à refaire à la suite d'une préparation inadéquate;
 - Suivi de diverticulite;
 - Constipation ou diarrhée chronique;
- Pour dépister un cancer colorectal⁶ :
 - Chez les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs;
 - Chez les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs⁷;
- Pour surveiller, à la suite d'une coloscopie antérieure :
 - Une personne asymptomatique ayant des antécédents personnels de :
 - cancer colorectal;
 - polypes adénomateux;
 - maladies inflammatoires intestinales;
 - Une personne asymptomatique ayant des antécédents familiaux significatifs;
- Pour évaluer :
 - L'origine d'un méléna;
 - Une anomalie décelée initialement par un autre examen diagnostique;
 - Une douleur abdominale chronique ou inexpliquée;
 - Etc.

Des conditions de santé particulières, comme la grossesse ou la possibilité d'être enceinte, les maladies intestinales infectieuses ou encore la prise d'anticoagulants, d'insuline ou d'antihyperglycémiant oraux doivent être prises en considération. Dans ces cas, des dispositions médicales singulières sont parfois nécessaires. La présence de maladies chroniques, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, ou encore une anomalie des voies aériennes, une maladie neuromusculaire, une infection respiratoire ou un syndrome (ex. : trisomie) peut aussi modifier la prise en charge du client, dont l'intensité de la surveillance effectuée durant la coloscopie.

5. Source : formulaire *Demande de coloscopie longue* (AH-702 DT9241, 2015-07) du MSSS.

6. Des précisions sont indiquées au formulaire AH-702 DT9241.

7. L'examen de dépistage recommandé pour ces personnes est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi).

LES INTERVENTIONS ET MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Les avancées technologiques et scientifiques permettent maintenant d'effectuer de nombreuses interventions thérapeutiques pendant la coloscopie. La cautérisation par argon, par électrochirurgie ou par sonde calorifique, la polypectomie, la ligature par cathéter et l'installation de clips hémostatiques sont quelques exemples d'interventions les plus fréquentes qui peuvent être réalisées pendant une coloscopie.

LES RISQUES DE COMPLICATIONS

Le recours à la coloscopie peut aussi entraîner certains risques de complications pour le client. Ces complications sont essentiellement de deux ordres, sans toutefois se limiter à ce qui suit : des complications qui relèvent du geste endoscopique lié à l'examen même, et d'autres qui découlent habituellement de la sédation-analgésie administrée pour l'examen.

Les complications possibles surtout reliées aux gestes thérapeutiques comme la polypectomie sont la perforation et l'hémorragie, le syndrome vasovagal, ainsi que l'infection (souvent découverte tardivement après la coloscopie).

Les signes et symptômes de complications de la sédation-analgésie sont l'altération de l'état de conscience, la désaturation, la bradycardie, l'hypotension et la dépression respiratoire (pouvant éventuellement entraîner un arrêt cardiaque). Ces signes et symptômes de complications peuvent être reliés à un usage excessif de médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) et à une surveillance clinique inadéquate. Malgré une évaluation et une surveillance clinique adéquates, il peut malencontreusement arriver que le client réagisse de façon exacerbée à la médication administrée et qu'il nécessite une assistance à la ventilation avec ou sans intubation.

LA SÉDATION-ANALGÉSIE

Compte tenu de sa nature effractive pouvant engendrer de l'inconfort et de la douleur, la coloscopie est souvent réalisée sous sédation-analgésie. La sédation-analgésie est définie comme étant l'« administration de médicaments ou de substances servant à altérer le niveau de conscience d'une personne, sa perception de la douleur et sa tolérance à l'environnement, tout en lui permettant une réponse à la stimulation verbale ou tactile et le maintien d'une fonction cardiaque et ventilatoire adéquate en tous points » (OPIQ, 2009, cité dans CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015, p. 8).

En coloscopie, cette sédation-analgésie modérée (ou consciente) est dite « procédurale », c'est-à-dire qu'elle permet d'effectuer une intervention ou un examen dans une période courte et circonscrite. Elle combine généralement à la fois une benzodiazépine qui réduit l'anxiété et provoque un certain degré d'amnésie, ainsi qu'un opioïde qui sert à soulager la douleur liée à l'intervention. Utilisée judicieusement, la sédation-analgésie permet donc au client de mieux tolérer la procédure, tout en réduisant l'inconfort, l'anxiété et la douleur, ainsi que les mouvements pouvant nuire au bon déroulement de la coloscopie. De plus, « il a été montré que la sédation lors de la coloscopie accroît les chances d'atteindre le cæcum, de détecter des polypes et de réduire le risque de complications liées à la procédure » (MSSS, 2013, p. 27).

VOLET PROFESSIONNEL

LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE

ÉTANT DONNÉ LE RECOURS FRÉQUENT À LA SÉDATION-ANALGÉSIE PENDANT LA COLOSOPIE, LES INFIRMIÈRES TOUT COMME LES AUTRES PROFESSIONNELS DOIVENT SUIVRE LES RECOMMANDATIONS ET SE RÉFÉRER AUX LIGNES DIRECTRICES SUR LA SÉDATION-ANALGÉSIE PUBLIÉES PAR LES TROIS ORDRES PROFESSIONNELS EN 2015 (CMQ, OIIQ ET OPIQ).

Les soins dispensés en endoscopie, dans ce contexte-ci, en coloscopie, exigent des connaissances et des compétences particulières qui s'inscrivent indéniablement dans le champ d'exercice de l'infirmière. Cette dernière joue donc un rôle prépondérant et essentiel qui vise à assurer la qualité et la sécurité des soins à la clientèle.

L'infirmière en coloscopie exerce ses activités en étroite collaboration avec l'endoscopiste auprès d'une clientèle pouvant présenter des problèmes de santé complexes. Elle donne principalement les soins relatifs à la sédation consciente, à la coloscopie, ainsi qu'aux interventions thérapeutiques (comme la surveillance clinique après la polypectomie) réalisées pendant cet examen. Toutefois, puisque le médecin et l'infirmière travaillent en collaboration étroite, il leur revient de déterminer ensemble leur mode de fonctionnement, dont les mécanismes et les modes de communication privilégiés, ainsi que la répartition des activités cliniques partageables, comme l'évaluation et la surveillance clinique du client.

En vertu de son Code de déontologie, l'infirmière doit notamment agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et assurer la mise à jour et le développement de ses compétences, et ce, afin de fournir des soins et des traitements conformes aux normes de pratique et aux principes scientifiques généralement reconnus. L'infirmière doit s'assurer de connaître les résultats probants les plus actuels et pertinents à sa pratique.

Compte tenu des risques de préjudice, l'infirmière qui exerce en endoscopie, comme en coloscopie, doit plus spécifiquement :

- Posséder de solides connaissances en anatomie, en physiologie, en évaluation et en surveillance clinique;
- Connaître la pharmacologie et la pharmacocinétique des médicaments, notamment les antagonistes utilisés pour contrecarrer l'effet de la sédation-analgésie;
- Évaluer la condition physique et mentale et assurer la surveillance clinique du client tout au long du continuum de soins en coloscopie;
- Faire preuve d'un bon jugement clinique;
- Posséder l'expérience et les aptitudes nécessaires pour exercer auprès d'une clientèle ambulatoire et hospitalisée;
- Travailler en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins;
- Avoir la capacité de s'adapter à des situations qui évoluent rapidement;

- Connaître et appliquer de façon rigoureuse les mesures et les principes en matière de prévention des infections dans le contexte de la coloscopie;
- Posséder les connaissances et les habiletés nécessaires pour commencer les manœuvres de réanimation, au besoin.

L'ÉTENDUE DES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES DANS LE CONTINUUM DE SOINS EN COLOSCOPIE

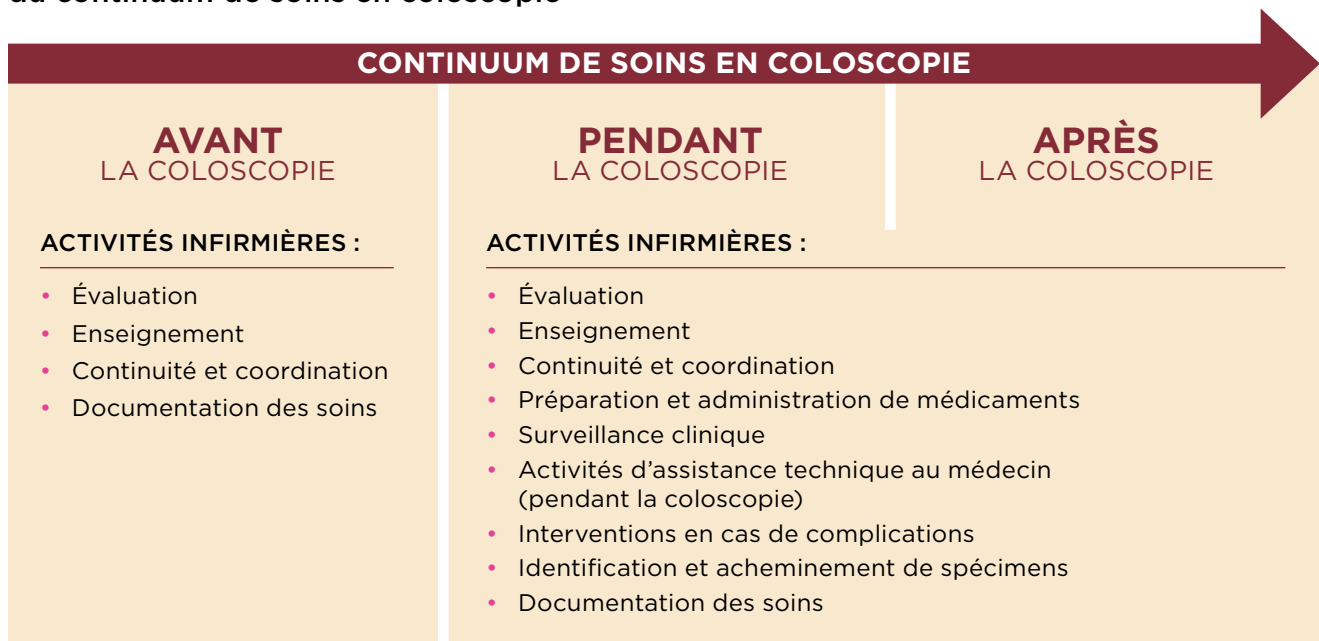
Les différentes activités de l'infirmière en coloscopie se déroulent en fonction des trois périodes du continuum de soins infirmiers : avant, pendant et après la coloscopie, dès le premier contact avec le client jusqu'au dernier contact avec lui.

La figure 1 présente les principales activités de l'infirmière en fonction des périodes du continuum.

Puisque l'infirmière est appelée à intervenir auprès du client tout au long du continuum de soins, la fréquence et l'étendue des activités qu'elle exerce sont étroitement liées à la nature des soins, au contexte de pratique, aux caractéristiques propres à la clientèle, ainsi qu'à l'évolution de la condition clinique du client avant, pendant et après l'intervention. L'infirmière a aussi la responsabilité d'assurer la continuité et la coordination des soins. Cette responsabilité consiste à planifier et organiser les soins, ainsi qu'à assurer le suivi du client en tenant compte de ses besoins ou en effectuant une relance téléphonique postexamen, si nécessaire. La continuité et la coordination des soins impliquent aussi qu'en cas de complication, l'infirmière sera en mesure de prendre en charge les premiers soins en donnant l'alerte et en amorçant les manœuvres de réanimation avec le médecin jusqu'à l'arrivée de l'équipe de réanimation.

Par ailleurs, certaines des activités infirmières, comme l'évaluation, sont communes à l'ensemble des périodes du continuum de soins infirmiers alors que d'autres, comme l'assistance technique au médecin, sont circonscrites à certains moments précis. Les trois sections suivantes explicitent la nature de ces activités en fonction des trois périodes du continuum de soins.

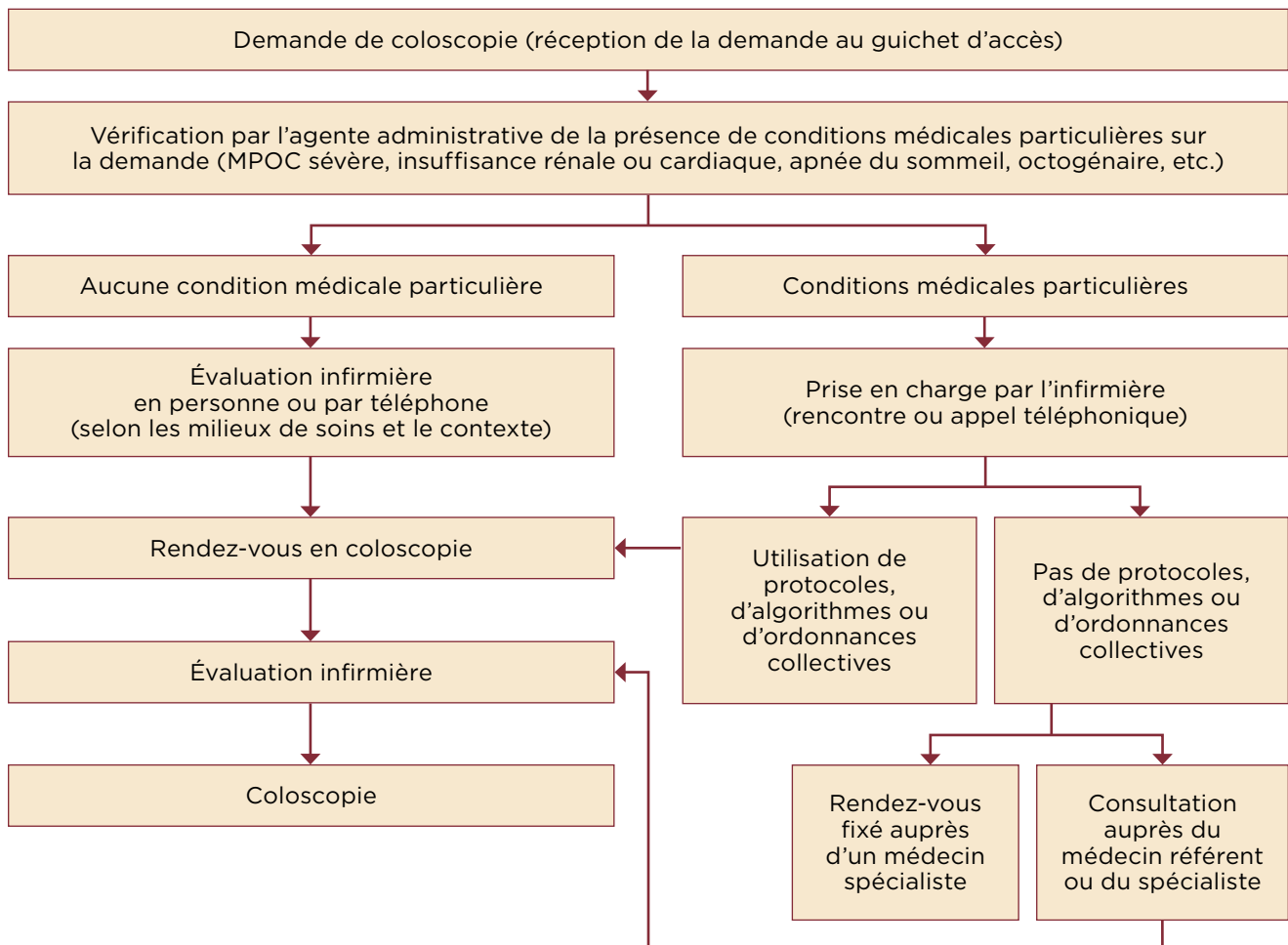
FIGURE 1 | Principales activités de l'infirmière en fonction des périodes du continuum de soins en coloscopie



AVANT LA COLOSCOPIE

La période avant la coloscopie commence dès le **premier contact avec le client**, qu'il ait lieu en personne ou par téléphone, et se termine immédiatement avant la préparation et l'administration des médicaments par l'infirmière, ou avant le début de la coloscopie si cette dernière est réalisée sans sédation-analgésie. Durant cette période de continuum et selon le cheminement du client, la raison ou l'origine de la demande de coloscopie, plusieurs infirmières peuvent être impliquées et être appelées à réaliser diverses activités (évaluation, enseignement, coordination, etc.), et ce, à plus d'une reprise. La figure 2 illustre un exemple.

FIGURE 2 | Exemple d'interventions infirmières avant la coloscopie



Note : Les activités et interventions cliniques des médecins et des autres professionnels ne sont pas détaillées.
Adaptée de Hôpital Maisonneuve-Rosemont, citée dans MSSS, 2014, p. 15.

LA GESTION DES DEMANDES/REQUÊTES

Tel que le présente la figure 2, l'infirmière collabore à la gestion ou au tri des requêtes, notamment pour les clientèles présentant une condition de santé préalable. Dans ces situations, l'infirmière rencontre ou appelle la personne afin d'évaluer sa condition clinique, puis elle documente ses interventions. Cette contribution est importante puisqu'elle favorise l'accessibilité à la coloscopie et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en personnalisant les soins en fonction des besoins de chaque personne. **Toutefois, à la suite de son évaluation, l'infirmière ne peut prendre seule la décision de modifier la demande d'examen (niveau de priorité, référence en endocrinologie, etc.) sans consulter préalablement le médecin référent ou désigné, à moins d'avoir un protocole médical, une ordonnance collective ou un algorithme l'y autorisant, conformément au processus établi.** Ainsi, pour soutenir l'infirmière, divers outils cliniques (algorithmes d'orientation ou de cheminement, protocoles, formulaires d'évaluation, etc.) devraient être développés en collaboration avec les instances concernées et entérinées par celles-ci (DSI, CII, gestionnaires, équipe médicale, etc.).

Plusieurs algorithmes de prise en charge, de suivi, de surveillance, ainsi que celui du cheminement optimal (y compris les délais associés pour toute clientèle qui requiert une coloscopie) ont été préparés par la Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces algorithmes sont publiés dans les *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* (MSSS, 2013), dans le *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec* (MSSS, 2014) et dans le *Guide de validation des listes d'attente pour un examen primaire de coloscopie longue* (MSSS, 2015b). Divers modèles de formulaires et de lettres y sont aussi présentés.

L'ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE

L'infirmière doit procéder à l'évaluation de l'état de santé de tous les clients avant la coloscopie. Celle-ci peut être séquencée dans le temps et réalisée par plus d'une infirmière ou en collaboration avec le médecin. Des formulaires préparés à cet effet sont utiles, car ils peuvent faciliter le regroupement d'information, éviter son dédoublement et favoriser la collaboration interprofessionnelle. Le formulaire *Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique*⁸ présenté à l'annexe 1 constitue un outil clinique pertinent pouvant soutenir l'infirmière dans sa pratique. L'évaluation permet, entre autres, de dresser sommairement l'histoire de santé actuelle et antérieure du client, d'établir ses facteurs de risque de complications pendant ou après la coloscopie, et de déterminer les paramètres cliniques qui exigeront de l'infirmière une surveillance clinique particulière. L'évaluation de l'infirmière peut aussi servir au médecin, notamment pour sélectionner le type de sédation approprié à la condition de santé du client ou pour compléter sa propre évaluation. L'évaluation du client s'effectue par différents moyens : questionnaire, examen physique, consultation du dossier complet du client, y compris son profil pharmacologique, résultats d'analyses de laboratoire et autres. Par conséquent, certaines données essentielles doivent être mesurées la journée même de l'examen. Normalement, l'évaluation devrait être refaite si elle a été effectuée plus de trois mois avant l'examen.

CERTAINS DES ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION NE SONT PAS EXCLUSIFS À L'INFIRMIÈRE. AINSI, SELON LES CHAMPS D'EXERCICE ET LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES, ET COMPTE TENU DES RÔLES ET DES EXPERTISES DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS, L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PEUT DÉTERMINER LES ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION QUI SERONT EFFECTUÉS PAR CHACUN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE (COMME LA CLASSIFICATION DE L'ÉTAT PHYSIQUE SELON L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS [ASA], 2014a).

8. Voir annexe 1, section 2 : « Évaluation précoloscopie, consentement aux soins et interventions préalables à l'examen » du formulaire *Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique*.

L'évaluation précoloscopie doit généralement comprendre les éléments suivants :

- L'examen qui sera réalisé, et la raison;
- Les problèmes et antécédents de santé, ainsi que les habitudes de vie (diabète, glaucome, maladies neurologiques, cardiovasculaires ou respiratoires et thérapie associée; chirurgie abdominale antérieure, consommation de tabac, de drogues ou d'alcool, etc.);
- L'âge du client (année de naissance);
- Les réactions indésirables à la suite d'une sédation-analgésie ou d'une anesthésie;
- Les allergies (médicaments, aliments, latex, etc.);
- Le statut de l'ingesta (à jeun, diète liquide, etc.);
- Le type de préparation colique effectuée et sa tolérance;
- La prise et l'arrêt de médicaments (prescrits ou non) :
 - signaler de façon systématique au médecin la prise d'anticoagulants ou d'antiplaquettaires;
- Le niveau d'anxiété du client;
- La présence de ronflements;
- Le niveau de conscience ou de sédation (éveillé, somnolent, endormi, etc.);
- L'orientation dans les trois sphères;
- Le port de prothèses ou la présence d'objets métalliques (enclouage, plaques, vis, stimulateur/défibrillateur cardiaque ou *pacemaker*, perçage);
- Les informations et les données subjectives et objectives recueillies lors de l'examen physique (présence d'obésité ou mesure de l'IMC, cou court ou large, score de Mallampati, signes vitaux, auscultation cardiaque et respiratoire chez un client symptomatique qui présente une dyspnée, par exemple);
- La présence de douleur (comme des crampes abdominales);
- La possibilité d'être enceinte pour les femmes en âge de procréer;
- Les résultats de laboratoire (s'il y a lieu);
- L'enseignement que le client a reçu;
- Le consentement libre et éclairé;
- L'évaluation du risque anesthésique selon la classification ASA (2014a).

Selon cette classification, les interventions réalisées par un médecin sans la collaboration directe d'un anesthésiste devraient cibler des clients présentant un risque *ASA Physical Status 1* ou *ASA Physical Status 2*, c'est-à-dire ceux qui sont en bonne santé ou qui présentent une affection systémique légère. Toutefois, il arrive que des interventions soient réalisées sur des clients stables présentant un risque *ASA Physical Status 3* et, exceptionnellement, de catégorie *ASA Physical Status 4*. Ces clients doivent faire l'objet d'une évaluation individuelle approfondie et la procédure doit avoir lieu à l'intérieur d'un établissement ayant les installations requises. Pour ceux-ci, la surveillance clinique doit être optimale et être effectuée par une équipe ayant les compétences et l'expertise requises afin d'assurer une prise en charge respiratoire, ou de réaliser la réanimation cardiorespiratoire (RCR) si nécessaire (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015). L'annexe 2 présente les définitions et des exemples de cette classification.

L'infirmière doit aussi tenir compte des particularités propres aux clientèles à risque⁹. L'encadré suivant présente les clientèles considérées comme les plus à risque.

ENCADRÉ 1 | Clientèles à risque qui requièrent une surveillance clinique accrue

- Personne âgée de plus de 70 ans
- Personne naïve à un opiacé (ayant reçu un nouvel opiacé depuis moins d'une semaine)
- Personne souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique
- Personne souffrant d'apnée du sommeil
- Personne souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique
- Personne ayant récemment subi un traumatisme crânien
- Personne souffrant d'obésité (IMC supérieur à 35) ou avec un cou court ou large (circonférence ↑);
- Personne prenant d'autres médicaments qui ont un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)

Source : OHIQ, 2009, p. 9.

L'évaluation de l'infirmière doit parfois être plus approfondie selon la condition clinique du client, afin de préciser les problèmes réels ou suspectés de ce dernier. Cette évaluation permet de prendre les mesures qui s'imposent pour diminuer les risques de complications ou éviter que celles-ci ne surviennent pendant ou après la coloscopie. L'évaluation de l'infirmière doit tenir compte des facteurs de risque inhérents à l'état de santé du client ainsi que de ceux qui découlent du contexte de soins et de l'intervention prévue. Le nombre de professionnels habilités requis en sédation-analgésie est présenté au tableau 4, à la section « Pendant la coloscopie ». Ainsi, une troisième ressource peut être requise en cas d'interventions plus complexes, par exemple lorsque le médecin a besoin d'une aide technique de façon continue ou avec l'utilisation du propofol.

LA LISTE DE VÉRIFICATION

De récentes études portant sur l'introduction d'une liste de vérification désignée aussi par le terme *time out* immédiatement avant d'amorcer une procédure endoscopique ou encore pour celle effectuée sous sédation-analgésie consciente se sont toutes avérées très concluantes, sur le plan de la prévention d'accidents causant des événements significatifs (American Association of Nurse Anesthetists [AANA], 2016; Matharoo, Thomas-Gibson, Haycock et Sevdalis, 2014). Issu de l'industrie aéronautique, ce moyen simple, rapide et peu coûteux est reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (Haynes et al., 2009) comme une mesure qui augmente la communication au sein de l'équipe, ainsi que la sécurité et la qualité de l'intervention. Effectuée juste avant la procédure, cette vérification devrait comprendre les éléments suivants : l'identité du client, la présentation des membres de l'équipe, la procédure et son consentement, la sédation, les comorbidités, les allergies, l'arrêt d'anticoagulants et le bon fonctionnement de l'équipement requis pour la procédure. Les unités d'endoscopie désireuses d'implanter une liste de vérification devraient le faire de manière structurée, progressive et graduelle, de concert avec toutes les parties concernées.

9. Voir annexe 1, section 3 : « Interventions, évaluation en cours d'évolution et surveillance clinique (pendant et après l'examen) » du formulaire *Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique*.

LE CONSENTEMENT

Le principe général est qu'un professionnel peut uniquement obtenir un consentement libre et éclairé pour des interventions qu'il est lui-même habilité à exercer (MSSS, 2015a).

COMME LE MENTIONNENT LES LIGNES DIRECTRICES SUR LA SÉDATION-ANALGÉSIE (CMQ, OIIQ ET OPIQ, 2015), PUISQUE LA COLOSCOPIE EST EFFECTUÉE PAR UN MÉDECIN COLOSCOPISTE, C'EST À CE DERNIER QU'INCOMBE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT, NOTAMMENT PAR LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION AU PATIENT ET L'ASSURANCE DE SA COMPRÉHENSION FACE À LA NATURE, AU BUT ET AUX RISQUES RELATIFS À L'INTERVENTION. CEPENDANT, LES AUTRES PROFESSIONNELS POURRAIENT TRANSMETTRE DE L'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE OU ENCORE RECUEILLIR LA SIGNATURE D'UN FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EN AGISSANT COMME TÉMOIN.

L'ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE

Durant la phase préparatoire à l'intervention, l'infirmière dispense aussi un enseignement au client. Cet enseignement porte sur :

- Le déroulement de l'examen et les risques encourus;
- Les médicaments administrés et leurs effets thérapeutiques et secondaires;
- La position pendant l'examen;
- L'inconfort ressenti;
- La durée moyenne de l'examen;
- Le suivi et les mesures de sécurité à appliquer après l'examen.

Avant la coloscopie, des directives écrites comprenant les indications postexamen ainsi que les consignes à suivre en cas d'urgence (personne-ressource avec numéro de téléphone ou endroit, moment pour communiquer avec elle) doivent être remises de façon systématique au client.

LA DOCUMENTATION DES SOINS

La documentation des soins est essentielle et elle constitue un aspect clinique et légal important des soins qui témoigne de l'évaluation de l'infirmière, des soins et des traitements prodigués, et des réactions du client. Et puisque le dossier du client est composé de l'ensemble des documents contenant de l'information sur lui, comme les formulaires, les grilles d'enregistrement, les notes évolutives et le plan thérapeutique infirmier (PTI), il est inutile de dupliquer l'information sur plusieurs outils puisqu'il ne s'agit pas d'une bonne pratique et que cela augmente le risque de confusion.

Rappelons qu'un PTI doit être rédigé lorsqu'une infirmière détermine, sur la base de son évaluation, qu'un suivi infirmier est requis, car il dresse les constats d'évaluation (problèmes et besoins prioritaires) et fait état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique nécessaire. Dans le contexte de la coloscopie réalisée en milieu hospitalier, le PTI ne peut remplacer le rapport infirmier postexamen, un moyen privilégié pour la transmission d'informations et de particularités après l'examen (administration d'un antagoniste, saignement, etc.). Des constats au PTI pourraient toutefois être indiqués après la période de récupération, lorsqu'un suivi infirmier particulier est requis, par exemple. Si l'infirmière juge que l'intervention n'a pas d'impact sur le suivi à venir, ou en l'absence de suivi clinique particulier, il n'y a pas lieu de déterminer un PTI ou d'ajuster le PTI existant.

Cette norme de documentation s'applique à l'ensemble des périodes du continuum de soins en coloscopie. Cependant, chacune des sections suivantes (« Pendant la coloscopie » et « Après la coloscopie ») présente des précisions liées à la documentation, selon les activités réalisées par l'infirmière.

Lors de l'évaluation, la documentation des soins permet de rassembler les informations qui serviront à établir le portrait clinique du client. L'infirmière s'assure de consigner toutes les informations cliniques pertinentes à la condition de santé du client. Les informations à inscrire au dossier du client comprennent nécessairement les données suivantes :

- L'évaluation de la situation de santé du client;
- L'enseignement dispensé au client avant l'examen et la compréhension qu'il en a;
- La consultation (et la référence) auprès d'un autre professionnel de la santé, les circonstances et le motif de cette consultation ainsi que les interventions qui en découlent (s'il y a lieu);
- Toute autre information pertinente¹⁰.

PENDANT LA COLOSCOPIE

La coloscopie proprement dite débute au moment où l'infirmière prépare et administre au client les médicaments provoquant la sédation-analgésie, ou encore au début de l'examen si aucune sédation-analgésie n'est administrée. La coloscopie prend fin juste avant que le client commence sa période de récupération. Les principales activités réalisées par l'infirmière sont l'évaluation en cours d'évolution et la surveillance clinique, l'enseignement sur l'examen en cours, la préparation et l'administration de médicaments intraveineux, l'assistance technique à l'endoscopiste, l'intervention en cas de complications, ainsi que la coordination et la documentation des soins. Cette section aborde tout d'abord les principes à respecter et les stratégies clés à mettre en place concernant la prévention et le contrôle des infections.

LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Reconnue universellement comme la mesure la plus importante et efficace pour prévenir la transmission des infections, l'hygiène des mains est primordiale et capitale. Tout le personnel soignant doit connaître les principes fondamentaux et les bonnes pratiques se rapportant à l'hygiène des mains, y compris ceux qui sont propres aux ongles et aux bijoux. Au Québec, ceux-ci découlent de la ligne directrice de l'Agence de la santé publique du Canada

9. Cette information pourrait être, par exemple, l'identification servant à assurer la traçabilité de l'endoscope.

(ASPC) intitulée *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins* (2012). Selon l'ASPC, le lavage des mains est de mise avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement (même lors du port de gants), avant toute procédure aseptique et après un contact confirmé ou potentiel (risque) avec un liquide biologique.

Les lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections transmises par les appareils souples d'endoscopie digestive et de bronchoscopie qui ont été émises par l'Agence de la santé publique du Canada en 2010 constituent le cadre de référence en prévention et en contrôle des infections (PCI) pour toutes les personnes œuvrant dans les unités d'endoscopie, peu importe le contexte ou le milieu. Les personnes responsables de ces unités doivent aussi s'appuyer sur ces lignes directrices afin de définir des politiques, des procédures et des protocoles conformes.

Selon l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE, 2014), pour assurer le maintien de la sécurité dans l'unité d'endoscopie, les stratégies clés suivantes devraient être mises en place.

- La prévention et le contrôle des infections (PCI) doivent s'inscrire dans une démarche concertée et une approche multifactorielle avec tout le personnel concerné.
- Une personne possédant des connaissances avancées en PCI doit être responsable d'assurer l'écriture, la révision, l'adoption, la mise en place et le suivi des mesures relatives à la prévention et au contrôle des infections, fondés sur les dernières recommandations et les normes reconnues (politiques, procédures et protocoles).
- Un programme d'orientation, de formation, de mise à jour et d'évaluation des compétences est indispensable et doit être offert au personnel infirmier de l'unité d'endoscopie. Ce programme devrait également s'inscrire dans un processus d'assurance, de maintien et d'amélioration continue de la qualité des soins.
- L'unité d'endoscopie doit se doter d'une procédure de désinfection avec des agents chimiques nettoyants et des désinfectants à utiliser dans la salle d'examen et sur les petits appareils (sphygmomanomètre, saturomètre, etc.), y compris l'aseptisation de la salle de traitements lorsque les examens de la journée sont terminés.
- Tout le personnel doit respecter et observer les précautions universelles et les pratiques courantes, de même que les pratiques additionnelles si elles sont requises.
- Le personnel impliqué directement auprès des clients durant la procédure devrait porter l'équipement de protection individuelle (EPI) recommandé qui comprend au minimum, mais sans s'y limiter, les éléments suivants : des gants (non stériles) et une blouse de protection ou un tablier imperméable, de même qu'un dispositif de protection faciale (écran facial ou masque chirurgical et protection oculaire). Le seul port de lunettes est insuffisant pour protéger des éclaboussures. L'utilisation adéquate de l'EPI comprend aussi sa mise en place appropriée ainsi que son retrait sécuritaire, selon la procédure reconnue.
- Le personnel attitré à l'entretien ou au retraitement des endoscopes souples et aux accessoires d'endoscopie doit suivre scrupuleusement toutes les normes et les étapes des procédures liées au nettoyage, à la désinfection ou à la stérilisation, de même qu'au transport et à l'entreposage de l'équipement médical. Pour ce faire, il doit se référer aux lignes directrices sur le retraitement des endoscopes digestifs du MSSS (2008) en concordance avec les recommandations provenant du fabricant du matériel. Des instructions écrites devraient également être facilement accessibles afin de guider ces travailleurs.

L'ÉVALUATION EN COURS D'ÉVOLUTION, LA SURVEILLANCE CLINIQUE ET LES INTERVENTIONS EN CAS DE COMPLICATIONS

Les activités d'évaluation de l'infirmière pendant l'examen endoscopique comprennent surtout la surveillance clinique attentive et soutenue des paramètres du client. La surveillance clinique doit notamment permettre d'évaluer le niveau de confort ou d'inconfort, le degré de sédation réel par rapport à celui souhaité et indiqué, l'état de veille et de conscience, de même que les réactions du client à l'examen afin de déceler rapidement les signes et symptômes de complications. L'évaluation et la surveillance clinique permettent de prévenir les complications¹¹ ou encore d'intervenir promptement et efficacement lorsque celles-ci surviennent pendant la coloscopie.

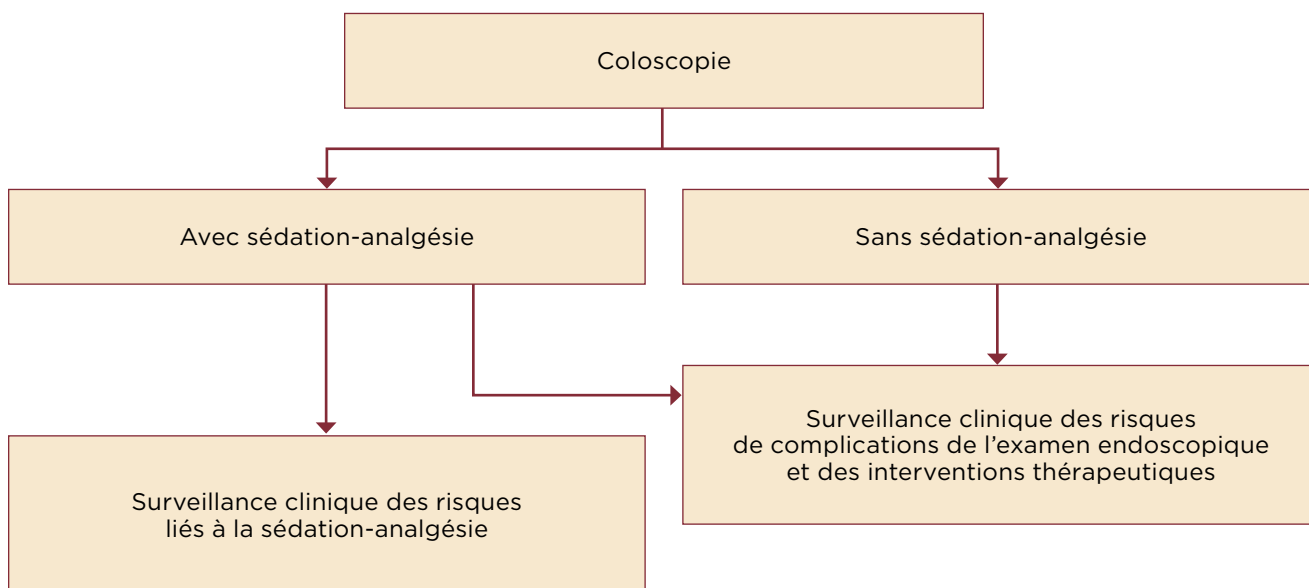
LE CONTEXTE DE RÉALISATION DE LA COLOSCOPIE

Les éléments qui définissent le contexte de réalisation de la coloscopie sont le type de coloscopie réalisée (avec ou sans sédation-analgésie), ainsi que la situation de santé et la douleur exprimée par le client.

LA COLOSCOPIE SANS SÉDATION-ANALGÉSIE

Quoique la coloscopie avec sédation-analgésie serait plus acceptable aux yeux du client et optimiserait le potentiel diagnostique de la procédure (MSSS, 2013), l'examen peut être réalisé sans sédation-analgésie (figure 3). L'infirmière assure alors la surveillance clinique du client en fonction du déroulement de la coloscopie, ainsi que des interventions thérapeutiques (comme la résection de polypes) réalisées pendant l'examen. La surveillance clinique consiste alors essentiellement à dépister précocement les complications découlant du geste endoscopique et à intervenir en conséquence. Les principales complications qui peuvent survenir en coloscopie sont le syndrome vasovagal, la perforation de l'intestin ou encore l'hémorragie.

FIGURE 3 | Surveillance clinique requise en fonction du type de coloscopie



11. Les normes en matière d'évaluation et de surveillance clinique présentées dans ce document font suite aux recommandations du rapport de coroner relatif au décès d'une jeune femme qui aurait reçu une sédation excessive dans une unité d'endoscopie (Ferland, 2006).

LA COLOSCOPIE SOUS SÉDATION CONSCIENTE

Lorsque la coloscopie est réalisée sous sédation-analgésie, généralement de niveau modéré, l'évaluation et la surveillance clinique doivent aussi tenir compte des risques de complications découlant des médicaments provoquant la sédation-analgésie, qui sont susceptibles d'entraîner une dépression du système nerveux central (SNC).

LA SITUATION DE SANTÉ ET LA DOULEUR EXPRIMÉE PAR LE CLIENT

En plus du type d'intervention endoscopique réalisé (coloscopie avec ou sans sédation), l'infirmière doit tenir compte de la situation de santé du client et de la douleur exprimée par ce dernier.

La situation de santé du client fait particulièrement référence aux facteurs de risque qu'il présente. L'infirmière qui exerce en coloscopie doit prendre en considération l'évaluation réalisée (voir le paragraphe sur l'évaluation précoloscopie dans la section « Avant la coloscopie ») afin de prévoir les complications possibles et les prévenir pendant le déroulement de l'examen. **Pour ce faire, l'infirmière doit exercer son jugement clinique en déterminant et en ajustant les paramètres d'évaluation et de surveillance clinique, ainsi que la fréquence** à laquelle ces derniers doivent être réévalués afin d'offrir au client des soins sécuritaires et de qualité.

L'évaluation de la douleur du client constitue un élément important pendant la coloscopie. L'infirmière doit être à l'affût des signes de douleur que présente le client (faciès crispé, agitation et raideur des membres, etc.) et lui poser des questions pour évaluer cette dernière. Une évaluation adéquate de la douleur comprend, par exemple, les éléments ayant trait à l'inconfort, au déclencheur de la douleur, à l'intensité, à la sévérité, à la localisation (irradiation) de même qu'à la durée de celle-ci. La douleur, lorsqu'elle est soudaine et vive, peut annoncer la survenue d'une complication comme la perforation, alors que la disparition soudaine de la douleur ou l'incapacité du client à verbaliser cette dernière peuvent indiquer une sédation excessive susceptible d'entraîner une dépression du SNC.

LES PARAMÈTRES D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUE DES COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION ENDOSCOPIQUE

Pendant la coloscopie avec ou sans sédation-analgésie, l'infirmière doit porter une attention particulière aux signes et symptômes de syndrome vasovagal, de perforation intestinale ou encore d'hémorragie digestive basse qui sont les complications surtout reliées aux gestes thérapeutiques comme la polypectomie les plus susceptibles de se produire.

Le syndrome vasovagal

Pouvant aussi bien toucher le sujet jeune et en bonne santé que la personne âgée, le syndrome vasovagal est provoqué par la stimulation de neurones sensitifs de cellules nerveuses du tube digestif. Il s'agit, la plupart du temps, d'une réponse à une distension intraluminaire causée soit par l'insertion ou l'avancement soudain de l'endoscope, ou encore par l'insufflation d'une grande quantité d'air dans le côlon. Le syndrome vasovagal est la conséquence d'une activité excessive du système nerveux parasympathique. Chez le client, il se manifeste par un malaise qui peut s'accompagner d'un ralentissement de la fréquence cardiaque ou d'une bradycardie pouvant être associé à une chute de pression artérielle qui entraîne une diminution de la circulation cérébrale. Lorsqu'une perte de conscience survient, on parle alors de syncope vasovagale ou vagale. Le syndrome vasovagal peut se manifester de différentes façons. En plus de ceux mentionnés ci-dessus, l'infirmière doit évaluer la présence des signes et symptômes suivants si elle suspecte un choc vagal chez le client : grande sensation de faiblesse, augmentation de l'amplitude respiratoire, présence de sueurs, nausées (ou vomissements), céphalées, douleurs abdominales, sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur importantes, acouphènes ou picotements dans les extrémités. Le client peut présenter un ou plusieurs des signes et

symptômes du syndrome vasovagal. L'anxiété de même que la douleur sont aussi des facteurs qui peuvent contribuer au déclenchement du syndrome vasovagal. L'infirmière doit positionner le client de façon à faciliter le rétablissement de la circulation cérébrale. Elle doit aussi évaluer son état de conscience, sa respiration de même que son pouls et sa pression artérielle.

La perforation

La perforation de la paroi intestinale est aussi une complication possible de la coloscopie. Elle est causée par une pression excessive sur la paroi intestinale pouvant ainsi entraîner une rupture complète ou incomplète de celle-ci. La perforation est généralement causée par une pression mécanique (comme la progression forcée du coloscope) ou pneumatique (comme l'insufflation d'un grand volume d'air) qui dépasse la capacité normale de distension de la paroi intestinale. Une distension de même qu'une douleur abdominale anormale survenant de façon soudaine après une manipulation de l'endoscope sont les principaux signes et symptômes d'une perforation. Il arrive que la perforation ne soit pas directement visualisée par l'endoscopiste au moment où elle survient ou peu après. La surveillance des paramètres vitaux demeure le meilleur moyen de suivre l'évolution de la condition clinique du client pour déceler cette complication, dans les cas où elle n'est pas visualisée lorsqu'elle survient. En cas de perforation, l'infirmière peut être appelée à porter assistance au médecin.

L'hémorragie

L'hémorragie digestive basse, pendant ou après la coloscopie, a généralement pour origine une lacération séromusculaire accidentelle reliée aux gestes thérapeutiques comme la polypectomie. L'infirmière doit assurer la surveillance des signes et symptômes suivants : douleur abdominale, tachycardie et hypotension. Le traitement de l'hémorragie est essentiellement médical. L'injection d'adrénaline, l'électrocoagulation ou encore l'installation de clips sont généralement les traitements utilisés pour stopper l'hémorragie digestive en coloscopie.

Notons finalement qu'il existe d'autres complications, comme le syndrome de coagulation postpolypectomie et l'obstruction du petit intestin, qui sont toutefois moins fréquentes, mais possibles. Dans ces cas, l'infirmière doit adapter sa conduite à celle de l'endoscopiste.

LES PARAMÈTRES D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUES LIÉS À LA SÉDATION-ANALGÉSIE

Lorsque la coloscopie est réalisée sous sédation consciente, l'infirmière doit assurer la surveillance des paramètres cliniques du client en fonction des risques de complications de la coloscopie, des interventions thérapeutiques réalisées et de la sédation-analgésie, tout en tenant compte des risques établis lors de l'évaluation effectuée avant la coloscopie. En conséquence, l'infirmière doit connaître les principales caractéristiques du continuum de la sédation-analgésie et de l'anesthésie générale.

L'ÉVALUATION DU NIVEAU DE SÉDATION-ANALGÉSIE

Il existe trois niveaux de sédation-analgésie : **1)** minimale; **2)** modérée ou consciente; et **3)** profonde. Lorsque le niveau de sédation-analgésie dépasse la sédation profonde, il s'agit d'une anesthésie générale. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques du continuum de la sédation-analgésie et de l'anesthésie générale en fonction de la réponse attendue du client, de la perméabilité des voies respiratoires, ainsi que de la ventilation spontanée et de l'état cardiovasculaire.

TABLEAU 1 | Principes caractéristiques du continuum de la sédation-analgésie et de l'anesthésie générale

	SÉDATION MINIMALE ANXIOLYSE	SÉDATION-ANALGÉSIE MODÉRÉE (OU CONSCIENTE)	SÉDATION-ANALGÉSIE PROFONDE	ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
Réponse	Réponse normale à la stimulation verbale	Réponse volontaire à la stimulation verbale ou tactile	Réponse volontaire suivant une stimulation répétée ou douloureuse	Non éveillable, même avec stimulus douloureux
Voies aériennes	Non affectées	Pas d'intervention requise	Intervention peut être requise	Intervention souvent requise
Ventilation spontanée	Non affectée	Adéquate	Peut-être inadéquate	Fréquemment inadéquate
Fonction cardiovasculaire	Non affectée	Généralement maintenue	Généralement maintenue	Peut être compromise

Source : ASA, 2014b, traduit par CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015, p. 45.



POUR UN EXAMEN ENDOSCOPIQUE PRATiqué SANS ANESTHÉSISTE, LE NIVEAU DE SÉDATION NE DEVRAIT PAS DÉPASSER LA SÉDATION MODÉRÉE OU CONSCIENTE. LE CLIENT DEVRAIT DONC ÊTRE ALERTE OU ENCORE ENDORMI, MAIS D'ÉVEIL FACILE.

Les buts recherchés par la sédation-analgésie en coloscopie sont une légère diminution de l'état de conscience, une réduction de l'anxiété et de la perception de la douleur, ainsi que la préservation des réflexes de protection des voies respiratoires et le maintien de signes vitaux normaux. Ces buts recherchés correspondent généralement à une sédation modérée ou consciente.

PUISQUE LE PASSAGE D'UN NIVEAU DE SÉDATION À UN AUTRE N'EST PAS CLAIREMENT IDENTIFIABLE, LA SURVEILLANCE CLINIQUE DOIT ÊTRE ÉTROITE ET LA COMMUNICATION AVEC LE CLIENT DOIT ÊTRE MAINTENUE RÉGULIÈREMENT DURANT TOUTE LA DURÉE DE LA COLOSCOPIE SOUS SÉDATION-ANALGÉSIE MODÉRÉE (AANA, 2016).

Si, pour une raison quelconque, il s'avérait que le niveau de sédation-analgésie requis pour effectuer la coloscopie implique le recours à une sédation profonde ou encore à une anesthésie générale, cette dernière devrait alors se dérouler dans un environnement pourvu d'appareils de monitoring permettant la surveillance clinique continue du client et avec les ressources et l'expertise nécessaires afin d'intervenir promptement et adéquatement en situation d'urgence.

L'évaluation par l'infirmière implique, d'abord et avant tout, la surveillance clinique judicieuse (étroite ou continue) du degré de sédation du client ainsi que de ses fonctions respiratoires et circulatoires. En plus du contexte de réalisation de la coloscopie, la détermination et l'ajustement de la surveillance clinique impliquent que l'infirmière tienne compte des médicaments administrés au client.

LES PARAMÈTRES PHARMACOLOGIQUES QUI PERMETTENT À L'INFIRMIÈRE D'AJUSTER LA SURVEILLANCE CLINIQUE QU'ELLE EFFECTUE AUPRÈS DU CLIENT SONT : LE TYPE DE MÉDICAMENT (LA CLASSE), LA DOSE ADMINISTRÉE, LA VOIE D'ADMINISTRATION, LE MÉCANISME D'ACTION DU MÉDICAMENT, SA PHARMACOCINÉTIQUE (DÉBUT, PIC ET DURÉE D'ACTION) DE MÊME QUE LES POSSIBLES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, SURTOUT SI LES MÉDICAMENTS SONT DONNÉS EN COMBINAISON.

LES CARACTÉRISTIQUES DES MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LA COLOSCOPIE

EN COLOSCOPIE SOUS SÉDATION-ANALGÉSIE MODÉRÉE (OU CONSCIENTE), LE CLIENT DEVRAIT NORMALEMENT S'ÉVEILLER DE FAÇON SPONTANÉE, OU LORSQU'ON LE TOUCHE LÉGÈREMENT, ET POUVOIR RÉPONDRE COMPLÈTEMENT À UNE QUESTION AVANT DE S'ASSOUIR.

Les médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) utilisés en endoscopie des voies digestives basses (particulièrement en coloscopie) se caractérisent par une action de courte durée, mais également par un début et un pic d'action très rapides. Les benzodiazépines utilisées pour diminuer légèrement l'état de conscience et l'anxiété, et les opioïdes visant la réduction de la douleur ont comme effet commun la dépression du SNC. En raison de l'administration combinée par voie intraveineuse de benzodiazépines et d'opioïdes, la surveillance clinique du client doit être différente, c'est-à-dire plus attentive encore que celle recommandée par l'OIIQ dans son avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (2009), qui concerne plus particulièrement le suivi de l'analgésie. Une surveillance clinique accrue par l'infirmière est donc incontournable pour éviter la progression non désirée et potentiellement dangereuse de la dépression du SNC.

Le tableau 2 présente la surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie pour la clientèle adulte provenant des lignes directrices sur la sédation-analgésie (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015). Il précise quels paramètres doivent faire l'objet de la surveillance clinique en fonction de la condition clinique du client, du niveau de sédation, de la médication et de l'intervention effectuée. Comme il est indiqué, il ne s'agit cependant pas d'une liste limitée de situations cliniques. Ainsi, d'autres situations peuvent nécessiter le monitoring cardiaque ou de CO₂ et il revient aux professionnels de juger de la situation en fonction de chaque client. Bien que plusieurs résultats d'études recommandent le recours au capnographe lors d'une sédation-analgésie modérée ou consciente, à ce jour, les preuves sont insuffisantes pour en recommander l'utilisation pour les examens endoscopiques de routine (ASGE, 2014; Cacho et al., 2010).

TABLEAU 2 | Surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie – Clientèle adulte

PARAMÈTRE DE SURVEILLANCE CLINIQUE	PATIENT	NIVEAU DE SÉDATION	MÉDICATION	INTERVENTION DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE
TA, RC*, RR** et saturation d'O ₂ ✓ Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de : • sédation/ agitation/ conscience • douleur ✓ Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de CO ₂	Selon les caractéristiques (à titre d'exemple et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
✓ Obligatoire	✓ Accès indirect ou restreint au patient (ex. : IRM)		✓ Propofol ✓ Dexmédétomidine ✓ Kétamine	
✓ Recommandé	✓ ASA ≥ 3 ✓ Apnée obstructive du sommeil ✓ Maladie respiratoire ✓ Obésité morbide	Selon le niveau de sédation (ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay*** modifiée ou équivalent)		
Monitoring cardiaque	Selon les caractéristiques (à titre d'exemple et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
✓ Obligatoire	✓ ASA ≥ 3 ✓ Maladie cardiaque		✓ Propofol ✓ Dexmédétomidine ✓ Kétamine	Intervention diagnostique ou thérapeutique prolongée (effet cumulatif de la médication)
✓ Recommandé		Selon le niveau de sédation (ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay*** modifiée ou équivalent)		

Source : CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015, p. 41.

* Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.

** La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

*** Il ne s'agit pas d'une liste limitée des situations cliniques. D'autres situations cliniques peuvent nécessiter le monitoring cardiaque ou du CO₂. Il revient aux professionnels de juger de la situation en fonction de chaque patient.

En plus du tableau 2, le tableau 3 explicite le **niveau de surveillance clinique minimale (étroite ou continue) requis pendant la réalisation d'une coloscopie sous sédation-analgésie consciente en fonction des médicaments administrés au client**. Il précise aussi certains des paramètres qui doivent faire l'objet de la surveillance clinique, ainsi que la fréquence de surveillance de ceux-ci, indépendamment de la situation de santé du client, des facteurs de risque qu'il présente ou encore de ses réactions pendant l'examen.

TABEAU 3 | Surveillance clinique minimale requise pendant une coloscopie réalisée sous sédation-analgésie

CLASSE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LA SÉDATION-ANALGÉSIE	SURVEILLANCE CLINIQUE NORMALEMENT REQUISE	PARAMÈTRE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE (voir tableau 2 pour la liste complète)	FRÉQUENCE DE SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES
Benzodiazépines (ex. : midazolam [Versed ^{MD}])	Étroite	<ul style="list-style-type: none"> Degré de sédation (état de conscience) Pouls Pression artérielle Saturation en oxygène Respiration (fréquence, amplitude et rythme) 	À intervalles réguliers (ex. : 5 minutes) et à intervalles plus rapprochés au besoin, selon la condition clinique du client
Opioïdes (ex. : fentanyl [Sublimaze ^{MD}])	Étroite		
Benzodiazépines et opioïdes combinés	Étroite		
Anesthésiques généraux (ex. : propofol [Diprivan ^{MD}])	Continue*	<ul style="list-style-type: none"> Capnographie Monitoring cardiaque Degré de sédation (état de conscience) Pression artérielle Saturation en oxygène Respiration (fréquence, amplitude et rythme) 	En continu
<p>Moments où la surveillance clinique est cruciale lorsqu'il y a usage de médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC** :</p> <ul style="list-style-type: none"> Au début de l'effet d'un agent de sédation-analgésie ou après l'administration d'un antagoniste; Au pic d'action de chacun des médicaments administrés; À intervalles réguliers, selon l'évolution de la condition clinique du client et les indications connues. 			

* Tel qu'il est indiqué dans les lignes directrices sur la sédation-analgésie (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015), le médecin qui utilise un ou des anesthésiques généraux doit être expérimenté en sédation-analgésie et en réanimation cardiorespiratoire. Dans le cas contraire, il doit s'assurer de la collaboration d'un médecin ayant une formation reconnue en anesthésiologie ou en réanimation cardiorespiratoire avancée. Le médecin doit aussi être soutenu par des professionnels qualifiés en tout temps.

** L'infirmière doit se référer aux chartes mises à sa disposition par le département de pharmacie de son établissement pour connaître les paramètres pharmacologiques des médicaments utilisés en sédation-analgésie.

Le tableau 3 doit être interprété avec prudence, car la surveillance clinique requise peut varier d'un client à l'autre, selon sa condition de santé, ses facteurs de risque et ses réactions à l'intervention et à la sédation-analgésie. Il peut donc arriver que la surveillance clinique doive être intensifiée ou augmentée selon d'autres paramètres particuliers à surveiller chez un client présentant, par exemple, des problèmes respiratoires, cardiaques, hépatiques ou rénaux.



L'ADMINISTRATION GRADUELLE, PAR PETITES DOSES, DE MÉDICAMENTS PROVOQUANT LA SÉDATION-ANALGÉSIE DOIT ÊTRE PRIVILÉGIÉE, JUSQU'À L'OBTENTION DU DEGRÉ DE SÉDATION DÉSIRÉ POUR LA RÉALISATION DE L'INTERVENTION. UN DÉLAI SUFFISANT DOIT ÊTRE RESPECTÉ ENTRE CHACUNE DES DOSES ADMINISTRÉES POUR QUE LE MÉDICAMENT PRODUISE SES EFFETS. **L'ADMINISTRATION DE GROS BOLUS EST À PROSCRIRE.**

LORSQUE DEUX MÉDICAMENTS POUVANT CAUSER UNE DÉPRESSION DU SNC SONT COMBINÉS, L'INFIRMIÈRE DOIT AJUSTER SA SURVEILLANCE CLINIQUE SELON LES SPÉCIFICITÉS (DÉBUT, PIC ET DURÉE D'ACTION) DE CHACUN DES DEUX MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS AU CLIENT.

Le recours aux benzodiazépines, aux opioïdes ou à une combinaison des deux exige minimalement que l'infirmière exerce une **surveillance clinique étroite** du client. Cela signifie que l'infirmière doit, en priorité, assurer la surveillance clinique des paramètres, mais qu'elle peut aussi exécuter d'autres tâches qui peuvent être interrompues à tout moment pour intervenir promptement auprès du client, au besoin. Même si elle exécute d'autres tâches, l'infirmière doit être en mesure de surveiller, selon les indications des tableaux précédents ou de façon plus intensive, le degré de sédation, la respiration, la saturation en oxygène, la pression artérielle, le rythme cardiaque ainsi que d'autres paramètres déterminés en raison de la condition clinique du client. La situation clinique du client peut donc exiger à tout moment que l'infirmière intensifie sa surveillance clinique. La **surveillance clinique étroite** se rapproche alors de la **surveillance clinique continue**.

L'INFIRMIÈRE DOIT ÊTRE EN MESURE D'ANTICIPER LES RÉACTIONS POSSIBLES DU CLIENT AVANT ET APRÈS L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS ET D'INTERVENIR ADÉQUATEMENT EN RÉPONSE À SES RÉACTIONS.

La **surveillance clinique continue** implique que l'infirmière évalue de façon constante, attentive et soutenue les paramètres faisant l'objet de la surveillance. Elle ne doit pas quitter des yeux le client ni les appareils de monitoring. Elle ne peut exécuter aucune autre tâche que la surveillance clinique. Ce type de surveillance est minimalement requis lorsque la sédation-analgésie implique le recours à des anesthésiques généraux, comme le propofol, pour lesquels il n'existe aucun antagoniste. Ces anesthésiques généraux peuvent parfois être administrés en combinaison avec d'autres médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC. En plus des éléments usuels de la surveillance clinique étroite, la surveillance clinique continue implique aussi le monitoring cardiaque ainsi que la capnographie.

Mentionnons finalement que les paramètres de surveillance sont évalués de façon continue, c'est-à-dire de seconde en seconde. La surveillance clinique continue peut être pertinente pour les clients qui présentent des comorbidités, des facteurs de risque importants ou des réactions indésirables, sans qu'ils aient reçu d'anesthésiques généraux. En plus de baser son choix sur les critères minimaux présentés dans le tableau 3, l'infirmière doit faire preuve de jugement dans la sélection du type de surveillance clinique requise par la situation du client.

Lorsqu'elle collabore avec les médecins à la surveillance clinique d'un client en contexte de sédation-analgésie, l'infirmière doit minimalement posséder les connaissances et les compétences de base nécessaires pour intervenir en situation d'urgence, telle que la certification en soins immédiats en réanimation pour professionnels de la santé (SIR) ou l'équivalent afin de prendre en charge la ventilation, le massage cardiaque et l'administration de la médication associée (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015).

Afin d'exercer la surveillance clinique nécessaire (étroite ou continue) pendant une sédation-analgésie consciente, la présence d'au moins deux professionnels, le médecin et l'infirmière (ou dans certaines situations, un inhalothérapeute), sont nécessaires. Le tableau suivant résume le nombre de professionnels habilités qui sont requis en sédation-analgésie pour la clientèle adulte.

TABEAU 4 | Nombre de professionnels habilités requis en sédation-analgésie

NOMBRE DE PROFESSIONNELS HABILITÉS REQUIS	
2	Nombre minimal requis
3	Si utilisation de propofol, de kétamine ou de dexmédétomidine
3	Si utilisation concomitante de N ₂ O et d'un agent sédatif ou d'un opioïde, ou si concentration de N ₂ O modifiable
3	Si l'assistance technique au médecin est continue

Source : CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015, p. 26.

LA SURVEILLANCE CLINIQUE DU DEGRÉ DE SÉDATION

La détermination du degré de sédation permet à l'infirmière d'évaluer la réponse du client à la sédation-analgésie. L'infirmière surveille le degré de sédation à partir d'une échelle reconnue, comme celle de Pasero, ou celle de Ramsay modifiée, et ce, avant même l'administration de médicaments provoquant la sédation-analgésie. Peu importe l'échelle utilisée, celle-ci doit être uniforme et standardisée au sein de la même équipe (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015).

Le tableau 5 présente les paramètres du degré de sédation selon l'échelle de Pasero (2009). Tout au long de l'intervention, l'infirmière doit être en mesure de comparer les nouvelles observations et valeurs recueillies au moyen des paramètres aux données des évaluations initiales et en cours d'évolution. Le degré de sédation permet à l'infirmière d'évaluer dans quelle mesure l'état de conscience du client est diminué, en fonction de la réponse de ce dernier à certains stimuli.

TABEAU 5 | Paramètres du degré de sédation selon l'échelle de Pasero

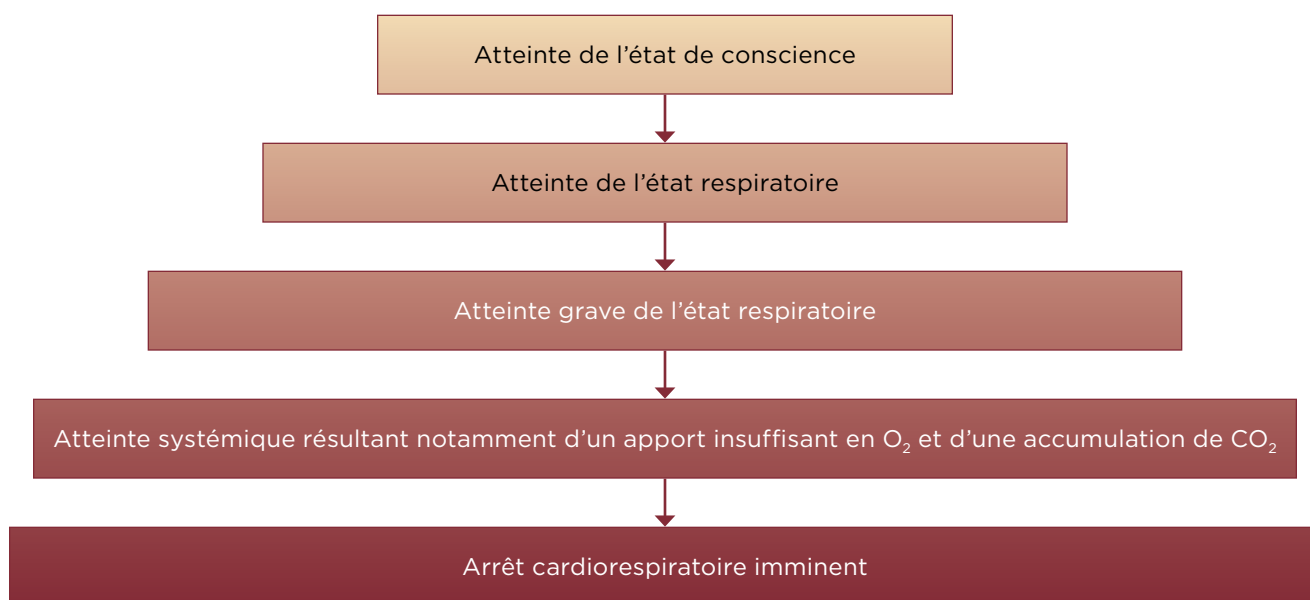
PARAMÈTRE À ÉVALUER	CONSIDÉRATION CLINIQUE
<p>Degré de sédation</p> <p>S Sommeil normal, éveil facile</p> <p>1 Éveillé et alerte</p> <p>2 Parfois somnolent, éveil facile</p> <p>3 Somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation</p> <p>4 Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important d'utiliser une seule échelle standardisée. • Il est également crucial de reconnaître les divers degrés de sédation et de pouvoir les différencier afin d'être en mesure de percevoir rapidement le moindre changement. • L'accentuation du degré de sédation est un meilleur indicateur de la dépression du SNC que la diminution de la fréquence respiratoire (Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2015).

Source : OIIQ, 2009, p. 11.

Le client qui passe une coloscopie sans la présence d'un anesthésiste ne devrait donc pas présenter un degré de sédation supérieur à 2. L'observation directe du client demeure le premier moyen d'évaluation que l'infirmière doit privilégier.

Bien que le monitoring soit essentiel, aucun appareil ne peut remplacer l'observation directe du client par l'infirmière. **Par ailleurs, le fait de parler au client et surtout le fait d'analyser les réponses qu'il donne aux questions posées constituent des moyens efficaces pour évaluer son degré de sédation.** En fonction de l'analyse des données qu'elle recueille, l'infirmière doit axer sa surveillance clinique sur les signes précoces de dépression du SNC (Hutchison et Rodriguez, 2008; voir figure 4). **Le premier signe précoce d'une dépression du SNC est souvent une altération anormale de l'état de conscience qui se traduit par une accentuation du degré de sédation, c'est-à-dire à un niveau plus profond que celui prévu.**

FIGURE 4 | Schématisation de la progression de la dépression du système nerveux central



Source : OIIQ, 2009, p. 10.

De plus, bien que les alarmes des appareils de monitoring soient nécessaires pour assurer la sécurité du client, elles ne peuvent aucunement remplacer ou se substituer à la surveillance clinique qu'effectue l'infirmière, car un degré de sédation excessif est la première et la plus fiable des manifestations cliniques qui précèdent presque toujours la dépression respiratoire ou encore les changements hémodynamiques qui déclenchent de telles alarmes. En effet, l'évaluation du degré de sédation est une façon plus fiable d'anticiper, de déceler ou de prévenir la dépression respiratoire (AANA, 2016; Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2015, p. 77-79). Actuellement, le capnographe est considéré comme le seul instrument complémentaire à la surveillance clinique de l'infirmière qui puisse déceler assez rapidement un changement dans la fonction respiratoire du client.

BIEN QU'IL SOIT ESSENTIEL D'AVOIR RECOURS AUX APPAREILS DE MONITORAGE ET QUE LES ALARMES DE CEUX-CI SOIENT EN FONCTION, LE **JUGEMENT** DES PROFESSIONNELS EST PRIMORDIAL ET LA **COMMUNICATION** ENTRE LE MÉDECIN ET L'INFIRMIÈRE EST ESSENTIELLE.

Source : CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015, p. 28.

L'ÉVALUATION RESPIRATOIRE

L'évaluation de la respiration constitue le second paramètre que l'infirmière doit surveiller. Une évaluation adéquate de la respiration comprend **l'observation de la fréquence, de l'amplitude ainsi que du rythme de celle-ci** (voir tableau 2). L'inspection du thorax et des muscles utilisés pour la respiration et les durées de l'inspiration et de l'expiration sont tous des signes que l'infirmière doit surveiller. Les bruits de la respiration font aussi partie des paramètres à consigner et à analyser pour poser un jugement clinique. À titre d'exemple, la présence de ronflements peut être un indice d'obstruction des voies respiratoires, mais aussi de sédation-analgésie profonde. Ainsi, l'infirmière doit s'assurer du dégagement et du maintien de la perméabilité des voies respiratoires du client.

COMME IL EST INDIQUÉ DANS LE TABLEAU 2, MÊME SI L'UTILISATION DU SATUROMÈTRE EST OBLIGATOIRE POUR TOUS LES PATIENTS RECEVANT UNE SÉDATION-ANALGÉSIE, IL COMPORTE DES LIMITES ET NE PEUT PAS REMPLACER **LA SURVEILLANCE VISUELLE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES QUE DOIT EXERCER L'INFIRMIÈRE** OU LE PROFESSIONNEL HABILITÉ. EN EFFET, BIEN QUE LE SATUROMÈTRE SOIT UTILE, SA FIABILITÉ CHUTE LORSQU'IL Y A UN APPORT EN O₂ (German Society for Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases, 2016; Weinger, 2006). DE PLUS, CET APPAREIL NE PEUT DÉCELER UNE ALTÉRATION DE L'ÉTAT RESPIRATOIRE (COMME UN CHANGEMENT DANS LA FRÉQUENCE RESPIRATOIRE OU DES PAUSES RESPIRATOIRES) NI L'ACCUMULATION DE CO₂ DANS LE SANG, BIEN QU'IL PERMETTE DE VISUALISER LES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES ET DE DÉCELER LES CONSÉQUENCES TARDIVES (Spanish Society of Digestive Endoscopy, 2014).

Lorsque surviennent des changements dans la respiration du client et qu'aucune dépression du SNC n'a été observée auparavant ou que celle-ci a évolué rapidement vers des changements dans la fonction respiratoire du client, l'infirmière doit être en mesure :

- d'arrêter toute injection de médicaments pouvant causer une dépression du SNC;
- de stimuler le client à respirer profondément;
- d'aviser le médecin des modifications respiratoires du client;
- d'assurer une ventilation efficace du client;
- d'administrer de l'oxygène au client, au besoin, selon une ordonnance individuelle ou collective;
- de contrecarrer, selon l'ordonnance, l'effet dépressif sur le SNC des médicaments en administrant un antagoniste, lorsque c'est possible (ex. : naloxone).

L'infirmière doit aussi anticiper la survenue de toute détérioration importante de la condition clinique du client. Elle doit être en mesure d'intervenir adéquatement lorsqu'une telle situation survient.

L'ÉVALUATION CIRCULATOIRE

La fréquence cardiaque et la pression artérielle sont d'autres importants paramètres mesurables qui permettent à l'infirmière d'évaluer la stabilité de la fonction circulatoire du client (voir tableau 2). La coloration, la température de même que l'état (sécheresse ou moiteur) de la peau sont des signes complémentaires à évaluer au besoin, qui permettent à l'infirmière de compléter l'évaluation de la fonction circulatoire.

À titre d'exemple, pendant un examen endoscopique, une hausse de la pression artérielle associée à une tachycardie peut indiquer une sédation-analgésie inefficace tandis qu'une bradycardie associée à une hypotension peut indiquer une sédation-analgésie trop importante. Une tachycardie et une hypotension peuvent, quant à elles, être des signes d'hémorragie. Même si les changements hémodynamiques sont parmi les derniers à survenir en cas de complications, l'infirmière doit être en mesure de les analyser afin d'ajuster la surveillance clinique du client pendant ou après la coloscopie et de déterminer les interventions pertinentes et prioritaires à réaliser.

L'ACCÈS, LA PRÉPARATION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS INTRAVEINEUX

Pour des raisons de sécurité et de rapidité d'intervention en cas de complications, tous les clients qui doivent subir une coloscopie doivent porter un cathéter intraveineux, même s'ils ne reçoivent aucune sédation-analgésie ni médicament intraveineux.

Lorsque l'infirmière doit elle-même mélanger des médicaments pour les administrer en combinaison, elle doit les préparer immédiatement avant de les administrer. L'infirmière prépare et administre aussi parfois d'autres médicaments intraveineux que ceux qui provoquent la sédation-analgésie (ex. : Buscopan). Elle doit le faire selon les normes et les principes de sécurité reconnus en la matière. Lorsqu'elle administre des médicaments, l'infirmière doit toujours faire preuve de jugement clinique. Elle détermine la surveillance clinique requise, notamment en tenant compte des interactions possibles avec la sédation-analgésie qui a été administrée au client, le cas échéant, et des recommandations établies pour l'administration du médicament. Des protocoles ou des règles de soins pourraient être mis en place pour soutenir la pratique de l'infirmière en la matière.

L'ENSEIGNEMENT SUR L'EXAMEN EN COURS

L'enseignement au client pendant l'examen est réalisé en étroite collaboration avec le médecin qui pratique l'intervention. Il permet de garder un contact verbal avec le client, de le rassurer et de lui donner les informations pertinentes à sa compréhension du déroulement de la coloscopie.

L'ASSISTANCE TECHNIQUE À L'ENDOSCOPISTE¹²

L'INFIRMIÈRE NE DOIT PAS INSÉRER, AVANCER OU ENCORE RETIRER L'ENDOSCOPE, COMPTE TENU DES RISQUES DE PRÉJUDICE IMPORTANTS POUR LE CLIENT. ELLE PEUT TOUTEFOIS IMMOBILISER L'APPAREIL LORSQUE C'EST NÉCESSAIRE.

Pendant la coloscopie, l'infirmière peut être appelée à assister le médecin pour certaines activités techniques autres que l'insertion, l'avancement ou encore le retrait de l'endoscope.

LORSQUE L'INFIRMIÈRE EST APPELÉE À PRÊTER ASSISTANCE AU MÉDECIN QUI RÉALISE LA COLOSCOPIE, ELLE DOIT S'ASSURER QUE CETTE ASSISTANCE EST DE COURTE DURÉE ET QU'ELLE PEUT ÊTRE INTERROMPUE À TOUT MOMENT AFIN D'INTERVENIR PROMPTEMENT AUPRÈS DU CLIENT, EN CAS DE COMPLICATIONS. PEU IMPORTE L'ACTIVITÉ D'ASSISTANCE QU'ELLE EST APPELÉE À RÉALISER, L'INFIRMIÈRE DOIT TOUJOURS ÊTRE EN MESURE D'OBSERVER L'ABDOMEN, LE THORAX DE MÊME QUE LE VISAGE DU CLIENT.

La nature des activités d'assistance peut varier. L'infirmière peut, par exemple, pousser sur l'abdomen du client pour faciliter la progression de l'endoscope ou encore insérer un objet dans la lumière de l'endoscope, à la demande de l'endoscopiste. En tout temps, l'infirmière qui prête assistance au médecin doit s'assurer d'avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour effectuer ces activités.

L'assistance technique à l'endoscopiste ne doit en aucun cas empêcher l'infirmière d'exercer en priorité et adéquatement ses activités d'évaluation et de surveillance clinique du client. Dans certaines circonstances, notamment pour certaines interventions diagnostiques ou thérapeutiques requérant **l'assistance continue** au médecin ou **une surveillance continue plutôt qu'étroite**, la présence de deux infirmières ou d'une infirmière et d'un autre professionnel peut être nécessaire afin d'assurer la sécurité du client (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015).

12. La présente section du document a fait l'objet d'une entente conjointe avec le Collège des médecins du Québec ainsi qu'avec l'Association des gastro-entérologues du Québec.

L'IDENTIFICATION ET L'ACHEMINEMENT DES SPÉCIMENS

L'identification des spécimens peut nécessiter la participation de l'infirmière. Si l'infirmière est appelée à contribuer au processus d'identification (nom, type, etc.), elle doit le faire selon les politiques en usage dans son établissement.

Selon la procédure établie dans le milieu de soins, l'infirmière prend les mesures qui s'imposent afin que le spécimen soit acheminé sans délai au laboratoire pour analyse après la coloscopie.

LA DOCUMENTATION DES SOINS

L'infirmière documente avec concision et justesse toutes les données significatives observées pendant la coloscopie, de même que chacune des interventions qui lui sont propres. La documentation des soins pendant la coloscopie doit être à la fois pertinente, exacte, complète et organisée (OIIQ, 2002) et comprendre les éléments suivants :

- Les données relatives au déroulement de la coloscopie (date et heure du début et de la fin de l'examen, réactions du client pendant l'examen, agitation, anxiété ou inconfort observés chez le client, présence de douleur, présence de diaphorèse et d'autres signes et symptômes indiqués);
- Les médicaments administrés (dosage, dose, voies et heures d'administration), les traitements effectués (administration d'O₂ avec la concentration et le débit) et la surveillance clinique qui en découle comme les signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque et rythme respiratoire) avec l'heure des lectures, le taux de saturation capillaire en oxygène, la capnographie (s'il y a lieu) avec l'heure des lectures et le degré de sédation du client (description de l'état de veille et de l'état de conscience, comme la présence de ronflements et l'état mental);
- La description de toute réaction défavorable;
- La description de l'état du client à la fin de l'examen.

APRÈS LA COLOSCOPIE

La période après la coloscopie inclut la période de récupération et s'étend de la fin de l'examen endoscopique jusqu'au rétablissement complet de la personne. Les principales activités réalisées par l'infirmière sont l'évaluation et la surveillance clinique, les interventions en cas de complications, l'administration de médicaments (au besoin), l'enseignement relatif au congé et aux directives à suivre après la coloscopie, ainsi que la coordination et la documentation des soins.

L'ÉVALUATION ET LA SURVEILLANCE CLINIQUE

L'évaluation et la surveillance clinique en période de récupération sont importantes afin de déceler les complications liées à la sédation-analgésie, à la coloscopie et aux interventions thérapeutiques réalisées pendant l'examen. L'infirmière détermine et ajuste la fréquence, de même que les paramètres de la surveillance clinique que requiert le client en fonction des réactions de ce dernier pendant la coloscopie et du retour graduel à la normale de son état de conscience et de ses fonctions vitales. Par le fait même, pendant qu'elle effectue la surveillance clinique, elle met de l'avant les interventions propres à assurer la sécurité du client.

POUR GUIDER SA PRATIQUE, L'INFIRMIÈRE SE RÉFÈRE À LA POLITIQUE EN VIGUEUR DANS SON ÉTABLISSEMENT RELATIVEMENT AUX CONDITIONS DE DÉPART ÉTABLIES **MAIS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE, LORSQU'UN CLIENT QUITTE L'ÉTABLISSEMENT APRÈS UNE SÉDATION-ANALGÉSIE, IL DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ D'UN ADULTE RESPONSABLE ET NE PEUT QUITTER SEUL L'UNITÉ D'ENDOSCOPISTE** (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015).

Le formulaire d'évaluation et de surveillance clinique en annexe du présent document présente les critères de congé les plus fréquemment utilisés (score d'Aldrete modifié) après une sédation-analgésie administrée à une clientèle ambulatoire.

Les critères de congé¹³ concernent notamment :

- La motricité, de même que la mobilité et la sensibilité, revenues à leur état initial;
- La respiration (voies aériennes perméables et ventilation adéquate);
- La stabilité cardiovasculaire (pouls, variation de la pression artérielle systolique);
- L'état de conscience et l'orientation dans les trois sphères, revenus à leur état initial;
- La coloration de la peau;
- La saturation en oxygène;
- La douleur résiduelle totale absente, moindre ou identique à celle évaluée avant la coloscopie;
- La compréhension par le client ou son accompagnateur des consignes de départ.

L'utilisation d'une échelle servant à évaluer dans quelle mesure le client remplit les critères de congé est une pratique reconnue et courante dans les milieux de soins. Selon la pratique médicale dans certains milieux cliniques, le client peut quitter l'unité de récupération lorsqu'il atteint un score déterminé et généralement uniforme pour l'ensemble de la clientèle. De plus, selon la Société canadienne des anesthésiologistes (2016) et tel qu'il est indiqué dans les lignes directrices sur la sédation-analgésie (CMQ, OIIQ et OPIQ, 2015), **le client doit rester dans l'unité de récupération au moins 30 minutes après avoir reçu la dernière dose de sédation-analgésie**. Cette période pourrait être augmentée selon l'évaluation et le jugement clinique de l'infirmière, pour les clients à risque plus élevés de complications ou une personne âgée de plus de 70 ans, par exemple.

L'infirmière qui exerce la surveillance clinique en période de récupération doit porter une attention particulière aux clients qui ont reçu un antagoniste pendant ou après la coloscopie. La durée et l'intensité de la surveillance clinique doivent nécessairement couvrir de façon adéquate la période de l'effet rebond possible après l'administration des antagonistes. **Pour les clients ayant reçu un antagoniste, la période minimale de surveillance clinique obligatoire est de 120 minutes après l'administration de la dernière dose d'antagoniste**. Dans ces cas, l'atteinte des critères de congé ne peut pas être utilisée pour autoriser le départ du client. L'infirmière doit continuer d'assurer la surveillance clinique du client de façon étroite, selon l'évolution de sa condition de santé. **Ce client doit aussi obligatoirement être vu par le médecin avant son départ de l'unité de récupération.**

13. Voir annexe 1, section 4 : « Évaluation en vue du départ du client (critères de congé) » du formulaire *Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique*.

LES INTERVENTIONS EN CAS DE COMPLICATIONS ET L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Dans les cas où l'infirmière décèle des signes et symptômes qui annoncent une complication, elle doit en aviser le médecin et intervenir auprès du client, notamment en fonction des directives médicales qui lui auront été communiquées, le cas échéant.

La coordination

De la même manière, en cas d'événement significatif, les *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* (MSSS, 2013) précisent que, bien que très rare, chaque complication ou tout événement clinique significatif en préprocédure, en perprocédure ou différé (jusqu'à 14 jours suivant l'intervention) doit faire l'objet d'un suivi. Il pourrait s'agir, par exemple : d'une perforation, d'une hémorragie, d'une complication cardiovasculaire ou liée à la sédation, d'une infection ou encore d'un décès. Bien qu'il soit de la responsabilité du médecin coloscopiste de documenter, de remplir un *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223*, le cas échéant, et d'effectuer le suivi auprès du client, l'infirmière peut être mise à contribution en effectuant par exemple un appel téléphonique au client 14 jours après la coloscopie. L'infirmière de l'unité d'endoscopie doit aussi documenter les événements cliniques liés à la procédure de son arrivée à son départ de l'unité. « Dans ce contexte, le rôle et les responsabilités de l'infirmière doivent être clairement définis afin d'encadrer sa pratique professionnelle. L'infirmière qui assume ce rôle et ces responsabilités doit être formée et des outils d'évaluation doivent lui être fournis afin de la soutenir dans sa pratique. » (MSSS, 2013, p. 46)

L'ENSEIGNEMENT RELATIF AU CONGÉ ET AUX CONSIGNES À SUIVRE APRÈS LA COLOSCOPIE

Avant le départ du client, l'infirmière doit rappeler à ce dernier et à la personne qui l'accompagne les consignes à suivre ainsi que les conseils d'autosoins qui s'appliquent à sa situation. L'enseignement dispensé par l'infirmière porte notamment sur la reprise des activités qui demandent de la vigilance, la reprise de l'alimentation et de l'hydratation, les signes et symptômes de complications tardives après la coloscopie et toute autre information jugée pertinente. Rappelons que des consignes écrites comprenant les recommandations d'usage, le suivi et la démarche à suivre en cas de complications doivent être remises au client ou à la personne qui l'accompagne au moment du congé. Conséquemment, en vue du congé éventuel, ces mêmes consignes écrites devraient être remises au client hospitalisé ou en provenance de l'urgence, par exemple, qui retourne à une unité de soins. Plusieurs établissements ont également préparé des outils contenant les informations pertinentes relativement au suivi postcoloscopie, dont la surveillance clinique à effectuer par le personnel infirmier des unités de soins.

LA DOCUMENTATION DES SOINS

Dans la période suivant la coloscopie, la documentation des soins doit comprendre les aspects suivants :

- La description de l'état de santé du client au moment du congé (et l'identité de la personne qui l'accompagnait, si le client a reçu une sédation-analgésie);
- Les interventions pratiquées lors de difficultés rencontrées, le cas échéant, ainsi que les résultats obtenus;
- La note de départ.

VOLET ORGANISATIONNEL

La présente section des lignes directrices touche non seulement la coloscopie, mais aussi la pratique infirmière en endoscopie de façon plus générale. Au-delà de la dimension professionnelle traitée dans la section précédente, la qualité des soins et des services à la clientèle en endoscopie repose aussi sur plusieurs facteurs d'ordre organisationnel. La mise en place de ces mécanismes d'assurance qualité des soins infirmiers est l'un des éléments organisationnels qui fait appel à une action concertée des gestionnaires, des équipes médicales et des infirmières.

Bien que l'OIIQ considère comme primordiale l'organisation des soins en général, comme l'environnement et les ressources matérielles nécessaires, le soutien clinique et l'évaluation de la qualité des soins constituent à ses yeux les piliers d'une pratique professionnelle de qualité et sécuritaire pour le public.

Les normes de pratique clinique de la DGC au sein du continuum de soins infirmiers en coloscopie présentent à la fois les rôles, les exigences et les responsabilités attendus des conseils des infirmières et infirmiers (CII), des directions de soins infirmiers (DSI) et des infirmières et des infirmières auxiliaires. Les infirmières sont appelées à s'y référer.

Puisque les présentes lignes directrices constituent un ouvrage de référence pour toutes les infirmières œuvrant en endoscopie, l'OIIQ demande à ses membres de s'y conformer et aux directions de soins de s'assurer du respect de celles-ci par les infirmières sous leur gouverne. En outre, puisque les directions de soins infirmiers en collaboration avec les directions médicales concernées sont notamment responsables du respect des normes professionnelles, elles doivent mettre en place les conditions favorables de réalisation et le soutien permettant l'adoption et la mise en pratique concrète de ces lignes directrices (OIIQ, 2004, 2014).

Les règles d'établissement

« Par les réformes opérées en 2002 et en 2009, le législateur a voulu établir une distinction nette entre les règles du système professionnel – l'offre de services – et les prérogatives des milieux en matière d'organisation des soins. En effet, même si des professionnels partagent le droit d'exercer une activité réservée, par exemple l'administration d'un médicament, l'établissement peut fixer des conditions locales régissant l'exercice de cette activité en fonction des ressources disponibles ou de la préparation et de l'expérience des professionnels à son service. Ainsi, dans un contexte de partage d'activités, un établissement peut décider quel type de professionnels donnera quels soins, dans la mesure où ce choix respecte la finalité du champ d'exercice de chacun. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) confie aux établissements des responsabilités qui leur permettent de baliser la pratique des professionnels en fonction des besoins et du contexte propres au milieu. » (OIIQ, 2016, p. 16-17)

LE SOUTIEN CLINIQUE

Compte tenu de l'évolution des connaissances, des technologies, des soins et des besoins de la clientèle, l'infirmière qui exerce en coloscopie doit recevoir le soutien et l'encadrement clinique nécessaires. Le soutien clinique aux infirmières peut prendre diverses formes telles que :

- Un programme d'orientation, de mise à jour de ses connaissances et de développement de ses compétences;
- Des outils d'évaluation et de surveillance clinique qui peuvent guider l'infirmière dans sa pratique;
- L'accès à des documents de référence à jour qui portent, par exemple, sur les médicaments ainsi que sur diverses interventions pertinentes à la pratique infirmière en endoscopie.

Les règles de soins infirmiers

Les règles de soins infirmiers constituent un autre moyen d'encadrement à la fois clinique et administratif de la pratique infirmière en endoscopie. Elles donnent des directives claires concernant la prestation de soins infirmiers. Les règles de soins infirmiers doivent, entre autres, préciser les activités ou les soins qu'elles ciblent ainsi que les clientèles, les secteurs d'activité et les professionnels visés. Elles définissent également les conditions d'application et fournissent les directives particulières ainsi que les références à des documents complémentaires comme des protocoles infirmiers ou des méthodes de soins, s'il y a lieu. Les règles de soins infirmiers existantes doivent être accessibles aux infirmières et faire l'objet d'une révision périodique.

L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Dans une perspective d'amélioration continue, il est nécessaire de procéder régulièrement à des activités d'évaluation de la qualité des soins en endoscopie. Pour ce faire, la directrice des soins infirmiers et le Conseil des infirmières et infirmiers doivent mettre à contribution les infirmières de l'unité d'endoscopie pour évaluer les soins offerts à la clientèle. Divers indicateurs concernant les interventions cliniques ou les résultats escomptés peuvent être utilisés à cette fin.

Dans cette même perspective, il importe d'instaurer des mécanismes de gestion des risques et de surveillance des différents indicateurs, notamment en ce qui a trait aux incidents et aux accidents qui surviennent. De plus, quand cela est possible, il est souhaitable d'agir en amont lorsque des situations à risques sont détectées. En complément aux activités du comité de gestion des risques de l'établissement de santé, les activités de gestion des risques en endoscopie doivent être planifiées de façon à ce que les infirmières puissent s'approprier les résultats de leurs interventions et être consultées au sujet des modifications ou des correctifs à apporter à leur pratique pour améliorer la qualité des soins à la clientèle.

Des grilles et des outils de compilation de données sont publiés dans le *Guide de validation des listes d'attente pour un examen primaire de coloscopie longue* (MSSS, 2015b) et dans le *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec* (MSSS, 2014), dont les grilles d'audits développées et utilisées pour mesurer l'intégration des *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte* dans le cadre de la mise en œuvre du PQDCCR¹⁴.

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE L'INFIRMIÈRE ET L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

L'organisation locale des soins dans certains établissements de santé fait en sorte que l'infirmière est parfois appelée à travailler en collaboration avec une infirmière auxiliaire. Conséquemment, les activités exercées par l'infirmière et l'infirmière auxiliaire doivent tenir compte des compétences professionnelles requises et respecter les activités réservées à chacune d'elles.

Après des discussions menées conjointement avec le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec et la Direction générale de cancérologie du MSSS, il a été établi que la pratique des infirmières auxiliaires en endoscopie, et donc en coloscopie, devrait être circonscrite comme suit.

14. PQDCCR : Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

Conformément à son champ d'exercice et aux activités qui lui sont réservées, l'infirmière auxiliaire peut effectuer les activités suivantes.

- Avant et après la coloscopie :
 - Contribuer à l'évaluation du client. **Cependant, elle ne peut exercer cette activité en pleine et entière autonomie, et elle doit collaborer avec le professionnel à qui l'activité d'évaluer est réservée.** Elle le fait conformément à l'article 37 du *Code des professions* qui décrit son champ d'exercice et de l'article 37.1 (5°) d) qui énonce l'activité qui lui est réservée : observer l'état de conscience d'une personne et surveiller ses signes neurologiques. **L'infirmière auxiliaire recueille des données, les consigne au dossier et en informe l'infirmière ou le médecin.** L'infirmière auxiliaire peut collecter certaines données objectives et subjectives, de nature factuelle, en prenant par exemple les signes vitaux (température, pouls, pression artérielle) et en mesurant la saturation en oxygène, qu'elle transmettra ultérieurement à l'infirmière qui est responsable d'évaluer la condition physique et mentale du client. Par la suite, l'infirmière porte un jugement clinique afin d'évaluer la situation de santé du client après avoir analysé l'ensemble des données dont elle dispose. Il peut s'agir par exemple de déterminer les interventions à mettre en œuvre ou d'autoriser ou non le congé de l'unité d'endoscopie lors de l'atteinte des critères de congé préétablis (OIIQ, 2016).
 - Collaborer à l'enseignement au client en lui transmettant des renseignements.
 - Installer ou retirer un cathéter intraveineux périphérique court.
- Pendant la coloscopie :
 - Fournir, au besoin, une aide technique à l'endoscopiste pour maintenir l'endoscope ou un instrument dans une position particulière, ou pour pousser sur l'abdomen du client à sa demande. Sur le plan de la réalisation technique de la coloscopie, l'infirmière auxiliaire ne doit en aucun cas prendre la responsabilité directe de l'insertion, de l'avancement ou du retrait de l'endoscope.
- En cas de complications :
 - Participer aux interventions dictées par la condition clinique du patient selon les activités qui lui sont réservées et autorisées.

Pour l'OIIQ, il est évident que l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire repose sur le respect des activités de chacune, permettant ainsi d'assurer la protection du public et d'améliorer la qualité des soins dispensés. **Il incombe aussi de rappeler qu'il est important de ne pas confondre la contribution à l'évaluation que peut réaliser l'infirmière auxiliaire de l'activité de surveillance clinique, qui elle, relève indubitablement de la compétence de l'infirmière et des activités qui leur sont réservées en vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.**

ANNEXE 1

Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique*

Le formulaire *Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique* constitue un outil de référence pour les milieux de soins. Il ne s'agit pas d'un formulaire obligatoire, mais plutôt d'un canevas pour soutenir le développement et la mise à jour des outils d'évaluation et de surveillance clinique présentement utilisés en coloscopie dans les milieux de soins. Cet outil est aussi, en quelque sorte, une opérationnalisation des lignes directrices explicitées dans les pages précédentes. Il comprend la majeure partie des éléments d'évaluation et de surveillance clinique que l'infirmière doit relever et consigner dans le cadre de ses activités.

Date de l'examen (AAAA/MM/JJ) : _____	Heure d'arrivée : _____
---------------------------------------	-------------------------

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Motifs de l'intervention _____

Provenance du client : Domicile Unité de soins Autre établissement de santé Urgence

Technique d'isolement : _____ Bracelet d'identification en place

Formulaire complété avec : Client Conjoint Autre personne (ami, fils, fille, etc.) : _____

Le client sera accompagné par une personne après l'examen
(condition obligatoire pour la coloscopie sous sédation-analgésie)

Lien ou identité de l'accompagnateur du client : _____

Le client doit comprendre l'information reçue¹
(déroulement, risques encourus, autre examen possible,
autres éléments pertinents), concernant :

- La coloscopie
- Les interventions (diagnostiques et thérapeutiques) réalisées pendant la coloscopie
- La sédation et les autres médicaments administrés, selon le cas

* Ce formulaire constitue un outil de référence pour les milieux cliniques afin de soutenir la pratique infirmière. Il regroupe les éléments d'évaluation pré, per et postprocédure. Toutefois, comme l'évaluation peut être séquencée dans le temps et être réalisée par plus d'une infirmière, ou en collaboration avec le coloscopiste ou d'autres professionnels, certains éléments pourraient se retrouver dans un autre formulaire préparé à cette fin, et ce, afin d'éviter une duplication jugée inutile.

1 Le moyen de transmission de l'information au client peut varier (ex. : envoi postal).

2. ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE, CONSENTEMENT AUX SOINS ET INTERVENTIONS PRÉALABLES À L'EXAMEN

Préparation colique effectuée

Type de préparation : _____

Tolérance à la préparation : _____

Préparation incomplète

Autre : _____

Diète liquide x 24 heures

À jeun depuis quand : _____

Diabète

Insulinodépendant

Glaucome

Problèmes cardiovasculaires

Auscultation cardiaque :

Problèmes respiratoires

(MPOC, asthme, apnée du sommeil, autre)

Auscultation pulmonaire (patient symptomatique, si dyspnée, par exemple) :

Présence d'obésité

OU cou court ou large (circonférence ↑)

OU IMC : _____

IMC = poids (kg)/[taille (m) x taille (m)]

IMC = poids (lb)/[taille (po) x taille (po)] x 703

OU score de Mallampati : _____

Orientation dans les trois sphères : Oui Non

Si non, expliquez :

Aucune allergie

Allergies : _____

Chirurgie abdominale antérieure :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux (diabète, insuffisance rénale, problèmes neurologiques, maladie du foie, diverticulite, constipation chronique, problème de prostate, glaucome, trauma crânien récent) :

Autres problèmes actuels (consommation de tabac, d'alcool ou de drogues) :

2. ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE, CONSENTEMENT AUX SOINS ET INTERVENTIONS PRÉALABLES À L'EXAMEN (suite)

Réactions indésirables à la suite d'une sédation-analgésie (ou d'une anesthésie)

Précisez : _____

Antécédents d'intubation difficile

Liste de médicaments ou FADM au dossier :

Oui Non

Prise de médicaments des catégories suivantes :

Hypoglycémiant

Insuline

Anticoagulant

Médicament antithrombotique/antiplaquettaire :

Médicament ayant été cessé ou devant être cessé pour l'examen (nom, date et heure d'administration et d'arrêt)

Précisez : _____

Substitution par une HFPM²

Dose et voie d'administration : _____

Débutée (date et heure) : _____

Dernière dose reçue (date et heure) : _____

Fréquence (die ou bid) : _____

Autres médicaments (prescrits ou non) :

Classification de l'état physique du client

ASA 1 : client en bonne santé

ASA 2 : client atteint d'une affection systémique légère

ASA 3 : client atteint d'une affection systémique grave

ASA 4 : client atteint d'une affection systémique grave qui représente une menace constante pour sa vie

Port de prothèses ou présence de métal :

Prothèses dentaires Appareils auditifs

Lunettes Lentilles Perçage corporel

Valvule cardiaque

Défibrillateur interne, stimulateur cardiaque

Précisez : _____

Si autre pièce métallique, précisez :

Cathéter IV en place et perméable

Site d'insertion : _____

Médicament administré en prophylaxie³

Spécifiez : _____

Paramètres vitaux mesurés et indiqués sur la page suivante (PA, pouls, T^o, respiration, O₂, saturation, glycémie capillaire)

Évaluation de la douleur (PQRSTU) : _____

Vérification des résultats de laboratoire pertinents (le cas échéant)

Spécifiez : _____

2. HFPM : héparine de faible poids moléculaire.

3. C'est le médicament administré immédiatement avant la coloscopie comme des antibiotiques.

2. ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE, CONSENTEMENT AUX SOINS ET INTERVENTIONS PRÉALABLES À L'EXAMEN (suite)

- Enseignement dispensé au client (nature et déroulement de l'examen, résultats anticipés, risques significatifs liés à l'examen et réponses aux questions du client)
- Enseignement prodigué en présence ou à une autre personne significative, précisez : _____
- Possibilité d'être enceinte Allaitement en cours
- Niveau d'anxiété selon échelle de 0-10 : _____
- Consentement aux soins signé (ne pas le faire signer⁴ avant que le client ait reçu l'enseignement sur l'examen et la sédation, s'il y a lieu)

- Consignes et directives pour les 24 heures suivant la sédation-analgésie transmises au client (exemples : ne pas conduire, ne pas prendre de décision importante et ne pas consommer d'alcool, de drogues, etc.)
- Informations écrites remises

Constats de l'évaluation : _____

- Coloscopiste avisé des constats

Évaluation réalisée par : _____ Signature de l'infirmière : _____

3. INTERVENTIONS, ÉVALUATION EN COURS D'ÉVOLUTION ET SURVEILLANCE CLINIQUE (PENDANT ET APRÈS L'EXAMEN)

Clientèles à risque qui requièrent une surveillance accrue :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personne âgée de plus de 70 ans | <input type="checkbox"/> Personne souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique |
| <input type="checkbox"/> Personne naïve à un opiacé (nouvel opiacé débuté depuis moins d'une semaine) | <input type="checkbox"/> Personne ayant subi un traumatisme crânien |
| <input type="checkbox"/> Personne souffrant de MPOC | <input type="checkbox"/> Personne souffrant d'obésité (IMC supérieur à 35) ou avec un cou court ou large (circonférence ↑) |
| <input type="checkbox"/> Personne souffrant d'apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Personne prenant d'autres médicaments qui ont un effet dépressif sur le SNC |

PARAMÈTRE À ÉVALUER	ÉCHELLE DE DOULEUR	ÉCHELLE DE SÉDATION	EFFET SECONDAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Avant l'administration d'un dépresseur du SNC • Immédiatement après l'administration de la 1^{re} dose et des doses subséquentes de médicaments • Au pic d'action • À la fin du pic d'action • Ajuster selon l'état de santé du client 	0 : aucune douleur 2 : légère 4 : gênante 6 : pénible 8 : sévère 10 : insupportable	S : sommeil normal, éveil facile 1 : éveillé, alerte 2 : parfois somnolent, éveil facile 3 : somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation 4 : endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout	0 : aucun 1 : nausées / vomissements 2 : prurit 3 : dépression respiratoire 4 : autres

L'INFIRMIÈRE DOIT IMMÉDIATEMENT AVISER LE MÉDECIN SI LA SATURATION EN OXYGÈNE DU CLIENT EST INFÉRIEURE À 91 %⁵ OU SI LE DEGRÉ DE SÉDATION DU CLIENT EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 3 ET/OU SI SA FRÉQUENCE RESPIRATOIRE EST INFÉRIEURE OU ÉGALE À 8 PAR MINUTE.

4. Le médecin est responsable d'obtenir le consentement, mais un tiers peut recueillir la signature.
5. À l'exception des clients qui présentent une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'infirmière doit aussi tenir compte de la valeur initiale mesurée.

Type d'anesthésie : Aucune Minimale-anxiolyse Modérée (consciente) Autre : _____

Surveillance requise : Étroite Continue

PARAMÈTRE	PRÉ																		
Heure																			
Degré de douleur (1-10) ⁶																			
Fréquence respiratoire ⁷ mesurée sur une minute																			
Amplitude respiratoire S : superficielle P : profonde																			
Rythme respiratoire R ou I : régulier/irrégulier P ou SP : avec pauses/ sans pauses																			
O ₂ (débit et mode d'adminis- tration) ou air ambiant																			
Saturation en O ₂																			
Ronflements (oui/non)																			
Degré de sédation/état de conscience (S à 4)																			
Pression artérielle																			
Pouls																			
Glycémie capillaire (si pertinente)																			
Effets secondaires (0-4)																			
Capnographie (le cas échéant)																			
Site de la plaque de dispersion (si polypectomie)																			
Moniteur cardiaque si indiqué	Indications :																		
Utilisation d'aimant avec stimulateur/défibrillateur cardiaque (<i>pacemaker</i>)	Indications/précisions :																		
Autres ⁸ (T°, état de la peau, nausées/vomissements, distension ou crampes abdominales, etc.)																			
Heure de départ en récupération :																			
Initiales ⁹																			

- Au congé, la douleur résiduelle totale devrait être absente ou identique à celle évaluée avant la procédure.
- La fréquence respiratoire normale chez l'adulte est de 12 à 20 par minute, alors qu'elle est de 16 à 25 chez la personne âgée. Une fréquence respiratoire égale ou inférieure à 8 par minute signifie que le client est en dépression respiratoire. Il s'agit d'une situation d'urgence.
- Inscrire un astérisque (*) et documenter les particularités dans les notes d'évolution.
- Si l'infirmière qui administre les médicaments et qui assure la surveillance clinique pendant la coloscopie est la même, elle ne doit inscrire ses initiales qu'à la première observation ou intervention. Elle n'est pas tenue de le faire pour les fois subséquentes.

**MARCHE À SUIVRE LORSQU'IL Y A DES SIGNES ET SYMPTÔMES DE DÉTRESSE
OU DE DÉPRESSION RESPIRATOIRE**

- Aviser le coloscopiste
- Interrompre les narcotiques et médicaments dépresseurs du SNC
- Stimuler la personne à respirer profondément et élever la tête du lit
- Dégager les voies respiratoires
- Évaluer les paramètres q 5 min et PRN jusqu'à l'atteinte d'un degré de sédation inférieur ou égal à 2 et d'une fréquence respiratoire supérieure ou égale à 8 par minute, mesurés au cours de trois évaluations consécutives
- Administrer de l'O₂ pour saturation supérieure à 92 %, selon l'ordonnance
- Se préparer à administrer un antagoniste de la sédation-analgésie, selon l'ordonnance

SIGNATURE/TITRE	INITIALES	SIGNATURE/TITRE	INITIALES

HEURE	NOM DU MÉDICAMENT	DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

4. ÉVALUATION EN VUE DU DÉPART DU CLIENT (CRITÈRES DE CONGÉ)¹⁰

Aucun antagoniste utilisé pour contrecarrer l'effet d'un opioïde ou d'une benzodiazépine

Antagoniste de la sédation-analgésie administré. Le client ayant reçu un antagoniste doit faire l'objet d'une surveillance clinique adéquate sur une période suffisamment longue (**minimum de 120 minutes après la dernière dose d'antagoniste reçue**) pour éviter une sédation de rebond. **L'atteinte des critères de congé indiqués ci-dessous ne doit pas systématiquement servir à autoriser le retour à domicile du client. Le client doit aussi être vu par le médecin avant son départ de l'unité de récupération.**

CRITÈRE	PROPOSITION	SCORE
Motricité	Immobile	<input type="checkbox"/> 0
	2 membres mobiles	<input type="checkbox"/> 1
	4 membres mobiles ou mobilité comme à l'arrivée	<input type="checkbox"/> 2
Respiration	Apnée	<input type="checkbox"/> 0
	Ventilation superficielle, dyspnée	<input type="checkbox"/> 1
	Ventilation profonde, toux efficace	<input type="checkbox"/> 2
Variation de la pression artérielle systolique	+/- 50 mm Hg à la valeur mesurée pré-procédure	<input type="checkbox"/> 0
	De 20 à 50 mm Hg à la valeur mesurée pré-procédure	<input type="checkbox"/> 1
	+/- 20 mm Hg à la valeur mesurée pré-procédure	<input type="checkbox"/> 2
Conscience	Aréactif	<input type="checkbox"/> 0
	Réactif à la demande	<input type="checkbox"/> 1
	Réveillé	<input type="checkbox"/> 2
Sa O ₂	Inférieure à 90 % malgré l'apport d'oxygène	<input type="checkbox"/> 0
	Supérieure à 90 % grâce à l'apport d'oxygène	<input type="checkbox"/> 1
	Supérieure à 92 % à l'air ambiant	<input type="checkbox"/> 2
TOTAL :		/10
<p>POUR POUVOIR QUITTER L'UNITÉ DE RÉCUPÉRATION, LE CLIENT DOIT OBTENIR UN SCORE MINIMAL DE 9 SUR 10 ET AVOIR FAIT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE CLINIQUE PENDANT UN MINIMUM DE 30 MINUTES APRÈS LA DERNIÈRE DOSE DE SÉDATION-ANALGÉSIE REÇUE.</p>		
<p><input type="checkbox"/> Orientation dans les trois sphères revenue à son état initial</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur résiduelle totale absente ou identique à celle évaluée avant la procédure</p>		

10. Ces critères sont inspirés de : Ead, H. (2006). From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 259-267.

Au départ du client (ce qui a été fait ou remis au client) :

- Cathéter IV retiré (site et cathéter intact)
- Enseignement postintervention dispensé (rappel)
- Ordonnance médicale du médecin pour le congé de l'unité d'endoscopie
 - Retour à domicile
 - Hospitalisé à une unité de soins
 - Retour au CH (nom) : _____
- Formulaire d'arrêt de travail signé
- Rendez-vous avec le médecin
- Cartes d'assurance maladie et d'hôpital remises
- Lunettes, dentiers ou autres remis
- Heure de départ : _____

- Client ambulant
- Client accompagné par : _____
- Client seul (possible seulement avec l'examen sans sédation)
- Client hospitalisé
 - Informations transmises à l'infirmière de l'unité de soins à l'aide du rapport interservices (voir notes complémentaires)
 - PTI ajusté si besoin

Notes complémentaires :

Signature de l'infirmière/titre/initiales

Signature de l'infirmière/titre/initiales

ANNEXE 2

Définitions et exemples de la classification de l'état physique selon l'ASA

CLASSIFICATION	ÉTAT DE SANTÉ	EXEMPLES NON LIMITATIFS
ASA <i>Physical Status 1</i>	Patient en bonne santé	Sans désordre physiologique, psychologique, biochimique ou organique.
ASA <i>Physical Status 2</i>	Patient atteint d'une affection systémique légère	Avec maladies bénignes sans limitations fonctionnelles substantielles. Exemples : fumeur, buveur social, femme enceinte, obèse (IMC entre 30 et 40), diabétique, hypertendu sous contrôle ou souffrant de maladie pulmonaire légère.
ASA <i>Physical Status 3</i>	Patient atteint d'une affection systémique grave	Avec limitations fonctionnelles substantielles. Atteint d'une ou de plusieurs maladies modérées ou sévères. Exemples : diabétique ou hypertendu mal contrôlé, obèse morbide (IMC égal ou supérieur à 40), atteint de MPOC, d'une hépatite active, dépendant à l'alcool, porteur d'un stimulateur / défibrillateur cardiaque implanté (<i>pacemaker</i>), avec une réduction modérée de la fraction d'éjection, une insuffisance rénale terminale sous traitements de dialyse réguliers, bébé prématuré âgé de moins de 60 semaines (âge corrigé), avec antécédents ou condition préexistante (> 3 mois) de coronaropathie, d'accident cardiovasculaire cérébral ou ischémique transitoire, d'infarctus du myocarde ou de pose de stent (endoprothèse).
ASA <i>Physical Status 4</i>	Patient atteint d'une affection systémique grave représentant une menace constante pour sa vie	Ayant vécu un épisode de soins ou reçu un diagnostic récent (< 3 mois) d'infarctus du myocarde, d'accident cardiovasculaire cérébral ou ischémique transitoire, ou la pose de stent (endoprothèse). Souffrant de coronaropathie ou de troubles valvulaires graves, de réduction sévère de la fraction d'éjection, de septicémie, de coagulation intravasculaire disséminée, d'insuffisance rénale aiguë ou d'insuffisance rénale terminale <u>sans</u> traitements de dialyse.
ASA <i>Physical Status 5</i>	Patient moribond qui ne survivra pas à moins d'une intervention	Avec une rupture d'anévrisme abdominale ou thoracique, un trauma grave, un saignement intracrânien avec effet de masse, une pathologie cardiaque significative ou une ischémie intestinale causée par de multiples dysfonctionnements d'organes ou de systèmes.
ASA <i>Physical Status 6</i>	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes ont été prélevés à des fins de don	

Source : American Society of Anesthesiologists. (2014). *ASA physical status classification system*.

Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/asa-physical-status-classification-system.pdf>

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections transmises par les appareils souples d'endoscopie digestive et de bronchoscopie*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/endo/pdf/endo-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins*. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-74-2012-fra.pdf
- Aisenberg, J. (2008). Endoscopic sedation: Equipment and personnel. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 18(4), 641-649.
- American Association of Nurse Anesthetists. (2016). *Non-anesthesia provider procedural sedation and analgesia: Considerations for policy development* (éd. rev.). Repéré à <http://www.aana.com/resources2/professionalpractice/Pages/Non-anesthesia-Provider-Procedural-Sedation-and-Analgesia.aspx>
- American Gastroenterological Association. (2007). AGA Institute review of endoscopic sedation. *Gastroenterology*, 133(2), 675-701.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2008). Sedation and anesthesia in GI endoscopy: Guideline. *Gastrointestinal Endoscopy*, 68(5), 815-826.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2011). Complications of colonoscopy: Guideline. *Gastrointestinal Endoscopy*, 74(4), 745-752.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2014). Guidelines for safety in the gastrointestinal endoscopy unit. *Gastrointestinal Endoscopy*, 79(3), 363-372.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy, et Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2004). *Role of GI registered nurses in the management of patients undergoing sedated procedures: Joint position statement*. Repéré à <http://www.sgna.org/Portals/0/Education/PDF/Position-Statements/ASGESGNASedationPositionStatement.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2002). Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*, 96(4), 1004-1017.
- American Society of Anesthesiologists. (2011). *Statement on granting privileges for administration of moderate sedation to practitioners who are not anesthesia professionals* (éd. rev.). Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/statement-on-granting-privileges-for-administration-of-moderate-sedation-to-non-anesthesiologist.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2013). *Distinguishing monitored anesthesia care (MAC) from moderate sedation/analgesia (conscious sedation)* (éd. rev.). Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/distinguishing-monitored-anesthesia-care-from-moderate-sedation-analgesia.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2014a). *ASA physical status classification system*. Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/asa-physical-status-classification-system.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2014b). *Continuum of depth of sedation: Definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia* (éd. rev.). Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2014c). *Statement on respiratory monitoring during endoscopic procedures* (éd. rev.). Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/statement-on-respiratory-monitoring-during-endoscopic-procedures.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2014d). *Statement on safe use of propofol* (éd. rev.). Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/statement-on-safe-use-of-propofol.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2015). *Standards for basic anesthetic monitoring* (éd. rev.). Repéré à <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/standards-for-basic-anesthetic-monitoring.pdf>
- Arora, G., Mannalithara, A., Singh, G., Gerson, L. B., et Triadafilopoulos, G. (2009). Risk of perforation from a colonoscopy in adults: A large population-based study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(3, part. 2), 654-664.
- Association canadienne de gastroentérologie. (2008). Propofol use for sedation during endoscopy in adults: A Canadian Association of Gastroenterology position statement. *Canadian Journal of Gastroenterology / Journal canadien de gastroentérologie*, 22(5), 457-459.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists. (2015). *Acute pain management: Scientific evidence* (4^e éd.). Repéré à <http://fpm.anzca.edu.au/Documents/FPM-APMSE4-final-20160426-v1-0.pdf>
- Becker, D. E., et Casabianca, A. B. (2009). Respiratory monitoring: Physiological and technical considerations. *Anesthesia Progress*, 56(1), 14-20.
- Belsey, J., Epstein, O., et Heresbach, D. (2008). Systematic review: Adverse event reports for oral sodium phosphate and polyethylene glycol. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 29(1), 15-28.
- Berzin, T. M. (2010). Endoscopic sedation training in gastroenterology fellowship. *Gastrointestinal Endoscopy*, 71(3), 597-599.

- Cacho, G., Perez-Calle, J. L., Barbado, A., Lledo, J. L., Ojea, R., et Fernandez-Rodriguez, C. M. (2010). Capnography is superior to pulse oximetry for the detection of respiratory depression during colonoscopy. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 102(2), 86-89.
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8, r. 9.
- Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26.
- Cohen, L. B. (2008). Patient monitoring during gastrointestinal endoscopy: Why, when, and how? *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 18(4), 651-663.
- Collège des médecins du Québec. (2010). Normes d'exercice en matière de coloscopie. *Le Collège*, 50(2), 15.
- Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2015). *La sédation-analgésie : lignes directrices*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/2440-sedation-analgésie_0.pdf
- Cote, G. A., Hovis, R. M., Anstas, M. A., Waldbaum, L., Azar, R. R., Early, D. S., . . . Jonnalagadda, S. S. (2010). Incidence of sedation-related complications with propofol use during advanced endoscopic procedures. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(2), 137-142.
- Delegge, M. H. (2008). The difficult-to-sedate patient in the endoscopy suite. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 18(4), 679-693.
- Dewitt, J., McGreevy, K., Sherman, S., et Imperiale, T. F. (2008). Nurse-administered propofol sedation compared with midazolam and meperidine for EUS: A prospective, randomized trial. *Gastrointestinal Endoscopy*, 68(3), 499-509.
- Ead, H. (2006). From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 259-267.
- Ellett, M. L. (2010). Review of propofol and auxiliary medications used for sedation. *Gastroenterology Nursing*, 33(4), 284-295.
- European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates. (2004). European job profile for endoscopy nurses, August 2004. *Endoscopy*, 36(11), 1025-1030.
- European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates. (2008). *ESGENA core curriculum for endoscopy nursing*. Repéré à http://www.esgena.org/assets/downloads/pdfs/general/esgena_core_curriculum.pdf
- Ferland, M. (2006). *Rapport d'investigation du coroner A-158330*. Québec, QC : Bureau du coroner.
- Gastroenterological Society of Australia, et Gastroenterological Nurses College of Australia. (2006). *Endoscopy: Standards for endoscopic facilities and services* (3^e éd., réimpr. 2011). Repéré à http://www.gesa.org.au/files/editor_upload/File/Professional/Endoscopy_Standards.pdf
- German Society for Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases. (2016). Update S3-guideline: "Sedation for gastrointestinal endoscopy" 2014 (AWMF-register-no. 021/014). *Zeitschrift fur Gastroenterologie*, 54(1), 58-95.
- Gerstenberger, P. D. (2010). Capnography and patient safety for endoscopy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(5), 423-425.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., . . . Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
- Hutchison, R., et Rodriguez, L. (2008). Capnography and respiratory depression. *American Journal of Nursing*, 108(2), 35-39.
- Institut national de santé publique du Québec. (2007). *Revue systématique des études cliniques randomisées évaluant l'efficacité du dépistage populationnel du cancer colorectal de la population à risque moyen*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/716_RSLECRDepistCaC.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf
- Kulling, D., Orlandi, M., et Inauen, W. (2007). Propofol sedation during endoscopic procedures: How much staff and monitoring are necessary? *Gastrointestinal Endoscopy*, 66(3), 443-449.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8.
- Mandel, J. E., Lichtenstein, G. R., Metz, D. C., Ginsberg, G. G., et Kochman, M. L. (2010). A prospective, randomized, comparative trial evaluating respiratory depression during patient-controlled versus anesthesiologist-administered propofol-remifentanyl sedation for elective colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 72(1), 112-117.
- Matharoo, M., Thomas-Gibson, S., Haycock, A., et Sevdalis, N. (2014). Implementation of an endoscopy safety checklist. *Frontline Gastroenterology*, 5(4), 260-265.
- Metzner, J., et Domino, K. B. (2010). Risks of anesthesia or sedation outside the operating room: The role of the anesthesia care provider. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23(4), 523-531.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Retraitement des endoscopes digestifs : lignes directrices*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-209-05F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*. Repéré à <http://www.ageq.qc.ca/2013/NORMESDQCMars2013.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-902-15W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Consentement à la transfusion de produits sanguins labiles : guide destiné aux médecins*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-933-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Guide de validation des listes d'attente pour un examen primaire de coloscopie longue*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-902-08W.pdf>
- Mitty, R. D., et Wild, D. M. (2008). The pre- and postprocedure assessment of patients undergoing sedation for gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 18(4), 627-640.
- Nelson, D. B., McQuaid, K. R., Bond, J. H., Lieberman, D. A., Weiss, D. G., et Johnston, T. K. (2002). Procedural success and complications of large-scale screening colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(3), 307-314.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*. Repéré à https://www.oiq.org/sites/default/files/173_enonce_de_principes.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés : une contribution essentielle à la réussite du projet clinique*. Repéré à <http://www.oiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central : avis* (2^e éd.). Repéré à https://www.oiq.org/sites/default/files/193_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *La gouvernance infirmière : condition de succès de la transformation du réseau : mémoire*. Repéré à <https://www.oiq.org/sites/default/files/3428-gouvernance-infirmiere-memoire.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (2^e éd., mise à jour mars). Repéré à <https://www.oiq.org/sites/default/files/1389-exercice-infirmier-activites-reservees.pdf>
- Pasero, C. (2009). Assessment of sedation during opioid administration for pain management. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(3), 186-190.
- Pasero, C., Manworren, R. C., et McCaffery, M. (2007). IV opioid range orders for acute pain management. *American Journal of Nursing*, 107(2), 52-59.
- Pasero, C., et McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. St. Louis, MO : Mosby/Elsevier.
- Phillips, N. M., Street, M., Kent, B., Haesler, E., et Cadeddu, M. (2013). Post-anaesthetic discharge scoring criteria: Key findings from a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(4), 275-284.
- Pochapin, M. B. (2009). Understanding the risks of colonoscopy: Looking forward. *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(3, part. 2), 672-674.
- Qadeer, M. A., Vargo, J. J., Dumot, J. A., Lopez, R., Trolli, P. A., Stevens, T., . . . Zuccaro, G. (2009). Capnographic monitoring of respiratory activity improves safety of sedation for endoscopic cholangiopancreatography and ultrasonography. *Gastroenterology*, 136(5), 1568-1576.
- Singh, H., Penfold, R. B., DeCoster, C., Kaita, L., Proulx, C., Taylor, G., . . . Moffatt, M. (2009). Colonoscopy and its complications across a Canadian regional health authority. *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(3, part. 2), 665-671.
- Société canadienne des anesthésiologistes. (2016). Guidelines to the practice of anesthesia/Guide d'exercice de l'anesthésie. *Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie*, 63(1), 86-112.
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2008). *Gastroenterology nursing: A core curriculum* (4^e éd.). Chicago, IL : SGNA.
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2012). *Minimum registered nurse staffing for patient care in the gastrointestinal endoscopy unit: Position statement* (éd. rev.). Repéré à http://www.sgna.org/Portals/0/Education/PDF/Position-Statements/SGNA_Minimum_RN_Staffing.pdf
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2013a). *Guidelines for nursing documentation in gastrointestinal endoscopy* (éd. rev.). Repéré à <http://www.sgna.org/Portals/0/Education/PDF/Standards-Guidelines/SGNAGuidelinesforDocumentation2013.pdf>
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates. (2013b). *Statement on the use of sedation and analgesia in the gastrointestinal endoscopy setting: Position statement* (éd. rev.). Repéré à http://www.sgna.org/Portals/0/Education/PDF/Position-Statements/Sedation_2013-FINAL.pdf
- Spanish Society of Digestive Endoscopy. (2014). Sedation for gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy*, 46(8), 720-731.
- Tohda, G., Higashi, S., Wakahara, S., Morikawa, M., Sakumoto, H., et Kane, T. (2006). Propofol sedation during endoscopic procedures: Safe and effective administration by registered nurses supervised by endoscopists. *Endoscopy*, 38(4), 360-367.
- Trummel, J. (2007). Sedation for gastrointestinal endoscopy: The changing landscape. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(4), 359-364.
- Vargo, J. J. (2010). Procedural sedation. *Current Opinion in Gastroenterology*, 26(5), 421-424.
- Voynarovska, M., et Cohen, L. B. (2008). The role of the endoscopy nurse or assistant in endoscopic sedation. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 18(4), 695-705.
- Wehrmann, T., et Riphaut, A. (2009). Sedation, surveillance, and preparation. *Endoscopy*, 41(1), 86-90.
- Weinger, M. B. (2006). Dangers of postoperative opioids. *APSF Newsletter*, 21(4), 61, 63-67.
- Yarchi, D., Cohen, A., Umansky, T., Sukhotnik, I., et Shaoul, R. (2009). Assessment of end-tidal carbon dioxide during pediatric and adult sedation for endoscopic procedures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(4), 877-882.

