

Item6-L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient.

Objectifs CNCI		
- Décrire les principes d'organisation et les conditions de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du travail en équipe (pluriprofessionnelle). ▪ des protocoles pluriprofessionnels (incluant la notion de comorbidité). ▪ des réunions de concertation pluridisciplinaire. ▪ des listes de vérification « check lists ». ▪ des réunions de morbi-mortalité. 		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Protocoles pluriprofessionnels	-	-
- Réunion de concertation pluridisciplinaire	-	-
- Check List	-	-
- Réunion de morbi-mortalité	-	-

A. Travail en équipe

- **Equipe pluridisciplinaire**
 - réunion de professionnels de groupes différents (métier), tant sur les responsabilités que sur les compétences
- **Equipe pluriprofessionnelle**
 - réunion de professionnels oeuvrant à un même travail ou projet sans notion de métier

B. Protocoles pluriprofessionnels

Principe : discussion pour un thème clinique prédéfini de la prise en charge optimale concernant le parcours de soins et la prise en charge clinique

Objectif = définir

- **la cible du traitement** : population visée
- **les intervenants** : médical, paramédical, services sociaux
- **le type d'établissement** : hôpital, réseau de ville, cabinet, services de soins à domicile
- **la prise en charge clinique** : diagnostique, thérapeutique, pronostique, suicide
- **la chronologie** : parcours de soins

Base de travail

- Expérience clinique
- EBM/littérature
- Patient

Situations

- Pathologie avec processus de soins standardisé
- Situation fréquente en soins primaires
- Situation à risque

Elaboration de documents simples

Réévaluation avec indicateurs cliniques

Bénéfices

- Amélioration de la qualité des soins
- Gestion des coûts
- Cohérence entre les différents intervenants
- Désignation d'un coordinateur

C. Réunion de concertation pluridisciplinaire

Principe : discussion collégiale permettant d'apporter aux patients la réponse la plus complète possible

Définition (HAS) : "regroupement de professionnels de santé de différentes disciplines et dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment"

Contexte d'utilisation

- **En cancérologie : systématique**
 - stratégie diagnostique
 - stratégie thérapeutique initiale
 - reprise évolutive
 - décision d'une stratégie palliative.
- **Décisions complexes :**
 - chirurgie lourde,
 - traitement d'exception,
 - Maladies infectieuses
 - etc.

Participants

- **"Toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement"**
 - Clinicien concerné
 - + selon spécialité (radio, anaph, bactério, biologiste)
- **En oncologie : au moins 3 médecins de spécialités différentes**
 - Spécialiste d'organe (ex: gastro-entérologue si CCR)
 - Chirurgien (ex: chirurgien digestif si CCR)
 - Médecin compétent en cancérologie (DES ou DESC)
 - Radiothérapeute
 - Radiologue
 - Pharmacien hospitalier si chimiothérapie prévue
 - + médecin traitant : sollicité mais non obligatoire
- **Idéalement**
 - Anatomo-pathologiste
 - Equipe de soin palliatif / douleur
 - Paramédical : psychologue, assistance sociale, etc.

Éléments nécessaires en RCP (ECN 07)

- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu anatomo-pathologique
- Compte-rendu radiologique (bilan d'extension)
- Désirs du patient / terrain / entourage

Critères de qualité (HAS 06)

- pluridisciplinarité: ≥ 3 spécialités (ex: chirurgien, oncologue, palliatif), médecin/professionnel référent
- formalisation: rythme régulier / coordonnateur / secrétariat/ dossiers complets ++ / fiche RCP
- exhaustivité: tout cancer nouvellement diagnostiqué doit passer en RCP (A savoir !)
- référentiels et réseau: indication du référentiel utilisé / élaboration de référentiels (SOR) / réseau d'oncologie
- traçabilité : CR écrit et avis intégré au dossier médical / lettre au médecin traitant → PPS
- évaluation: de la RCP régulière = EPP ++ BUT : traitement en fonction des recommandations actuelles

Mise en oeuvre

- Réunion proprement dite
- Rédaction d'un PPS ou d'un avis
- Explication par le médecin référent au patient
- Réalisation d'un traitement
- Vérification de l'adéquation entre l'avis et le traitement réalisé

D. Check list

Origine : lancement du programme "Safe Surgery Saves Lives" par l'OMS

Objectifs :

- réduction des complications et des décès post-opératoires
- amélioration de la sécurité au bloc opératoire
- réduire les erreurs chirurgicales
- améliorer la communication et le partage d'informations au sein du bloc opératoire entre les différents intervenants
- utilisation nécessaire à la certification des établissements avec bloc opératoire

Intervenants

- Chirurgien
- Anesthésiste/IADE
- IBODE

Temps d'application

- Avant l'induction anesthésique
- Avant le geste chirurgical
- Après le geste chirurgical

Mise en oeuvre

- Désignation d'un **coordonateur** parmi les participants
- **Support unique et standardisé** pour toute la France
- **10 critères**
 - **Avant l'induction anesthésique**
 - Identité du patient
 - Intervention et site opératoire confirmés (dossier, documentation clinique/paraclinique présente en salle)
 - Mode d'installation connu et cohérent et non dangereux
 - Préparation cutanée
 - Equipement/matériel vérifié et sans dysfonctionnement
 - **Vérification**
 - risque allergique,
 - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilatin,
 - risque de saignement
 - **Avant l'intervention chirurgicale**
 - **Vérification ultime**
 - identité
 - intervention
 - site opératoire
 - installation
 - documents nécessaires
 - **Partage des informations essentielles** sur les éléments à risque ou les étapes critiques
 - **Antibioprophylaxie et champ opératoire**
 - **Confirmation orale**
 - de l'intervention enregistrée
 - du compte final des compresses
 - de l'étiquetage
 - des événements indésirables (déclaration, signalement, intervention réalisée)
 - prescription pour les suites opératoires
- **Décision en cas de non-conformité**

E. Réunion de morbi-mortalité (RMM)

Revue de morbi-mortalité (RMM) +++

- **Analyse**
 - **systémique**
 - **retrospective**
 - **collective**
- **Les acteurs :**
 - **groupes de professionnels** qui travaillent ensemble (même équipe)
 - **médicaux et paramédicaux**
 - +/- représentant administratif
 - +/- personnel spécialisé dans la gestion des risques
- **Objectif :**
 - **Décrire les pratiques et les processus de soins réalisés**
 - **Identifier celles jugées non optimales et les analyser**
 - **Proposer des actions d'amélioration** visant à
 - diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (**actions préventives**)
 - ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (**actions protectrices**)
 - **Suivre et évaluer les actions entreprises**
- **Moyen :** Analyse des cas de décès, de complications, de presque-accident
- **4 temps**
 - **Présentation du cas** (que c'est-il passé?)
 - **Recherche et identification du problème / de l'erreur** (comment est-ce arrivé?)
 - **Recherche de cause et d'erreurs de récupération** (Pourquoi est-ce arrivé ?)

- Synthèse et rédaction de plan d'action (Qu'en avons-nous appris ? Quels changements ?)
- Autres intérêts :
 - valorisé dans le cadre de la DPC (développement professionnel continu),
 - Audit par la HAS : certification et système de gestion des risques des établissements
 - Projet d'équipe pour la sécurité