
DIRECTION
QUÉBÉCOISE
DE CANCÉROLOGIE

Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec

Décembre 2014

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique aux adresses suivantes :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications** et **www.msss.gouv.qc.ca/cancer**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-72064-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

Le document *Guide pratique pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive du Québec* a été préparé par la Direction québécoise de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec les partenaires concernés.

Ce document sera révisé périodiquement afin que son contenu tienne compte de l'évolution des normes de pratique clinique et organisationnelle.

Encadrement et orientation

D^r Jean Latreille

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Michelle Rompré

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction

M^{me} Marlène Champagne

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration à la rédaction

M^{me} Katleen Busque

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Révision

D^r Alan Barkun

Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Cathy Binet

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Taha Chaabouni

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Mario Corriveau

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Maria-Helena Dias

Centre universitaire de santé McGill

D^{re} Laurence Eloy

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Pierre Hallé

CHU de Québec

M^{me} Barbara Harvey

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^{me} Sonia Joannette

Direction québécoise de cancérologie

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Philippe Lachance

Direction des mécanismes d'accès

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Hélène Proulx

Direction québécoise de cancérologie

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Marie-Andrée Régis

Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean

D^r Guy Roy

Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Marie-Michèle Tremblay

Direction québécoise de cancérologie

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration à la rédaction de certaines parties du document

M^{me} Chantal Brochu

Centre de santé et de services sociaux Arthabaska-et-de-l'Érable

M^{me} Lise Caron

Direction des mécanismes d'accès

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Nathalie Charron

Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

M. Harold Côté

Direction générale adjointe de la performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Nizar Ghali

Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Normand Lantagne

Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Claude Marcil

Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Ourdia Naïdji

Direction générale adjointe de la performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Julie Noël

Centre hospitalier universitaire de Québec

M^{me} Danièle Normandin

Centre hospitalier universitaire de Montréal

M. Jérôme Ouellet

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

M^{me} Andréa Pelletier

Direction générale adjointe de la performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Jasmine Perron

Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration à la rédaction de certaines parties du document (suite)

M^{me} Lise-Anne Piette

Direction générale adjointe des investissements
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Caroline Plouffe

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

M^{me} Annie Robitaille

Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Nour Sharara

Centre universitaire de santé McGill

Instances consultées pour certaines parties du document

Comité des formulaires

Ministère de la Santé et des Services sociaux : D^r Marc-André Amyot, M^{me} Marie-Claude Beauchamp, D^r Marc Billard, M. Joël Brodeur, M^{me} Lise Chagnon, M^{me} Danielle Comtois, M^{me} Isabelle Dugas, D^r Gilles Hudon, M. Christophe Lair, M^{me} Annick Lavoie, M^{me} France Thibeault, M^{me} Marie-Brigitte Thibeault.

Forum infirmier sur les normes de pratique clinique en coloscopie

Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux : M^{me} France Audet, M^{me} Nicole Beaulieu, M^{me} Julie Blanchet, M^{me} Chantal Brochu, M^{me} Nathalie Charron, M^{me} Lucie Dansereau, M^{me} Maria-Helena Dias, M^{me} Lise Doucet, M^{me} Joselle Forget, M^{me} Solange Fournier, M^{me} Suzanne Harbec, M^{me} Marie-Soleil Hardy, M^{me} Barbara Harvey, M^{me} Sonia Joannette, M^{me} Nancy Lachance, M^{me} Karine Lecours, M^{me} Élise Marsan, M^{me} Joanne Moore, M^{me} Marie-Andrée Morin, M^{me} Danièle Normandin, M. Jérôme Ouellet, M^{me} Valérie Porta, M^{me} Marie-Josée Roy, M^{me} Emilia Simard, M^{me} Andrée-Anne Vallée.

Forum médical sur les normes de pratique clinique en coloscopie

Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux : D^r Alan Barkun, D^r Raymond Bourdages, D^r Marc Bradette, D^r Christian Dallaire, D^r Jean Dubé, M^{me} Maria-Helena Dias, D^r Gilbert Doummar, D^{re} Judith Gaudreault, D^r Pierre Hallé, D^r Rémi Lavoie, D^r Carmine Nudo, D^r Marc Poliquin, D^r Louis-Charles Rioux, D^r Martin Rouillard.

Groupe de travail sur les normes de pratique clinique en coloscopie

Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux : D^r Alan Barkun, D^r Marc Bradette, M^{me} Katleen Busque, M^{me} Marlène Champagne, M^{me} Maria-Helena Dias, D^r Gilbert Doummar, D^r Roger Grégoire, D^{re} Carole Richard, D^r Martin Rouillard, D^r Guy Roy.

Secrétariat et mise en page

M^{me} Martine Chouinard

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Isabelle Pelchat

Direction québécoise de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. ÉLABORATION DU PROJET ET MISE EN PLACE DE LA GOUVERNE	3
1.1 MISE EN PLACE DE LA GOUVERNANCE DU PROJET	3
1.2 GESTION DE PROJET	4
2. RÉVISION DES PROCESSUS DE TRAVAIL.....	5
2.1 DOMAINES D'INTERVENTION POUR LA MISE À NIVEAU ET L'ATTEINTE DU MODÈLE OPTIMAL	5
2.2 GRILLES D'ÉVALUATION.....	5
3. NORMES DE GESTION DE L'ACCÈS À LA COLOSCOPIE	9
3.1 MÉCANISME DE GESTION DE L'ACCÈS ET MESURE DU TEMPS D'ATTENTE EN COLOSCOPIE	9
3.1.1 <i>Première étape : Consultation médicale pour évaluer la pertinence de prescrire une coloscopie</i>	<i>11</i>
3.1.1.1 Pertinence de prescrire un examen de coloscopie.....	11
3.1.1.2 Test de dépistage du cancer colorectal recommandé.....	11
3.1.2 <i>Deuxième étape : Complétion et acheminement de la demande de coloscopie par le médecin référent</i>	<i>12</i>
3.1.3 <i>Troisième étape : Réception et inscription des demandes de coloscopie.....</i>	<i>14</i>
3.1.3.1 Système de gestion des rendez-vous	16
3.1.3.2 Mesure du temps d'attente.....	16
3.1.4 <i>Quatrième étape : Attribution d'une date de rendez-vous.....</i>	<i>17</i>
3.1.4.1 Gestion de la non-disponibilité des personnes inscrites sur la liste d'attente	18
3.1.5 <i>Cinquième étape : Service réalisé et transcrit</i>	<i>18</i>
3.1.6 <i>Sixième étape : Transmission des résultats</i>	<i>18</i>
3.2 VALIDATION DES LISTES D'ATTENTE EN COLOSCOPIE	19
3.3 ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE	19
3.3.1 <i>Analyse de l'adéquation entre l'offre et la demande</i>	<i>19</i>
3.3.2 <i>Actions pour rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de coloscopie</i>	<i>21</i>
3.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS ET DES INSTANCES CONCERNÉS DANS LE SUIVI DE L'ACCÈS.....	23
3.4.1 MSSS.....	23
3.4.2 Agence de la santé et des services sociaux.....	24
3.4.3 Établissement/Unité de coloscopie	24
3.4.4 Guichet d'accès en coloscopie	25
3.4.5 Médecin référent.....	25
3.4.6 Médecin spécialiste	25
3.4.7 Professionnel de la santé.....	25
3.4.8 Personnel de bureau.....	25
3.5 INDICATEURS D'ACCÈS EN COLOSCOPIE	25
3.6 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES D'ACCÈS	26
4. NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE RELATIVES À LA COLOSCOPIE	28
4.1 NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE RELATIVES À LA PRATIQUE DU COLOSCOPISTE	28
4.2 LIGNES DIRECTRICES SUR LES SOINS INFIRMIERS EN COLOSCOPIE CHEZ L'ADULTE.....	34
4.2.1 <i>Collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire</i>	<i>35</i>
4.3 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE	36
4.3.1 <i>Médecins coloscopistes</i>	<i>36</i>
4.3.2 <i>Infirmières et infirmières auxiliaires en coloscopie</i>	<i>37</i>
5. NORMES DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET CRITÈRES D'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE D'UNE UNITÉ D'ENDOSCOPIE	40
5.1 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES DE RETRAITEMENT	44

6. NORMES RELATIVES À LA PATHOLOGIE COLORECTALE ET À L'ACCÈS EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE.....	45
6.1 NORMES DE PRATIQUES CLINIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DU CANCER COLORECTAL DANS LES LABORATOIRES D'ANATOMOPATHOLOGIE	45
6.1.1 <i>Application des contrôles de qualité spécifiques au dépistage du cancer colorectal</i>	45
6.1.2 <i>Évaluation du temps de réponse</i>	46
6.1.3 <i>Rapport standardisé synoptique</i>	46
6.2 ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE	47
6.3 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES D'ACCÈS EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE	47
RÉFÉRENCES	49
LISTE DES ANNEXES	52
ANNEXE 1 : INTERVENANTS CONCERNÉS PAR LE PROJET DE MISE À NIVEAU DES UNITÉS D'ENDOSCOPIE	53
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLOSCOPIE.....	54
ANNEXE 3 : GRILLE D'ÉVALUATION - NORMES DE GESTION DE L'ACCÈS EN COLOSCOPIE	56
ANNEXE 3A : DICTIONNAIRE DES DONNÉES : DÉFINITION DES VARIABLES REQUISES POUR LE SUIVI DE L'ACCÈS EN COLOSCOPIE	62
ANNEXE 4 : GRILLE D'ÉVALUATION - NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE RELATIVES À LA COLOSCOPIE	67
ANNEXE 4A : EXEMPLE DE FORMULAIRE D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUE EN COLOSCOPIE PROPOSÉ PAR L'OIIQ.....	75
ANNEXE 4B : REVUE DE DOSSIER - GRILLE D'AUDIT PROPOSÉE PAR LA DQC SUR L'UTILISATION ET LA MANIÈRE DE REMPLIR LE FORMULAIRE D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE EN SOINS INFIRMIERS EN COLOSCOPIE	80
ANNEXE 5 : GRILLE D'ÉVALUATION - NORMES DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET CRITÈRES D'AMÉNAGEMENT EN ENDOSCOPIE.....	96
ANNEXE 6 : EXEMPLE DE GABARIT DE PLAN D'ACTION.....	112
ANNEXE 7 : EXEMPLE DE PROCÉDURE DE GESTION DE LA NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE	113
ANNEXE 8 : EXEMPLE DE LETTRE D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION AUX MÉDECINS RÉFÉRENTS EN COLOSCOPIE.....	120
ANNEXE 9 : FORMULAIRE D'ÉVALUATION DÉTERMINANT L'ADMISSIBILITÉ DES USAGERS À LA COLOSCOPIE ET LE SUIVI REQUIS.....	121
ANNEXE 9A : CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ : IDENTIFICATION ET JUSTIFICATION.....	123
ANNEXE 9B : CLASSIFICATION DE LA MPOC.....	124
ANNEXE 9C : NYHA : CLASSIFICATION INTERNATIONALE SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	125
ANNEXE 10 : OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES POUR DRESSER LE PORTRAIT DE L'ACCÈS.....	126
ANNEXE 11 : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ ET DE LA PRODUCTIVITÉ DES SALLES D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE	128
ANNEXE 12 : ASSURANCE QUALITÉ DANS LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC – COMITÉ CONSULTATIF EN ANATOMOPATHOLOGIE (2012).....	129

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 – DOMAINES D’INTERVENTION POUR LA MISE À NIVEAU DES UNITÉS D’ENDOSCOPIE DIGESTIVE (VOLET COLOSCOPIE) ET L’ATTEINTE DU MODÈLE OPTIMAL.....	6
FIGURE 2 - TRAJECTOIRE OPTIMALE VISÉE POUR UNE RÉFÉRENCE EN COLOSCOPIE (FIGURE ADAPTÉE DU <i>GUIDE DE GESTION ACCÈS AUX CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES ET AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES</i> , MSSS 2012).....	7
FIGURE 3 - ALGORITHME DE RÉFÉRENCE EN COLOSCOPIE SANS CONSULTATION PRÉALABLE	15
FIGURE 4 - ANALYSE DE L’OFFRE ET DE LA DEMANDE : TROIS POSSIBILITÉS (MSSS, 2012)	20
FIGURE 5 – PARAMÈTRES À CONSIDÉRER LORS DE L’ANALYSE DE L’ADÉQUATION ENTRE L’OFFRE ET LA DEMANDE	21

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1 - ÉTAPES DU MÉCANISME D’ACCÈS EN COLOSCOPIE	10
TABEAU 2 - TRAVAUX REQUIS POUR ÉQUILIBRER L’OFFRE DE COLOSCOPIE EN FONCTION DE LA DEMANDE	22
TABEAU 3 – CRITÈRES DE QUALITÉ DU CMQ EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE.....	28
TABEAU 4 – NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE RELATIVES À LA COLOSCOPIE	30
TABEAU 5 – PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L’INFIRMIÈRE EN FONCTION DES PÉRIODES DU CONTINUUM DE SOINS EN COLOSCOPIE (OIIQ, 2011)	35

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
DAJ	Direction des affaires juridiques
DGC	Direction générale des communications
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DGSP	Direction générale de la santé publique
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DQC	Direction québécoise de cancérologie
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction des services professionnels
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OIIAQ	Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
RSOSi	Recherche immunochimique de sang occulte dans les selles

Introduction

Le présent *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec* a été rédigé à l'intention des agences de la santé et des services sociaux et des établissements de santé qui souhaitent amorcer un projet de mise aux normes au sein de leur région.

Ce guide permet d'harmoniser et d'optimiser la pratique de la coloscopie au Québec selon les standards de qualité et d'accessibilité attendus dans une approche régionale en réseau. Il regroupe et synthétise le contenu des principaux documents de référence rédigés sur ce sujet. Il définit les démarches devant être réalisées pour soutenir la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive du Québec et des secteurs qui y sont rattachés. Les apprentissages, les outils et les stratégies développés au sein de huit sites de démonstration sélectionnés pour valider la possibilité de mise en œuvre d'un Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) y sont également présentés.

La concrétisation d'une mise à niveau par les agences et les établissements offre de nombreux avantages, parmi lesquels :

- L'optimisation de la capacité en coloscopie qui améliore l'accessibilité à l'examen grâce aux gains d'efficience réalisés;
- L'implantation des normes de pratique clinique et organisationnelle en coloscopie et en retraitement des dispositifs médicaux qui contribue à la qualité et à la pertinence des actes posés et permet de satisfaire les critères préalables à la mise en place d'un programme de dépistage du cancer colorectal.

Le chapitre 1 de ce document porte sur la structure de gouverne de même que sur les étapes de planification et de gestion du projet de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive.

Le chapitre 2 traite de la démarche de révision des processus qui devrait être la première étape des travaux de mise à niveau. En effet, la révision des processus permet d'analyser l'ensemble des activités de la trajectoire et d'identifier les écarts pour ensuite élaborer un plan d'action visant l'atteinte des objectifs du projet.

Le chapitre 3 présente les normes recommandées pour assurer l'accès à la coloscopie à toute personne qui requiert cet examen dans les délais requis par sa condition ainsi que les stratégies permettant d'obtenir un portrait juste de la liste d'attente en coloscopie et d'atteindre un équilibre entre l'offre et la demande. De plus, le calcul du temps d'attente, les rôles et responsabilités des instances concernées par le suivi de l'accès et les indicateurs de suivi y sont décrits.

Le chapitre 4 regroupe l'ensemble des normes de pratique clinique ou organisationnelle contribuant à assurer une pratique optimale en coloscopie. Il s'agit des normes de pratique clinique relatives à la coloscopie élaborées à l'intention des coloscopistes ainsi que des infirmières et des infirmières auxiliaires en coloscopie.

Le chapitre 5 précise les critères d'aménagement des unités d'endoscopie et les normes de retraitement des dispositifs médicaux.

Enfin, le chapitre 6 traite des normes de pathologie colorectale dans les laboratoires d'anatomopathologie et rappelle les recommandations et les normes d'accès à respecter en chirurgie oncologique.

Soulignons que les mécanismes d'assurance qualité à mettre en place en cas d'écarts aux normes sont présentés à la fin des chapitres 3 à 6.

1. Élaboration du projet et mise en place de la gouverne

La démarche de mise à niveau des unités d'endoscopie s'inscrit à l'intérieur d'un projet régional coordonné par les agences et le réseau de cancérologie. Le chapitre 1 décrit la structure de gouverne à instaurer de même que les étapes de planification et de gestion du projet à prévoir.

1.1 MISE EN PLACE DE LA GOUVERNANCE DU PROJET

La mise en place d'une gouvernance de projet s'avère incontournable à la réussite de l'exercice de mise à niveau de l'unité d'endoscopie et implique l'identification d'un chargé de projet et d'une équipe de travail au sein de l'agence et des établissements. Le rôle des responsables du projet ainsi que le mandat légitimant la démarche doivent être précisés. À noter qu'il est important que les intervenants concernés par le projet au sein des établissements, des agences et du réseau (ex. : tables médicales) soient identifiés et sollicités (annexe 1)¹.

Au regard de la gouvernance, parmi les facteurs de succès identifiés lors des travaux d'expérimentation des huit sites de démonstration, notons :

- un engagement de l'agence, du réseau de cancérologie et des directions générales des établissements;
- un mandat clair attribué à l'équipe de projet par la direction générale de l'établissement de même que par l'agence;
- un responsable régional à l'agence et un chargé de projet au sein de l'établissement ayant tous deux la disponibilité et les compétences pour exercer leur rôle;
- la mise en place de comités de travail à l'agence et au sein des établissements;
- un plan de travail détaillant les actions à réaliser et comprenant des indicateurs suivis régulièrement à l'aide d'outils de gestion de projet;
- une communication optimale entre tous les acteurs et secteurs concernés.

Compte tenu de son rôle stratégique, le chargé de projet devrait posséder une formation de base dans le domaine de la santé pour bien comprendre les enjeux cliniques relatifs à ce dossier. Il devrait aussi avoir une connaissance de la gestion de l'accès ainsi que les compétences suivantes :

- **Techniques** : connaissances des processus, des outils et des techniques en gestion de projet;
- **Managériales** : capacités de planification, d'organisation, de coordination et de résolution de problèmes;
- **Relationnelles** : *leadership* mobilisateur, habiletés de négociation, capacité de gérer des équipes en entretenant avec autrui des relations qui favorisent le respect, la compréhension mutuelle et des relations de travail productives;
- **Stratégiques** : habiletés stratégiques et politiques lui permettant d'atteindre ses objectifs.

¹ À titre d'exemple, nous recommandons de consulter la présentation PowerPoint intitulée : *Gouverne dans le cadre du projet de démonstration du PQDCCR dans la région de la Capitale-Nationale* qui est disponible sur le site de partage de documents de la Direction des mécanismes d'accès du MSSS (<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/z99f/Accueil/accueil.asp>).

1.2 GESTION DE PROJET

Pour assurer le succès de la mise à niveau qui suppose une transformation des pratiques dans plusieurs secteurs d'activité de l'établissement, il est essentiel que le chargé de projet structure la démarche en fonction des domaines d'intervention qui seront décrits dans le chapitre 2 et des grilles d'évaluation introduites aux chapitres 3, 4 et 5. À l'aide des outils et des techniques associés à la gestion de projet, il peut ainsi analyser, mettre en œuvre et assurer le suivi de la démarche tout en anticipant les risques.

Élaboration du projet et mise en place de la gouverne

- ☒ Le projet de mise à niveau est élaboré en partenariat avec l'agence et les acteurs concernés.
- ☒ Les directions générales (agence et établissements) sont favorables au projet. Elles assurent leur soutien et contribuent activement à la mise en œuvre et au suivi du projet.
- ☒ Un mandat clair présentant les objectifs du projet est diffusé aux équipes par les directions générales (agence et établissements).
- ☒ Le chargé de projet identifié a les compétences et la disponibilité nécessaires pour exercer son rôle. Il maîtrise les méthodes et les outils de gestion de projet.
- ☒ Les professionnels (agence et établissements) et les secteurs d'activité concernés par le projet sont identifiés et les modalités assurant la collaboration sont définies. Des comités de travail sont mis en place.

2. Révision des processus de travail

La mise à niveau d'une unité d'endoscopie suppose qu'à terme l'établissement aura mis en place des processus de travail efficaces lui permettant d'assurer des services accessibles et de qualité liés à la coloscopie et aux secteurs associés. L'ensemble des normes et des critères cliniques ou organisationnels de même que les processus qui doivent être respectés sont détaillées dans les chapitres qui suivent.

Le chapitre 2 présente les domaines d'intervention relatifs à la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive (volet coloscopie), la trajectoire optimale des personnes qui requièrent un examen de coloscopie ainsi que les grilles d'évaluation élaborées pour soutenir cette analyse.

2.1 DOMAINES D'INTERVENTION POUR LA MISE À NIVEAU ET L'ATTEINTE DU MODÈLE OPTIMAL

La figure 1 présente les domaines d'intervention à évaluer lors de la mise à niveau des unités d'endoscopie, soit le médecin référent, le guichet d'accès, l'unité d'endoscopie, le laboratoire (pathologie) et la chirurgie. Pour atteindre le modèle optimal en coloscopie, les critères et les normes qui sont associés aux domaines d'intervention doivent être satisfaits.

Dès le début du projet, l'établissement doit réviser et dresser le portrait de son fonctionnement actuel en coloscopie, puis préciser la cartographie des processus de travail, et ce, à partir de la réception de la requête jusqu'à la réalisation de l'examen de coloscopie et la référence en chirurgie oncologique. La figure 2 illustre la trajectoire optimale visée lors d'une référence en coloscopie.

2.2 GRILLES D'ÉVALUATION

Pour soutenir la démarche de révision des processus, trois grilles d'évaluation ont été élaborées et sont décrites aux annexes 3, 4 et 5. Ces grilles reprennent l'ensemble des normes et des critères à respecter et portent sur les aspects suivants :

- Normes de gestion de l'accès en coloscopie (annexe 3);
- Normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (annexe 4);
- Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie (annexe 5).

L'utilisation de ces grilles permet d'identifier les aspects à améliorer et d'élaborer un plan d'action détaillé sur douze mois afin de corriger les écarts identifiés. Ce plan doit préciser l'ensemble des livrables (résultats visés) et les mesures prévues pour corriger les écarts et pour atteindre les résultats visés, les responsables et les collaborateurs, les ressources humaines et financières requises, les échéanciers et les indicateurs de résultats. Si les résultats visés ne sont pas atteints dans les douze mois suivant le début du projet, un délai supplémentaire pourra être alloué par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en concertation avec l'agence. Un plan de redressement sera alors exigé pour assurer l'atteinte des cibles du projet. L'annexe 6 présente un exemple de gabarit de plan d'action pour mettre à niveau les unités d'endoscopie digestive.

Soulignons que la grille d'évaluation de l'aménagement et du retraitement des dispositifs médicaux comprend un tableau permettant d'indiquer les déficiences cliniques et immobilières prioritaires tenant compte des niveaux de risques pour la santé et la sécurité de la clientèle ou du personnel. Les déficiences présentant de grands risques doivent être corrigées en priorité.

Figure 1 – Domaines d'intervention pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive (volet coloscopie) et l'atteinte du modèle optimal

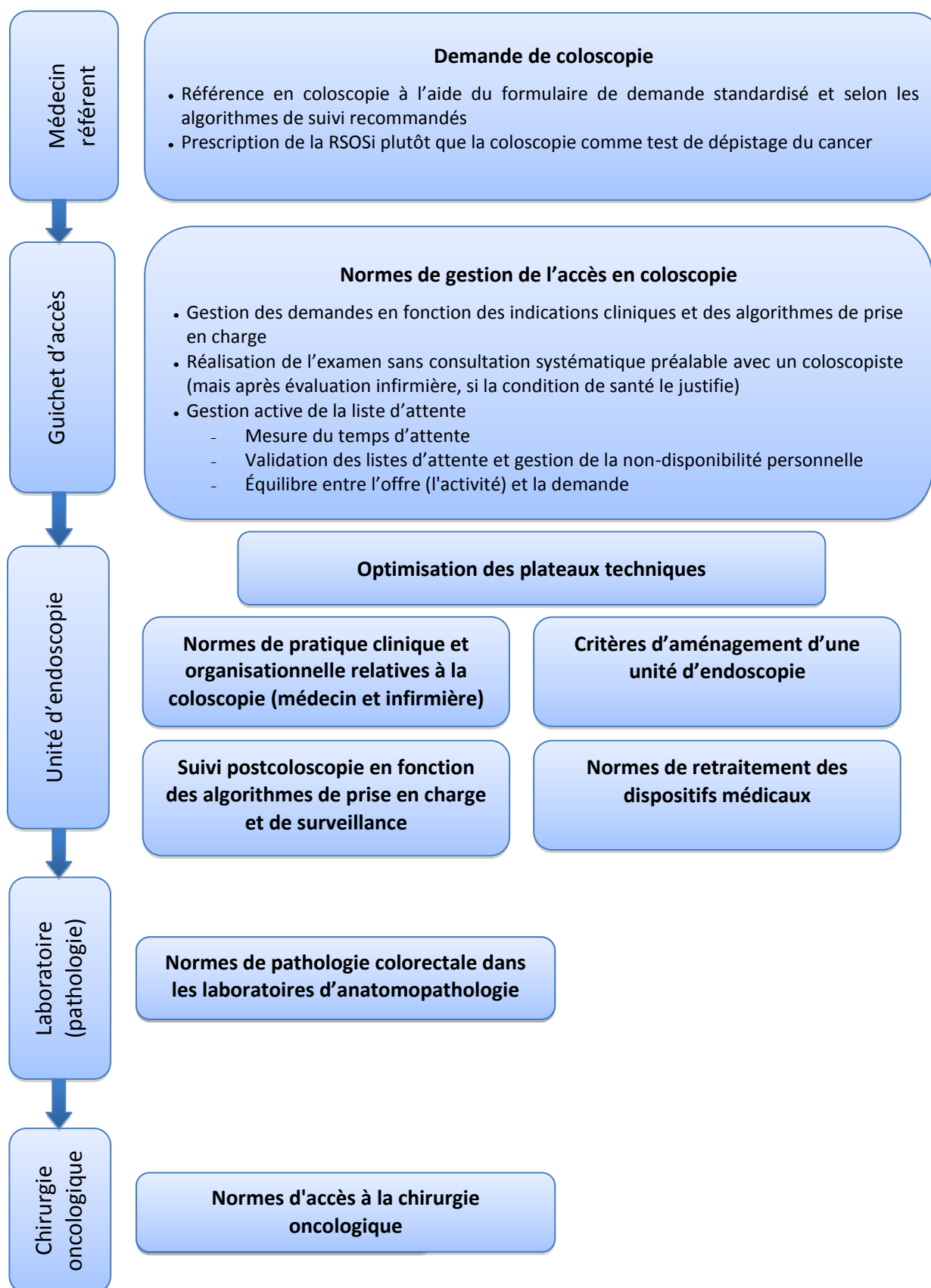
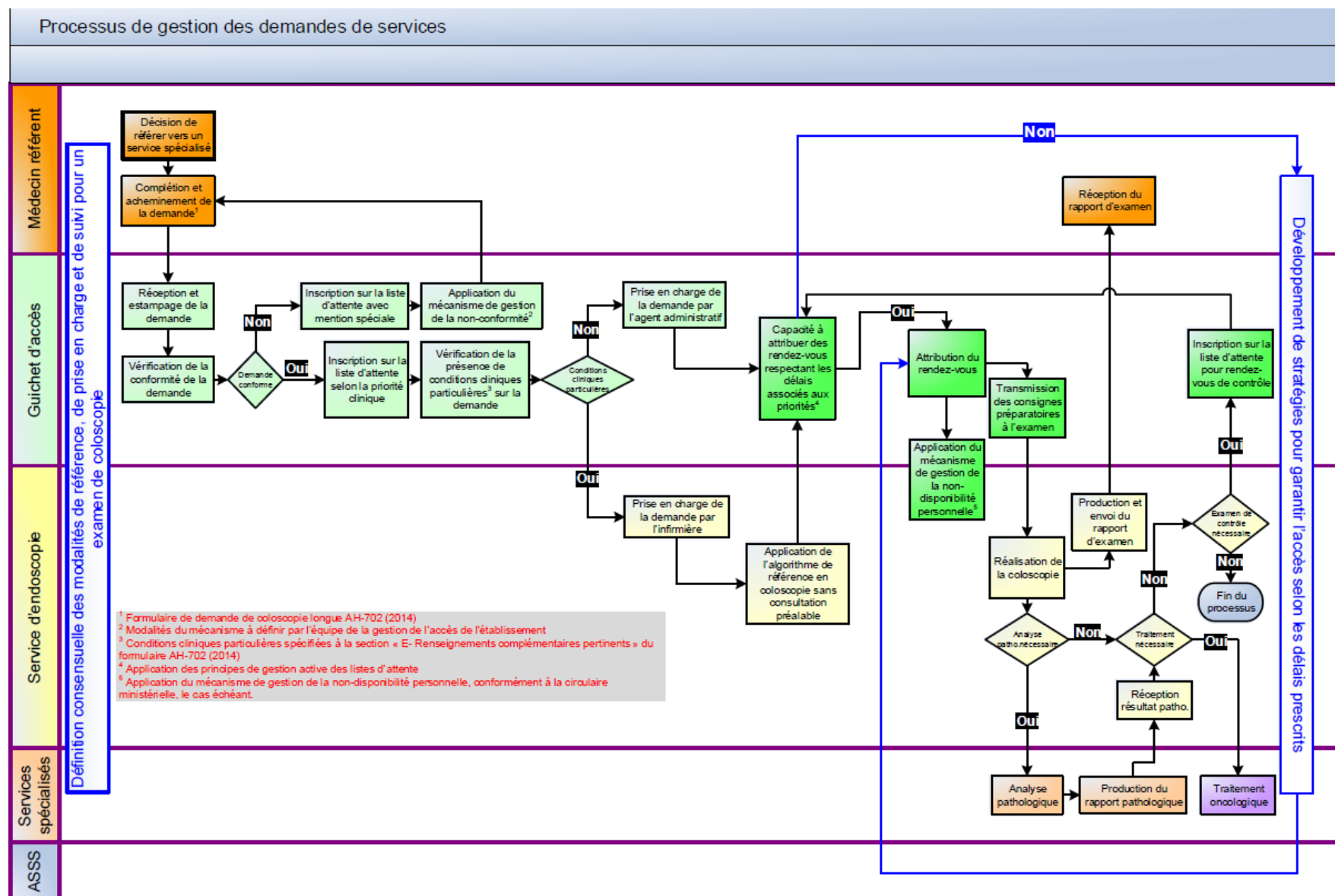


Figure 2 - Trajectoire optimale visée pour une référence en coloscopie

(figure adaptée du *Guide de gestion accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques*, MSSS 2012)



Révision des processus de travail pour la mise à niveau de l'unité d'endoscopie digestive

Dès le début du projet, l'établissement doit réviser et dresser le portrait de son fonctionnement actuel en coloscopie :

- ☑ Réaliser la cartographie des processus en décrivant d'abord le fonctionnement actuel selon le cheminement idéal proposé.
- ☑ Compléter les grilles d'évaluation proposées pour dresser le portrait et identifier les écarts aux normes en tenant compte du cheminement idéal proposé.
- ☑ Développer un plan d'action pour corriger les écarts et pour atteindre les objectifs de qualité, d'accessibilité et d'optimisation dans les douze mois suivant le début du projet (un délai maximal de dix-huit mois pourrait être alloué).

3. Normes de gestion de l'accès à la coloscopie

Le chapitre 3 présente les critères recommandés pour atteindre les normes relatives à la gestion de l'accès à la coloscopie. L'application de ces critères devrait permettre de gérer adéquatement les demandes de coloscopie en fonction des indications et des priorités cliniques et, par conséquent, de garantir l'accès à la coloscopie à toute personne qui requiert cet examen. Les unités d'endoscopie qui souhaitent mettre à niveau leurs services de coloscopie complètent, en collaboration avec leur agence, la grille d'évaluation sur la gestion de l'accès qui est fournie à l'annexe 3. Cette grille permet d'évaluer dans quelle mesure les critères à rencontrer en matière d'accès sont atteints, d'identifier les écarts et, le cas échéant, de corriger ces écarts à l'aide d'un plan d'action.

La section 3.1 de ce chapitre décrit le mécanisme de gestion de l'accès et la mesure du temps d'attente en coloscopie. Elle définit les bonnes pratiques entourant la gestion de la demande et des rendez-vous en coloscopie. Les sections 3.2 et 3.3 traitent de la gestion active de la liste d'attente par les processus de validation de la liste d'attente et d'adéquation entre l'offre et la demande de coloscopie. La section 3.4 précise les rôles et les responsabilités des acteurs et des instances concernées par la gestion de l'accès alors que les sections 3.5 et 3.6 décrivent les indicateurs d'accès qui feront l'objet d'un suivi régulier ainsi que les mécanismes d'assurance qualité à mettre en place en cas d'écarts aux normes d'accès.

Les normes et critères d'accès décrits dans ce chapitre s'appuient notamment sur le document *Guide de gestion accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques* (MSSS, 2012). Ce guide a été élaboré par un comité d'experts en gestion des rendez-vous mandaté par la Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales du MSSS. Bien qu'il ne soit pas spécifique aux services de coloscopie, ce guide traite du mécanisme d'accès, de la mesure de l'attente, de l'analyse de l'adéquation entre l'offre et la demande, de l'organisation optimale du travail, des rôles et responsabilités des acteurs concernés et des indicateurs de suivi de l'accès.

3.1 MÉCANISME DE GESTION DE L'ACCÈS ET MESURE DU TEMPS D'ATTENTE EN COLOSCOPIE

La présente section décrit les étapes permettant de calculer le temps d'attente en coloscopie selon le mécanisme de gestion de l'accès aux consultations et services diagnostiques défini dans le *Guide de gestion accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques* (MSSS, 2012). Ces étapes comprennent : la consultation médicale, l'acheminement de la demande standardisée de coloscopie, la réception et l'inscription de la requête, l'attribution d'une date de rendez-vous, la réalisation de l'examen et la transmission des résultats. Le tableau 1 présente les six étapes du mécanisme d'accès aux services spécialisés, appliqué à la coloscopie.

Tableau 1 - Étapes du mécanisme d'accès en coloscopie

Première étape - Consultation auprès d'un médecin et évaluation de la pertinence de la demande - Le médecin référent évalue la pertinence de référer en coloscopie à l'aide du formulaire de demande standardisé AH-702 (annexe 2) et des algorithmes de suivi recommandés. - Si indiqué, il prescrit le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) plutôt que la coloscopie comme test de dépistage du cancer colorectal.
Deuxième étape – Complétion et acheminement de la demande de coloscopie par le médecin référent - Un guichet d'accès unique est mis en place et les médecins référents savent où acheminer leur demande de coloscopie. - Le formulaire de demande de coloscopie (annexe 2) complété, signé et daté : - tient compte des indications cliniques et des algorithmes de suivi recommandés; - précise s'il y a des conditions médicales particulières et s'il s'agit d'un premier examen (primaire) ou d'un examen de contrôle (surveillance); - est acheminé par le médecin au guichet d'accès sans qu'il y ait une consultation préalable avec un coloscopiste (≥ 90 % des cas). - La requête est transmise par courrier, par télécopieur ou éventuellement de façon électronique (l'authentification par le code d'utilisateur et le mot de passe feront office de signature). Elle n'est pas remise à l'utilisateur.
Troisième étape - Réception et inscription de la demande de coloscopie - Le personnel responsable des rendez-vous qui reçoit la requête la traite sur réception, vérifie si tous les renseignements s'y trouvent, l'estampe et inscrit l'utilisateur immédiatement, et ce, même s'il manque des informations (délai maximum de traitement de la demande : 24 heures). - Des procédures sont prévues pour encadrer les demandes mal complétées ou transmises sur le mauvais formulaire (ex. : appel au médecin, retour de la requête). - La requête d'examen est inscrite sur la liste d'attente informatisée. Le système de gestion des rendez-vous doit être adapté pour capter séparément les indications cliniques présentées dans le formulaire : premier examen (priorités 1 à 5) et examen de contrôle (surveillance). - La date d'inscription de la requête sur la liste d'attente correspond à la date de réception de la requête par le guichet d'accès. La date de saisie de la requête s'inscrit automatiquement dans le système d'information. - Les agents administratifs et les infirmières ont reçu la formation pour inscrire les demandes et pour attribuer adéquatement les rendez-vous selon les indications et les priorités cliniques et l'algorithme de référence sans consultation préalable (figure 3). - Le dictionnaire de variables des données nécessaires à la gestion de l'accès est intégré dans le système de rendez-vous (annexe 3A : Dictionnaire des données : définition des variables requises pour le suivi de l'accès en coloscopie). DÉBUT DU TEMPS D'ATTENTE ET HORS DÉLAIS : PREMIER EXAMEN - Pour un premier examen, le temps d'attente commence lorsque la requête est reçue et estampée (jour 0 de l'attente). - La requête est hors délais à partir du moment où le temps associé à la priorité médicale est écoulé. Cependant, chaque jour de non-disponibilité de l'utilisateur repousse la date d'échéance d'une journée. Notons que les données au sujet des usagers non disponibles doivent faire l'objet d'une mention spéciale dans le système de gestion des rendez-vous pour ne pas fausser les données. DÉBUT DU TEMPS D'ATTENTE ET HORS DÉLAIS : RENDEZ-VOUS FUTURS 1) Examen de suivi actif - Un suivi actif signifie qu'un second examen de coloscopie doit être réalisé dans un court délai après la coloscopie en raison d'une situation inattendue (ex. : préparation colique inadéquate ou examen incomplet). Ce délai est ajustable selon le contexte. - Le jour 0 de l'attente commence dès la réception de la requête par le coloscopiste pour suivi actif. 2) Examen de contrôle (surveillance) - Un examen de contrôle, aussi appelé examen de surveillance, peut être réalisé plus d'un mois suivant l'examen de coloscopie et jusqu'à dix ans après selon l'indication clinique. La requête est inscrite dans le système d'information dès sa réception et la date cible de l'examen est identifiée (ex. : réception de la requête le 1^{er} avril et examen de contrôle dans six mois, donc date cible 1^{er} octobre). - Le temps d'attente est en mode pause (c'est-à-dire que l'utilisateur est inscrit sous un statut inactif) jusqu'à ce qu'il soit reprogrammé pour l'examen de contrôle. C'est à ce moment que le temps d'attente commence à être comptabilisé. La requête est considérée hors délais un mois après la date cible demandée (ex. : hors délais le 1^{er} novembre).
Quatrième étape - Attribution d'une date de rendez-vous - Une date de rendez-vous est attribuée à l'utilisateur quand une plage de rendez-vous est libre pour son examen en fonction de la priorité médicale et du rang qu'il occupe sur la liste d'attente. Les consignes pré-examen sont transmises (plusieurs modalités de communication peuvent être utilisées en complément aux consignes verbales : courrier électronique, courrier postal, messagerie vocale, site web et pharmacien communautaire). - Les nouvelles demandes entrantes d'examen primaire sont dirigées vers les médecins dont la disponibilité permet de respecter les délais (en <i>pool</i>). - Les modalités d'attribution des rendez-vous de contrôle (en <i>pool</i> ou non) doivent être définies avec l'équipe médicale. - Les rendez-vous sont attribués entre deux et quatre semaines avant la date de l'examen (objectif : atteindre un taux de présence de ≥ 95 % et éviter les appels de confirmation de rendez-vous). - Aucun rendez-vous pour une coloscopie de dépistage (priorité P5) n'est offert tant que des personnes symptomatiques ou à haut risque sont en attente d'une coloscopie. Le test de dépistage du cancer colorectal recommandé chez les personnes à risque moyen (P5) est la RSOSi. La coloscopie est réalisée en confirmation diagnostique à la suite d'un test positif de RSOSi.
Cinquième étape - Réalisation du service et transcription du résultat - L'utilisateur doit obtenir son examen à l'intérieur du délai prescrit selon la priorité indiquée au formulaire AH-702. - Le médecin produit un rapport d'examen conformément aux <i>Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie</i>, qui préconise un format synoptique structuré. La date de réalisation du service est inscrite au système de gestion des rendez-vous et le rapport daté est déposé au dossier de l'utilisateur.
Sixième étape - Transmission des résultats Le rapport indiquant le résultat de l'examen doit être acheminé au médecin référent dans les sept jours suivant la coloscopie. Une copie du rapport est déposée au dossier de l'utilisateur (correspondance expédiée).

3.1.1 Première étape : Consultation médicale pour évaluer la pertinence de prescrire une coloscopie

Comme présenté dans le tableau 1, la première étape du mécanisme de gestion de l'accès en coloscopie commence lors de la consultation médicale, quand le médecin décide de référer son usager en coloscopie.

3.1.1.1 Pertinence de prescrire un examen de coloscopie

L'examen de coloscopie permet de visualiser le côlon tout en offrant une approche diagnostique (biopsie) et thérapeutique (polypectomie). Parmi les indications à la coloscopie notons, à titre d'exemple, la rectorragie ou la surveillance clinique pour les personnes considérées à haut risque en raison d'une histoire familiale (cancer ou syndrome héréditaire) ou d'une histoire personnelle (maladie inflammatoire intestinale, polypes adénomateux, cancer colorectal).

Selon les données répertoriées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2008), la proportion de coloscopies non cliniquement pertinentes pourrait atteindre 27 %. Au Québec, des experts cliniques en coloscopie considèrent quant à eux qu'au moins 20 % des coloscopies actuellement réalisées pourraient être évitées en respectant les algorithmes de prise en charge et de surveillance en coloscopie et en utilisant le formulaire de demande de coloscopie recommandé.

Pour s'assurer de la pertinence de la coloscopie, il est obligatoire que le médecin réfèrent utilise le formulaire standardisé AH-702 – *Demande de coloscopie longue* (annexe 2), élaboré par le Groupe de travail sur les normes de pratique clinique en coloscopie. Il a fait l'objet de nombreuses validations et a été conçu pour être rempli par les médecins. Ce formulaire comprend les indications cliniques et les priorités d'accès pour la coloscopie ainsi que tous les renseignements pertinents concernant l'état de santé de la personne devant être pris en compte lors de la préparation et de la réalisation de l'examen.

Puisque ce formulaire est indispensable au processus de priorisation par l'équipe de rendez-vous, les établissements doivent mettre en place les mesures nécessaires pour que tous les médecins l'utilisent systématiquement lorsqu'ils réfèrent une personne en coloscopie. Le taux d'utilisation du formulaire visé est $\geq 90\%$.

Ce formulaire et des algorithmes développés pour assurer la prise en charge et le suivi des personnes qui requièrent une coloscopie selon leur condition sont téléchargeables à l'adresse Internet suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr>.

3.1.1.2 Test de dépistage du cancer colorectal recommandé

Lors de l'évaluation médicale de l'usager, le médecin détermine, entre autres, si la prescription d'un test de dépistage du cancer colorectal est appropriée. Le test de dépistage recommandé pour les personnes asymptomatiques à risque moyen de cancer colorectal âgées de 50 à 74 ans est la recherche immunochimique de sang occulte dans les selles (RSOSi), répétée tous les deux ans et suivie de la coloscopie en confirmation diagnostique pour les personnes ayant une présence de sang dans les selles.

La RSOSi représente une nouvelle génération de tests pour dépister le cancer colorectal en remplacement du gäiac. Cette méthode est fondée sur la détection immunologique de l'hémoglobine humaine. Ses propriétés permettent de réduire le nombre d'échantillons fécaux, éliminent les restrictions alimentaires et médicamenteuses et attribuent une spécificité accrue aux saignements qui proviennent du côlon.

Lorsqu'utilisé dans une population à risque moyen de cancer colorectal, le test de RSOSi présente une sensibilité comparable au test au gâiac pour le cancer colorectal, mais une sensibilité accrue pour détecter les polypes avancés.

Bien que de nombreuses études aient démontré l'efficacité du test RSOSi, un nombre important de médecins prescrit la coloscopie comme examen de dépistage du cancer colorectal, ce qui a pour effet d'allonger les listes d'attente et d'induire des délais d'accès pour des coloscopies plus urgentes (usagers symptomatiques ou à haut risque). Aucun programme populationnel de dépistage du cancer colorectal n'utilise la coloscopie comme modalité de dépistage. Cet examen s'avère trop complexe, trop coûteux, son accès trop limité et le risque de complications sérieuses trop élevé pour qu'il soit retenu à cette fin. Soulignons également que l'Association canadienne de gastroentérologie ne recommande pas la coloscopie longue comme modalité de dépistage dans le cadre d'un programme de dépistage populationnel du cancer colorectal.

3.1.2 Deuxième étape : Complétion et acheminement de la demande de coloscopie par le médecin référent

À cette étape du mécanisme d'accès en coloscopie, le médecin prescrit une coloscopie à son usager après avoir convenu de la pertinence de cet examen. Il lui fournit alors les informations relatives à l'examen. Il complète toutes les sections du formulaire de demande de coloscopie (AH-702) en précisant s'il existe des conditions médicales particulières et s'il s'agit d'un premier examen ou d'un contrôle. Le formulaire doit être signé et daté. La requête doit ensuite être transmise au guichet d'accès par courrier, par télécopieur ou éventuellement par voie électronique (l'authentification par le code d'utilisateur et le mot de passe feront office de signature). Pour éviter l'engorgement des listes d'attente, le médecin référent doit transmettre lui-même la demande de coloscopie vers le guichet d'accès, évitant à l'usager de nombreuses démarches ainsi que l'inscription sur plusieurs listes à la fois.

Pour faciliter la prise en charge rapide des demandes de coloscopie, il est recommandé de déterminer un lieu unique de réception des formulaires de demande de coloscopie et de sensibiliser les médecins référents afin qu'ils transmettent eux-mêmes les requêtes à un seul endroit, soit le guichet d'accès unique. L'orientation privilégiée par le MSSS est que chaque région développe un guichet d'accès régional ou sous-régional². Ce guichet devrait desservir plusieurs établissements ou installations dans une perspective d'organisation régionale de gestion de l'accès en coloscopie, indépendamment du lieu physique où il a été implanté. À titre d'exemple, le site de démonstration du CHU de Québec a mis en place un modèle de guichet d'accès sous-régional. Au terme de ce projet, des gains d'efficacité ont été observés notamment grâce au partage des plateaux techniques et des ressources. Ce site a pu équilibrer son offre en fonction de la demande en coloscopie et est maintenant en mesure de répondre à la cible du MSSS au regard des délais d'attente en coloscopie (moins de 10 % des personnes sont hors délais selon les indications cliniques et les priorités d'accès). Par ailleurs, ce projet a permis d'harmoniser les pratiques cliniques et d'améliorer la prise en charge des usagers de la région, et ce, tout en respectant les territoires de desserte des établissements.

Soulignons que des assises légales doivent être prises en compte lors de la mise en place d'un guichet d'accès régional ou sous-régional. Par exemple :

² Le MSSS recommande l'implantation d'un guichet d'accès provincial qui allouera les rendez-vous selon la disponibilité dans les différentes unités de coloscopie en proximité du lieu de résidence de l'usager, pour toutes les unités de coloscopie. En transition vers ce guichet d'accès provincial, la mise en place de guichets d'accès régionaux et sous-régionaux est recommandée.

- En vertu de l'article 64 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, un établissement peut mandater un tiers pour colliger les renseignements des usagers et leur attribuer des rendez-vous. Dans ce cas, il devra d'abord y avoir une entente écrite entre les deux parties et cette dernière devra être transmise à la Commission d'accès à l'information trente jours avant sa mise en application.
- Plusieurs des renseignements échangés sont personnels et confidentiels. Toutefois, comme c'est l'utilisateur lui-même ou son représentant qui communique ces renseignements, implicitement l'utilisateur donne son consentement à cet échange d'information.
- Avant de transmettre à la place d'un usager une requête à un guichet pour des services en médecine spécialisée ou surspécialisée, le médecin doit s'assurer que l'utilisateur y consent, comme prévu aux articles 13 et 14 de la Loi sur la protection des renseignements dans le secteur privé. Le consentement implicite est suffisant.
- Le guichet doit informer l'utilisateur s'il doit appeler le médecin pour préciser certaines informations.
- Lorsque l'utilisateur est en communication avec un guichet pour fixer son rendez-vous, il doit pouvoir, en vertu de l'article 6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), choisir le professionnel ou l'établissement duquel il désire recevoir des services.

De plus, le mécanisme proposé à la figure 3 doit être implanté afin que les personnes qui requièrent une coloscopie puissent accéder à cet examen sans qu'il y ait une consultation préalable systématique avec un coloscopiste. Cela suppose la disponibilité d'une infirmière ayant les qualifications et la formation requises, disposant des outils entérinés (ex. : algorithme, questionnaire) par les directions concernées et travaillant en étroite collaboration avec les agents administratifs et les coloscopistes.

Un plan de communication doit être élaboré par le ou les établissements, en collaboration avec l'agence, pour sensibiliser et informer les médecins référents au sujet des procédures retenues pour gérer l'accès à la coloscopie. Parmi le contenu à intégrer dans le plan de communication, notons l'information au sujet :

- du guichet d'accès où ils doivent transmettre leur demande de coloscopie;
- de l'importance d'utiliser le formulaire de demande de coloscopie standardisé AH-702 et de bien le remplir;
- du test recommandé pour dépister le cancer colorectal, la RSOSi, et de l'information voulant que les coloscopies de dépistage ne soient pas priorisées par le guichet d'accès en coloscopie;
- de la proposition qui pourrait être faite à leur usager par l'unité de coloscopie de passer un test de RSOSi à la place d'une coloscopie dans le cas où des coloscopies de dépistage se sont accumulées sur la liste d'attente, prenant la place de coloscopies réellement indiquées (ex. : indication de rectorragie).

Ce plan de communication nécessite la concertation des agences et des établissements puisque des interventions doivent être faites à plusieurs niveaux, notamment auprès des médecins du territoire et des tables médicales régionales et locales. L'annexe 8 présente en exemple une lettre, facilement adaptable, élaborée à l'intention des médecins référents.

Bien que le formulaire de demande de coloscopie ait été adapté pour encourager la prescription de la RSOSi comme test de dépistage du cancer colorectal, il est possible que des médecins référents continuent à prescrire une coloscopie de dépistage à leur usager sans au préalable avoir offert le test alternatif. Dans un tel contexte, des mesures particulières sont à prévoir pour encourager l'application des bonnes pratiques. Ces médecins doivent être sensibilisés au fait que la RSOSi, un test de dépistage tout aussi approprié, est disponible et peut contribuer à accélérer leur demande. De plus, s'ils ne complètent

pas adéquatement leur demande ou s'ils ne réfèrent pas au bon endroit, un appel peut leur être fait ou une lettre explicative peut leur être acheminée à ce sujet, avec la collaboration des coloscopistes.

3.1.3 Troisième étape : Réception et inscription des demandes de coloscopie

La présente section porte sur l'étape 3 du mécanisme d'accès en coloscopie. Il s'agit des modalités à suivre lors de la réception et de l'inscription des demandes de coloscopie sur une liste d'attente. Le mécanisme permettant aux établissements d'assurer l'accès direct à l'examen de coloscopie sans consultation préalable est également décrit à la figure 3.

Dans certaines régions du Québec, le médecin référent transmet son formulaire de demande de coloscopie à un spécialiste (gastro-entérologue, chirurgien, interniste) pour obtenir une consultation préalable. Cette pratique n'est pas recommandée dans tous les cas puisqu'elle prolonge le délai d'accès en coloscopie. Basé sur l'expérience des sites de démonstration, seulement $\leq 10\%$ des usagers présenteraient des conditions médicales particulières nécessitant une consultation préalable avec un coloscopiste. Considérant cela, il est possible de mettre en place des modalités permettant d'éviter une consultation systématique en coloscopie, comme le démontre l'algorithme de la figure 3.

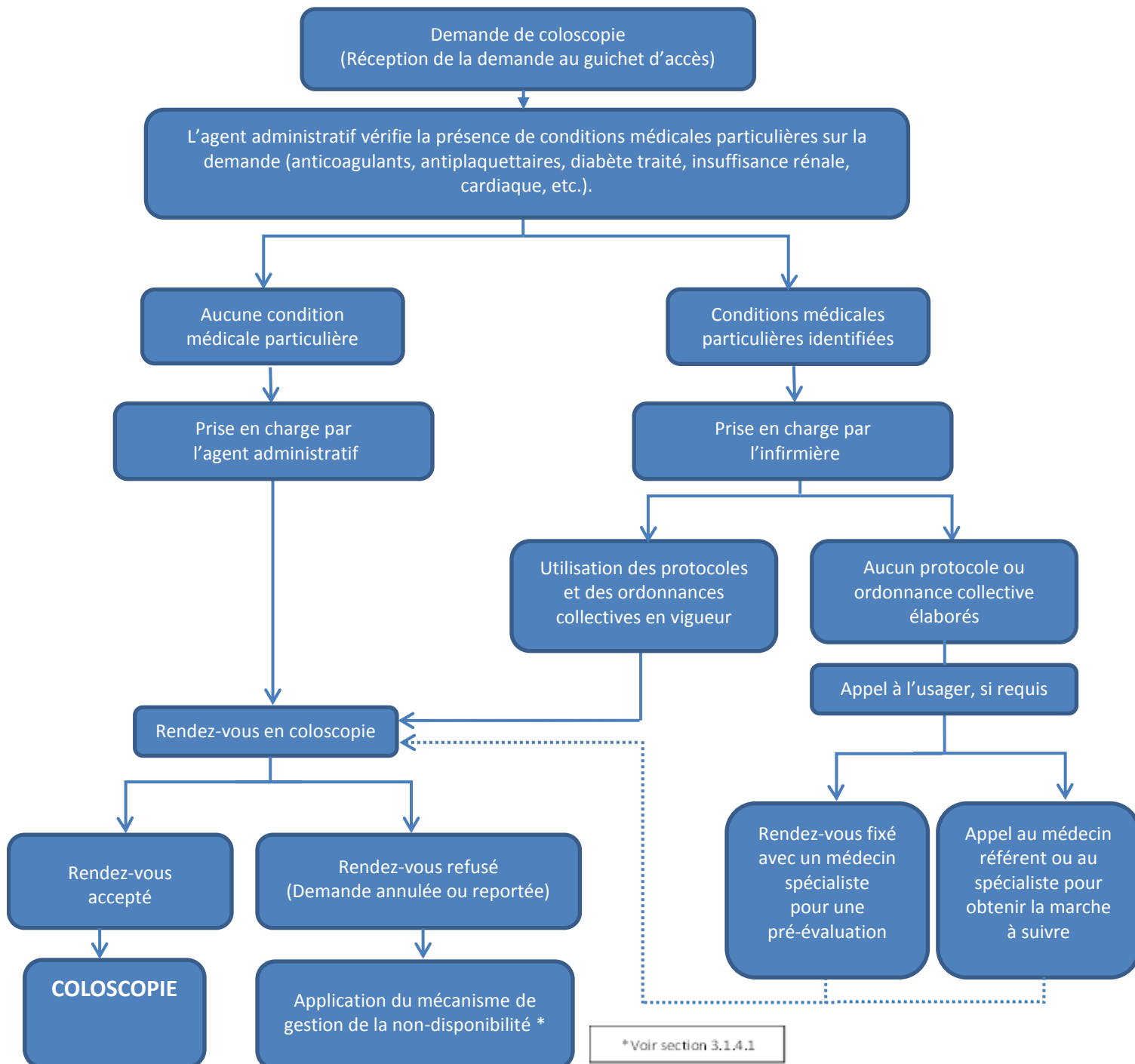
Les modalités suivantes sont recommandées lors de la réception et de l'inscription d'une demande de coloscopie :

- A. Lors de la réception de la demande de coloscopie, le personnel du guichet d'accès vérifie si tous les renseignements s'y trouvent, l'estampe et inscrit l'utilisateur immédiatement en liste d'attente même s'il manque des informations. Le processus d'évaluation et de priorisation doit être réalisé idéalement à la réception de la requête et, au plus tard, dans les vingt-quatre heures suivant la date de réception d'une requête afin de pouvoir cibler rapidement les cas les plus urgents. Notons que la date d'inscription de la requête sur la liste d'attente correspond à la date de réception de la requête par le guichet d'accès et que la date de saisie de la requête doit s'inscrire automatiquement dans le système d'information. Toute requête est numérisée et déposée au dossier électronique de l'utilisateur aux fins de la gestion active de la liste d'attente.
- B. Lorsque le formulaire est complet et ne fait état d'aucune condition médicale particulière chez la personne, la demande est inscrite sur la liste d'attente informatisée selon les indications et les priorités cliniques présentées dans le formulaire. Lorsque la demande fait état de conditions particulières (anticoagulothérapie, diabète, insuffisance rénale, etc.), la demande est inscrite sur la liste d'attente avec mention particulière et elle est transmise à l'infirmière qui la prend en charge, en respectant la procédure prévue à l'algorithme de référence en coloscopie sans consultation préalable (figure 3). Lorsque requis, cette dernière appelle l'utilisateur afin d'évaluer sa condition clinique. Elle utilise alors un outil d'évaluation et d'intervention téléphonique ayant été validé par l'équipe médicale et dont un exemple est présenté en annexe 9. Si l'examen peut être réalisé sans consultation préalable, le rendez-vous est planifié. Dans le cas contraire, le médecin référent est consulté pour obtenir des précisions sur la conduite à tenir. Une consultation auprès d'un coloscopiste ou d'un autre spécialiste peut aussi être planifiée.
- C. Des procédures sont prévues pour encadrer les demandes mal complétées, transmises sur le mauvais formulaire ou au guichet d'accès inapproprié (ex. : appel ou retour de la requête au médecin référent). L'établissement doit être en mesure d'assurer le suivi des demandes retournées aux médecins afin d'éviter qu'elles ne soient oubliées. Pour ce faire, des notes de service sont rédigées pour chacun des motifs de retour de la demande. De plus, la demande est inscrite sur la liste d'attente avec une mention particulière (ex. : « en attente d'information, demande incomplète »). Le traitement sera complété et la priorité établie lors du retour de la demande. Les demandes en suspens doivent faire l'objet d'un suivi serré afin

d'obtenir un retour rapide du médecin référent. Lorsque les relances sont sans réponse, une intervention particulière doit être faite auprès des médecins. Ces procédures sont déterminées au cas par cas.

- D. Aucun rendez-vous pour une coloscopie de dépistage (priorité P5) n'est offert tant que des personnes symptomatiques ou à haut risque sont en attente d'une coloscopie. Le test de dépistage du cancer colorectal recommandé chez les personnes à risque moyen (P5) est la RSOSi. La coloscopie est réalisée en confirmation diagnostique à la suite d'un test positif de RSOSi.

Figure 3 - Algorithme de référence en coloscopie sans consultation préalable ³



³ Figure adaptée d'un document élaboré par le site de démonstration de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

3.1.3.1 Système de gestion des rendez-vous

L'inscription de toutes les requêtes en attente doit être centralisée dans un seul système d'information afin de permettre une gestion intégrée de l'accès entre les différents secteurs d'activité de l'établissement. De plus, toute information nécessaire à la gestion de l'accès doit être saisie dans le système d'information dans des champs associés à une table (contrairement à un champ commentaire) afin de garantir l'exploitation de l'information.

Le travail de collaboration avec un responsable informatique ou, éventuellement, avec le fournisseur de logiciel permet d'adapter le système de rendez-vous et d'obtenir une liste d'attente répartissant les personnes qui requièrent une coloscopie selon la priorité accordée à leur examen (P1 à P5; Contrôle). Ce système doit aussi distinguer les personnes en attente d'un premier examen de celles en attente d'un examen de contrôle. De plus, le système de rendez-vous doit être adapté pour tenir compte du dictionnaire de variables des données. Ces variables sont définies à l'annexe 3A, dans la grille d'évaluation des normes sur l'accès à la coloscopie. Les agents administratifs et les infirmières doivent recevoir la formation pour attribuer adéquatement les rendez-vous aux usagers selon les indications, les priorités cliniques et l'algorithme de référence sans consultation préalable (figure 3).

Les cibles suivantes sont à atteindre :

- 100 % des personnes inscrites sur la liste d'attente le sont en fonction de l'indication et des priorités cliniques figurant au formulaire de coloscopie longue (P1 à P5, Contrôle);
- ≥ 90 % des demandes de coloscopie reçues à l'unité d'endoscopie respectent les délais de prise en charge associés à l'indication et la priorité clinique (< 10 % des personnes sur la liste d'attente sont hors délais).

3.1.3.2 Mesure du temps d'attente

Comme résumé dans le tableau 1, plusieurs modalités sont requises pour pouvoir mesurer le temps d'attente en coloscopie. Tout d'abord, le médecin doit remplir le formulaire *Demande de coloscopie longue AH-702* (annexe 2). Ainsi, chaque demande est inscrite en fonction des indications et de la priorité à accorder à l'examen (P1 à P5) et selon qu'il s'agit d'un premier examen ou d'un contrôle.

Pour un **premier examen de coloscopie**, le temps d'attente commence lors de la réception de la requête (jour 0 de l'attente). La requête est hors délais à partir du moment où le temps associé à la priorité médicale est écoulé. Cependant, chaque jour de non-disponibilité de l'utilisateur repousse la date d'échéance d'une journée.

Pour un **examen de suivi actif**, soit lorsqu'un second examen de coloscopie doit être réalisé dans un court délai après la coloscopie en raison d'une situation inattendue (ex. : préparation colique inadéquate ou examen incomplet), le jour 0 de l'attente commence dès la réception de la requête pour suivi actif. Le délai d'un mois est ajustable selon le contexte.

Un **examen de contrôle**, aussi appelé examen de surveillance, peut être réalisé plus d'un mois suivant l'examen de coloscopie et jusqu'à dix ans après, selon l'indication clinique. La requête est inscrite dans le système d'information dès sa réception et la date cible de l'examen est identifiée (ex. : réception de la requête le 1^{er} avril et examen de contrôle dans six mois, donc 1^{er} octobre). Le temps d'attente est en mode pause (c'est-à-dire que l'utilisateur est inscrit sous un statut inactif) jusqu'à ce qu'il soit reprogrammé

pour l'examen de contrôle. C'est à ce moment que le temps d'attente commence à être comptabilisé. La requête est considérée hors délais un mois après la date cible demandée (ex. : hors délais le 1^{er} novembre).

3.1.4 Quatrième étape : Attribution d'une date de rendez-vous

Une date est attribuée et communiquée à l'utilisateur par le personnel du guichet d'accès à partir du moment où une plage de rendez-vous est libre pour son examen, et ce, en fonction de l'indication et la priorité clinique et du rang qu'elle occupe sur la liste d'attente. Il est à noter qu'il est de la responsabilité du guichet d'accès de donner le rendez-vous à l'utilisateur. Ce dernier ne doit pas avoir à faire de démarche pour l'obtenir.

La transmission adéquate des consignes données avant l'examen permet d'éviter des annulations de rendez-vous ou des examens incomplets en raison d'une mauvaise préparation des usagers. Quand le personnel du guichet d'accès communique avec l'utilisateur pour lui confirmer son rendez-vous, il lui résume les consignes préparatoires à son examen (ex. : diète à respecter, préparation colique à compléter, lieu pour se procurer la préparation), puis il le guide vers les sources d'informations complémentaires mises à sa disposition pour obtenir des précisions à ce sujet (courrier électronique, courrier postal, messagerie vocale, Internet et pharmacien communautaire). Par ailleurs, le personnel du guichet d'accès avise l'utilisateur des modalités d'application de la circulaire de gestion de la non-disponibilité personnelle concernant le refus d'une date de rendez-vous ou l'absence à un examen.

Le processus optimal de prise de rendez-vous implique les mesures suivantes :

- La diffusion de l'horaire des médecins au moins trois mois à l'avance;
- La planification des rendez-vous en fonction du délai d'attente, du type de rendez-vous, de l'indication et de la priorité clinique;
- L'attribution des rendez-vous de deux à quatre semaines à l'avance afin d'atteindre un taux de présence de 95 % et d'éviter de faire d'autres appels pour confirmer les rendez-vous;
- L'application de modalités de gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur;
- L'élaboration d'une procédure avisant les gestionnaires responsables du mécanisme d'accès lorsque les dates cibles des examens ou les priorités médicales ne seront pas respectées;
- Pour les demandes d'examen primaire, l'attribution des rendez-vous aux médecins dont la disponibilité permet de respecter le délai d'accès selon la priorité (en *pool*);
- Pour les examens de contrôle, la définition de modalités d'attribution des rendez-vous (en *pool* ou non) en accord avec l'équipe médicale.

Soulignons que les plages de rendez-vous doivent être réparties en fonction de l'indication et de la priorité clinique de l'utilisateur et non pas en fonction de sa provenance (clinique préopératoire, unité de soins, etc.). La réservation de plages par secteurs n'est pas une pratique recommandée.

La gestion des heures de présence et la préparation des horaires pour un groupe de médecins sont des responsabilités qui incombent aux *leaders* clinico-administratifs du département. L'établissement doit cependant mettre à la disposition des médecins des outils pouvant faciliter ce travail. De plus, cette démarche doit être encadrée par des règles qui précisent :

- le délai fixé pour le dépôt des horaires;
- le délai pour effectuer des changements;
- les raisons acceptées pour un changement;

- la répartition des présences entre les membres du groupe;
- la répartition équilibrée des présences sur toute la semaine (du lundi au vendredi) ou par demi-journée.

3.1.4.1 Gestion de la non-disponibilité des personnes inscrites sur la liste d'attente

Les personnes inscrites sur la liste d'attente peuvent ne pas être disponibles pour leur examen durant une période donnée. Les deux motifs suivants sont considérés :

- Non-disponibilité pour une raison médicale : l'état de santé de l'utilisateur ne lui permet pas de recevoir son examen (ex. : pneumonie, traitement de chimiothérapie).
- Non-disponibilité pour une raison personnelle, autre que médicale : l'utilisateur se rend non disponible à recevoir son examen durant un certain temps (ex. : vacances).

Dans ces deux cas, et selon les modalités prescrites, la mesure du temps d'attente peut être suspendue et la mention de non-disponibilité doit être inscrite dans le logiciel de rendez-vous. Les établissements doivent assurer les services dans les délais requis, mais ils ne sont pas imputables des délais pour lesquels ils n'ont pas d'influence. Il en va de même lorsque l'utilisateur demande de reporter son rendez-vous afin de rencontrer un médecin particulier qui n'aurait pas la disponibilité permettant de respecter le délai d'accès selon la priorité.

La circulaire *Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé* (MSSS, 2009) précise les règles applicables dans les cas suivants :

- Périodes de non-disponibilité personnelle d'un utilisateur;
- Report et refus d'une date d'intervention ou d'examen;
- Incapacité à joindre l'utilisateur;
- Utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous.

Les modalités précises d'application de cette circulaire doivent être définies par les établissements et entérinées par les instances administratives de l'établissement. L'annexe 7 présente un exemple de procédure implantée dans le cadre du projet de démonstration du Centre hospitalier universitaire de Québec.

3.1.5 Cinquième étape : Service réalisé et transcrit

Dès que l'utilisateur obtient sa coloscopie, la date de réalisation de l'examen est inscrite au système de gestion de rendez-vous. Le médecin indique et date ses observations dans un système informatique, sur un formulaire papier ou par dictée, et ce, tout de suite après la réalisation de la coloscopie. Ce rapport est déposé au dossier de l'utilisateur.

Un progiciel informatique soutenant la saisie et l'harmonisation du contenu du rapport de coloscopie est recommandé.

3.1.6 Sixième étape : Transmission des résultats

Le rapport de consultation doit être acheminé au médecin référent dans les sept jours suivant la réalisation de l'examen de coloscopie. Ce rapport, qui est daté, est déposé au dossier de l'utilisateur (correspondance expédiée).

En résumé, le mécanisme de gestion de l'accès comprend les six étapes décrites dans la section 3.1. Soulignons que ces étapes font partie de la trajectoire optimale lors d'une consultation spécialisée, présentée à la figure 2. Cette trajectoire commence par la transmission d'une demande d'examen à l'unité d'endoscopie et se termine par la transmission des résultats au médecin référent et par les consignes de suivi aux usagers.

3.2 VALIDATION DES LISTES D'ATTENTE EN COLOSCOPIE

La présente section explique comment gérer la liste d'attente de façon active en effectuant une validation clinique et administrative des dossiers.

La validation des listes d'attente consiste à revoir chacune des demandes de coloscopie pour vérifier si les usagers qui y sont déjà inscrits requièrent toujours leur examen. Ce processus permet d'obtenir un portrait juste de la demande et ainsi fixer les modalités permettant d'ajuster l'offre de service en fonction de la capacité de production et de la demande, le cas échéant. Il existe deux types de validation, soit administrative et clinique. Ces deux processus sont complémentaires. La validation administrative sert à établir si la demande est toujours active et si l'utilisateur est disponible alors que la validation clinique sert à vérifier si la condition de l'utilisateur a changé depuis la demande initiale et, ainsi, à remettre en question l'indication de l'examen en fonction de l'évolution clinique.

Un *Guide de validation des listes d'attente pour un examen primaire de coloscopie longue* (MSSS) a été développé pour encadrer et soutenir les établissements qui souhaitent procéder à cet exercice de validation des requêtes d'utilisateurs inscrits en liste d'attente pour un examen primaire de coloscopie. Ce guide inclut les préalables au démarrage du projet et les algorithmes synthétisant les actions à réaliser lors de la validation clinique et administrative des personnes en attente d'un examen de coloscopie. La méthodologie décrit les modalités permettant de spécifier la priorité concordante à l'indication clinique et à la condition de santé de l'utilisateur. Elle détaille également les modalités permettant de proposer aux personnes à risque moyen qui y sont admissibles (P5), et déjà inscrites en liste d'attente, le test de RSOSi en remplacement de la coloscopie de dépistage. Ce guide se veut une proposition de méthodologie. Un établissement pourrait choisir de développer ses propres modalités de validation des listes d'attente, mais il devrait s'assurer de garantir la sécurité des usagers, de respecter les algorithmes de prise en charge en fonction du risque et de la condition de santé et de se conformer aux exigences médico-légales.

3.3 ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

La présente section porte sur l'analyse du portrait entre l'offre et la demande en coloscopie et suggère des stratégies pour parvenir à l'équilibre entre ces paramètres. Une telle adéquation constitue la finalité attendue pour assurer l'accès aux services dans les délais indiqués.

3.3.1 Analyse de l'adéquation entre l'offre et la demande

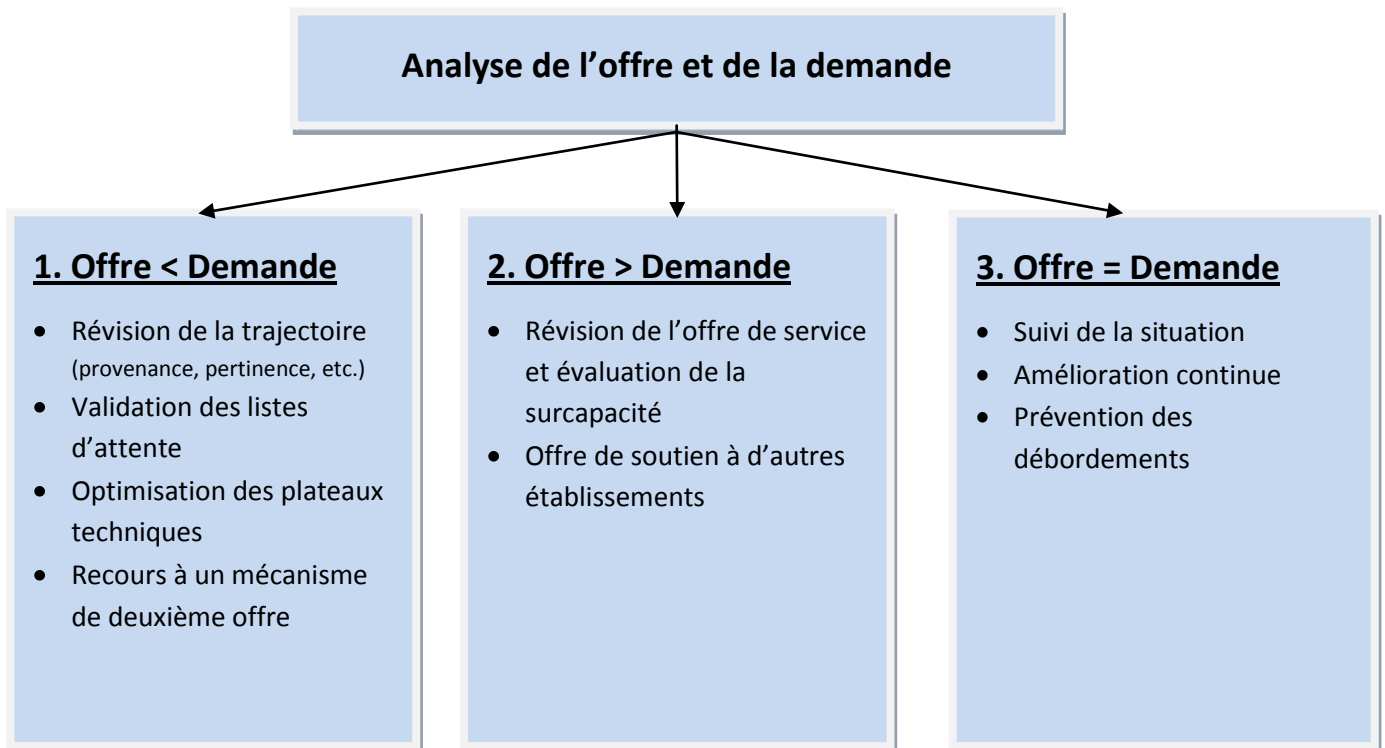
Il faut considérer quatre paramètres importants lors de l'analyse de l'équilibre entre l'offre et la demande de coloscopie, soit :

- L'offre (l'activité) : représente le nombre d'examens pouvant être réalisés par l'unité d'endoscopie en tenant compte des contraintes (ex. : horaires, autres demandes à prioriser en endoscopie, etc.);

- La demande : représente toutes les demandes de coloscopie transmises au guichet d'accès, incluant les requêtes provenant de l'urgence et des autres unités (usagers hospitalisés) et les contrôles à réaliser;
- La capacité : signifie l'offre ou l'activité maximale de services en coloscopie pouvant être offerte par une unité d'endoscopie (après l'optimisation des processus);
- Le nombre de demandes en retard (demandes hors délais) : représente les demandes sur la liste d'attente ayant dépassé le délai prévu par rapport aux indications et aux priorités cliniques.

Pour soutenir l'analyse de l'adéquation, un outil de collecte de données est proposé à l'annexe 10. Selon le portrait ainsi établi, il est possible que l'offre de service en coloscopie soit **inférieure, supérieure ou égale** à la demande, comme illustré à la figure 4. Les principales actions proposées pour remédier à chacune de ces situations y sont également présentées.

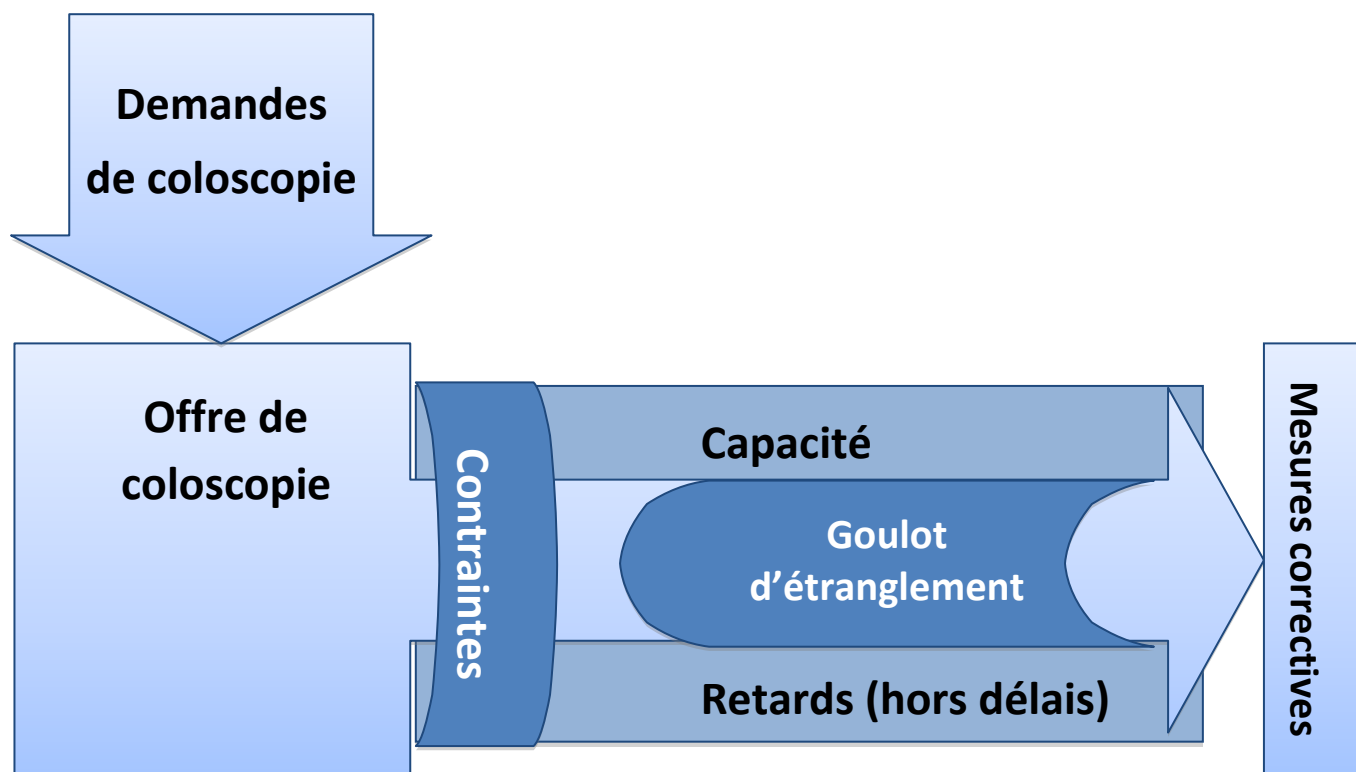
Figure 4 - Analyse de l'offre et de la demande : trois possibilités (MSSS, 2012)⁴



Parmi les trois situations exposées, la première est particulièrement préoccupante puisque l'offre de coloscopie est insuffisante pour répondre à la demande et que l'accès y est compromis. Comme l'illustre la figure 5, des demandes non réalisées dans les délais visés s'accumulent sur la liste d'attente, car elles ne peuvent être traitées en temps opportun et il se crée alors un goulot d'étranglement. Pour être efficiente, l'unité d'endoscopie doit avoir la capacité de faire face à la demande quotidienne avec assez de flexibilité pour composer avec de légères fluctuations pour ne pas générer de retard.

⁴ Figure adaptée du *Guide de gestion accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques*, MSSS 2012.

Figure 5 – Paramètres à considérer lors de l'analyse de l'adéquation entre l'offre et la demande⁵



3.3.2 Actions pour rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de coloscopie

Dans le cas où l'offre de coloscopie est inférieure à la demande, des travaux doivent être entrepris pour atteindre un équilibre. Le tableau 2 résume les actions à poser, le cas échéant.

⁵ Figure adaptée de *Demand and Capacity – A Comprehensive Guide*, disponible sur le site *Institute for Innovation and Improvement* (2008), http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/demand_and_capacity_-_a_comprehensive_guide.html

Tableau 2 - Travaux requis pour équilibrer l'offre de coloscopie en fonction de la demande

1) Réviser la trajectoire de la demande de coloscopie
Réviser la trajectoire de la demande avec les acteurs concernés, puis analyser chacun des paramètres de la figure 5.
2) Dresser un portrait de la demande en coloscopie (utiliser l'outil de collecte des données en annexe 10) :
Documenter : - Le nombre de requêtes entrantes (ex : par semaine, par période, etc.);* - Le type de requêtes entrantes (ex : demandes urgentes, électives, usagers hospitalisés, priorité médicale); - Le taux d'utilisation du formulaire standardisé de demande de coloscopie longue AH-702; - La provenance des demandes (établissement, réseau local de services ou autres régions); - L'état de la liste d'attente : les personnes en attente selon les priorités et les indications cliniques et les contrôles (tenir compte de la validation des listes d'attente : personnes à prioriser à la suite de ce processus); - L'historique de la liste d'attente (les variations) pour pouvoir identifier des tendances et faire des projections. <i>* Spécifier si les demandes sont transmises à un guichet d'accès unique (dans un point de chute).</i>
3) Dresser un portrait de l'offre de coloscopie (utiliser l'outil de collecte des données en annexe 10) :
Documenter : - La production de coloscopies (ex : quotidienne, périodique, annuelle, etc.); - Le nombre de plages de rendez-vous prévues selon : - Les types de rendez-vous (premier examen, examen de contrôle, examen de suivi actif, etc.), - La répartition des plages horaires réservées par secteur (urgence, autres demandes d'endoscopie)*, - La répartition des plages horaires selon la priorité et l'indication clinique; - Les modalités d'attribution des rendez-vous (selon le médecin qui a la disponibilité la plus proche (en <i>pool</i>) ou autres); - Le délai entre les examens; - La fréquence d'annulation des rendez-vous et le taux de présence; - L'historique des coloscopies par type de rendez-vous, par priorité médicale et selon la provenance de la clientèle. <i>* La pratique de réserver des plages horaires en endoscopie pour le service d'urgence et les autres secteurs devrait être abandonnée.</i>
4) Analyser le portrait de l'offre et de la demande de coloscopie
Une fois le portrait défini, l'établissement doit analyser les causes du goulot d'étranglement et des problématiques d'accès persistantes.
5) Identifier des stratégies d'amélioration de la capacité et de l'accès par une gestion efficiente des plateaux techniques et des rendez-vous
- Réduire les demandes de coloscopie non pertinentes (ex. : validation des listes d'attente, analyse de la provenance, utilisation du formulaire de demande standardisé et des algorithmes de suivi, coloscopie sans consultation préalable avec un coloscopiste, offre de la RSOSi en remplacement de la coloscopie comme test de dépistage (voir les sections 3.1 et 3.2)). - Optimiser l'utilisation des plateaux techniques (mise en place d'un guichet d'accès régional ou sous-régional, optimisation des horaires et du taux d'utilisation des salles, synchronisation des tâches, etc.). - Optimiser l'aménagement physique de l'unité pour limiter les délais entre les examens (déplacements, pertes de temps). - Prévoir des modalités temporaires ou permanentes pour augmenter la capacité selon l'analyse du besoin : - Modifier les heures de travail ou ouvrir des salles inutilisées (pendant les heures régulières de travail); - Prévoir un <i>blitz</i> pour augmenter la capacité (en dehors des heures régulières de travail); - Mettre en place des corridors de service entre des établissements (ex. : 2^e offre : mesure temporaire de dernier recours); - Augmenter les ressources humaines et matérielles (si le déséquilibre entre l'offre et la demande persiste malgré l'optimisation).
6) Élaborer un plan de redressement
Élaborer un plan de redressement comprenant des stratégies d'amélioration de la capacité et de l'accès afin d'équilibrer l'offre en fonction de la demande en coloscopie.
7) Assurer le maintien de l'équilibre entre l'offre et la demande en coloscopie de façon continue
Suivre de façon continue et active la liste d'attente avec des outils appropriés de façon à prévenir les goulots d'étranglement et les retards sur la liste d'attente.

En plus des mesures proposées dans le tableau 2 pour optimiser l'utilisation des plateaux techniques, d'autres moyens peuvent être retenus pour améliorer la capacité de l'unité d'endoscopie digestive. Selon la firme spécialisée DSTP Conseil inc. (2011), impliquée dans le processus de révision et d'optimisation d'unités d'endoscopie, les mesures suivantes peuvent améliorer la performance :

- Recommander aux coloscopistes de réaliser une moyenne de douze coloscopies par jour dans chaque salle dédiée à cet examen. Ce nombre moyen tient compte de la diversité des types de procédures ou d'interventions (coloscopie urgente, retrait de polypes, biopsie, etc.) pouvant être réalisées lors d'une journée moyenne.
- Concentrer les examens de coloscopie en demi-journées afin de maximiser l'efficacité du coloscopiste et de son équipe.
- Réviser les horaires de travail des effectifs afin de commencer les activités un peu plus tôt ou de les terminer plus tard pour augmenter la production.
- Assurer le respect des horaires d'examen tout au long de la journée : commencer à l'heure et prévoir des moyens réduisant les absences à l'examen.
- Réduire au maximum les délais entre les examens par une organisation du travail efficiente assurant la synchronisation des tâches (fonctions exercées par le personnel approprié, trajectoire de l'usager, préparation des accessoires, aménagement physique, etc.).
- Viser un taux d'utilisation des salles de 90 % à 100 %. Ce pourcentage consacré aux procédures d'endoscopie digestive inclut les différentes activités entourant l'examen, soit le pré-nettoyage, le délai avant l'arrivée de l'usager dans la salle, le changement de literie, la préparation du dossier, etc. L'annexe 11 propose une grille d'évaluation de la capacité et de la productivité des salles d'endoscopie digestive, permettant ainsi d'en évaluer le taux d'utilisation. Pour les établissements dont les systèmes informatiques ne permettent pas de documenter ces informations, il est suggéré de procéder par audit.
- Favoriser la fluidité des activités et limiter les déplacements en révisant l'aménagement physique de l'unité. La salle de stérilisation doit idéalement faire partie de l'unité ou y être concomitante.

3.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS ET DES INSTANCES CONCERNÉS DANS LE SUIVI DE L'ACCÈS

Cette section décrit les rôles et responsabilités des acteurs et des instances concernés par la trajectoire idéale visée en coloscopie (figure 2) et est adaptée du *Guide de gestion accès aux services spécialisés et aux services diagnostiques* (MSSS, 2012). Les acteurs et instances concernés sont : le MSSS, l'agence, l'établissement, le guichet d'accès, le médecin référent, le médecin spécialiste, le professionnel de la santé et le personnel de bureau.

3.4.1 MSSS

Organisation responsable de :

- définir les orientations provinciales relatives à la gestion de l'accès en coloscopie et les transmettre aux agences et aux établissements;
- développer des normes et des indicateurs relatifs à la gestion de l'accès et soutenir leur implantation;
- veiller au respect des normes d'accès :
 - s'il y a des écarts aux normes d'accès, soutenir l'élaboration d'un plan de redressement ainsi que les négociations interrégionales pour la mise en place de corridors de services;
- générer et rendre disponibles les rapports provinciaux sur l'accès aux services, lorsque possible;

- assurer la mise en place d'outils informatiques permettant d'effectuer le suivi de l'accès et de la performance (N.B. : un dossier d'affaire ayant pour objectif de mesurer l'accès aux services spécialisés de façon standardisé, notamment l'endoscopie, est actuellement en attente d'approbation).
- établir le cadre de gestion du maintien et du renouvellement du parc d'équipements;
- veiller à la planification de la main-d'œuvre.

3.4.2 Agence de la santé et des services sociaux

Organisation régionale responsable de :

- coordonner et faire connaître l'offre de service régionale en coloscopie;
- diffuser les normes d'accès et les outils cliniques pouvant soutenir la gestion des demandes de coloscopie aux médecins référents et aux établissements de son territoire;
- soutenir l'optimisation des services de coloscopie sur le territoire;
- élaborer un plan régional d'amélioration de l'accès à la coloscopie;
- identifier un professionnel responsable du dossier de l'accès qui assurera un lien étroit avec le responsable du dossier cancer (projet intégré dans le plan d'action régional de cancérologie);
- coordonner la mise en place d'indicateurs de suivi de l'accès en coloscopie;
- veiller au respect des normes d'accès :
 - effectuer le suivi périodique des cibles d'accès et intervenir au besoin,
 - si les écarts aux normes d'accès persistent :
 - soutenir l'élaboration d'un plan de redressement ainsi que les négociations entre les établissements afin d'établir des corridors de services,
 - le cas échéant, définir avec les agences d'autres régions des corridors de service et collaborer au transfert interrégional d'usagers,
 - soutenir la mise en place d'un guichet d'accès unique ou de guichets d'accès sous-régionaux qui allouent les rendez-vous en coloscopie pour toutes les unités de la région offrant cet examen;
- informer le MSSS de tout problème relié à l'accès aux services de coloscopie sur son territoire;
- veiller à la mise en place d'outils informatiques permettant d'effectuer le suivi de l'accès;
- soutenir les établissements dans l'actualisation des plans locaux pour optimiser l'accès;
- élaborer un plan de redressement lorsque les délais d'accès ne sont pas respectés.

3.4.3 Établissement/Unité de coloscopie

Entité qui fournit des services aux usagers par l'entremise d'une équipe de spécialistes et dont les locaux abritent le plateau technique à cette fin. L'établissement est responsable de :

- diffuser les normes d'accès et les outils cliniques pouvant soutenir la gestion des demandes de coloscopie aux médecins référents;
- diffuser régulièrement l'état des listes d'attente aux médecins coloscopistes;
- réviser l'offre de service et les processus de travail afin de respecter les normes d'accès en coloscopie (validation des listes d'attente, révision de l'organisation du travail, etc.);
- élaborer un plan local d'amélioration de l'accès à la coloscopie;
- identifier un professionnel responsable du dossier de l'accès et un *leader* médical et clinico-administratif en coloscopie;

- assurer un lien étroit avec les *leaders* clinico-administratifs en cancérologie (projet intégré dans le plan d'action régional en cancer);
- coordonner la mise en place d'indicateurs de suivi de l'accès;
- effectuer le suivi hebdomadaire des cibles d'accès et intervenir au besoin;
- informer l'agence de tout problème pouvant compromettre l'accès aux services de coloscopie et lui fournir un plan de redressement visant à corriger la situation;
- adapter les outils informatiques afin d'effectuer le suivi de l'accès et de la performance;
- élaborer un plan de redressement lorsque les délais d'accès ne sont pas respectés et collaborer au transfert interétablissement ou interrégional des usagers;
- soumettre trimestriellement ses délais d'accès et de performance au conseil d'administration.

3.4.4 Guichet d'accès en coloscopie

Entité dont le personnel de bureau est regroupé en équipes spécialisées par domaine (imagerie, spécialité, examen) afin d'assurer la gestion de l'accès pour la clientèle visée et le cheminement des requêtes.

3.4.5 Médecin référent

Médecin de première ligne ou médecin spécialiste qui prend la décision de faire une requête de coloscopie et de la transmettre au guichet d'accès en endoscopie afin de diriger son usager en coloscopie selon l'indication et la priorité clinique. Ce dernier doit connaître l'offre de service des établissements de son territoire afin de diriger adéquatement l'utilisateur vers le guichet d'accès desservant son territoire.

3.4.6 Médecin spécialiste

Médecin coloscopiste (gastro-entérologue, chirurgien, interniste) qui participe :

- à la définition de l'offre de service en coloscopie de son établissement;
- à la mise en place de stratégies locales pour optimiser l'accès à la coloscopie (corridors de service, révision de l'organisation du travail, etc.).

3.4.7 Professionnel de la santé

Toute personne concernée par la prestation de services de santé, notamment les infirmières en endoscopie.

3.4.8 Personnel de bureau

Techniciens en administration, agents administratifs et secrétaires médicales qui assurent la planification et la coordination des disponibilités médicales, la planification des rendez-vous, la gestion de la liste d'attente, le suivi de la transcription, de la signature du rapport ainsi que de la transmission de celui-ci au médecin référent.

3.5 INDICATEURS D'ACCÈS EN COLOSCOPIE

L'annexe 10 précise les données relatives à la gestion de l'accès qui doivent faire l'objet d'un suivi régulier aux paliers local, régional et national. À ces indicateurs s'ajoutent les critères identifiés dans la grille d'évaluation de la gestion de l'accès en coloscopie (annexe 3). Ils sont regroupés sous les thèmes suivants : **A)** gestion de la demande en coloscopie; **B)** gestion des rendez-vous; **C)** gestion active de la liste

d'attente; **D)** système de rendez-vous et **E)** gouvernance et mécanismes d'assurance qualité en cas d'écarts aux normes recommandées.

3.6 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES D'ACCÈS

La grille d'évaluation de la gestion de l'accès en coloscopie présentée à l'annexe 3 indique les mécanismes d'assurance qualité à mettre en place afin d'évaluer dans quelle mesure les normes d'accès sont atteintes et d'agir afin de limiter les écarts, le cas échéant.

En cas d'écarts à ces normes organisationnelles d'accès, le premier niveau d'action se situe au sein de l'établissement auquel l'unité est rattachée et qui doit mettre en œuvre les mesures nécessaires pour corriger ces écarts.

Le deuxième niveau d'action concerne l'agence qui s'assure que les normes et les exigences organisationnelles sont respectées dans les unités d'endoscopie de sa région. Lorsque les délais d'accès ne sont pas respectés, l'agence élabore un plan de redressement avec le ou les établissements de sa région et met en place des mesures pour que les délais aux services de coloscopie soient respectés (corridors de services, deuxième ou troisième offre, transfert interrégional des usagers, guichet d'accès unique pour toutes les unités de la région, etc.).

Le troisième niveau d'action relève du MSSS. Il collabore avec les agences à l'élaboration du plan de redressement afin que les délais d'accès aux services de coloscopie soient respectés à l'échelle provinciale.



Le recours à la deuxième ou à la troisième offre en coloscopie dans le cas de problématiques d'accès doit être considéré comme une solution temporaire et non pas comme une stratégie permanente. Comme mentionné précédemment, le MSSS préconise la mise en place de guichets d'accès régionaux ou sous-régionaux pour assurer le maintien de l'équilibre entre l'offre et la demande en coloscopie au sein de chaque région.

Normes relatives à l'accès en coloscopie

Dès le début du projet, l'établissement doit réviser et dresser le portrait de son fonctionnement actuel et souhaité en coloscopie selon la trajectoire idéale présentée à la figure 2.

- ☒ La grille d'évaluation sur la gestion de l'accès doit être complétée afin d'identifier les écarts et guider l'élaboration du plan d'action (annexe 3).

Le mécanisme de gestion de l'accès en coloscopie comprend six étapes, dont la gestion des demandes. L'établissement doit faire en sorte que toutes les demandes de coloscopie soient :

- ☒ acheminées à un endroit unique, soit à un guichet régional ou sous-régional;
- ☒ transmises par les médecins référents en utilisant le formulaire AH-702 – *Demande de coloscopie longue*;
- ☒ complètes, c'est-à-dire qu'elles comprennent les informations nécessaires à la priorisation.

Pour ce faire, un plan de communication doit être rédigé à l'intention des médecins référents avec les partenaires concernés.

Il est recommandé de gérer de façon active la liste d'attente en coloscopie. Cela comprend :

- ☒ la validation active de ces listes, lorsqu'applicable (validation administrative et clinique);
- ☒ le maintien de l'équilibre entre l'offre et la demande en coloscopie en temps réel.

Rappel des cibles d'accès à atteindre par les unités d'endoscopie digestive :

- ☒ Les établissements s'engagent à compléter la grille d'évaluation en collaboration avec leur agence dans le but de produire un plan d'action.
- ☒ Taux d'utilisation du formulaire de demande de coloscopie $\geq 90 \%$.
- ☒ 100 % des personnes inscrites sur la liste d'attente le sont en fonction de l'indication et de la priorité clinique.
- ☒ $\geq 90 \%$ des demandes de coloscopie reçues à l'unité d'endoscopie respectent l'indication et la priorité clinique ($< 10 \%$ hors délais).
- ☒ $\geq 90 \%$ des coloscopies sont réalisées sans consultation préalable avec un coloscopiste.
- ☒ 100 % des personnes inscrites sur la liste d'attente pour une coloscopie de dépistage se sont fait proposer un test de RSOSi (mécanisme de validation des listes d'attente).
- ☒ 100 % des unités d'endoscopie ont équilibré leur offre en fonction de la demande en coloscopie (génèrent $< 10 \%$ de personnes hors délais sur la liste d'attente).

4. Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie

Le chapitre 4 présente les normes de pratique clinique relatives à la coloscopie qui ont été élaborées à l'intention des médecins coloscopistes ainsi que des infirmières et infirmières auxiliaires en coloscopie. Il traite également des mécanismes d'assurance qualité en cas d'écarts aux normes. Les grilles d'évaluation sur les normes organisationnelles et cliniques de l'annexe 4 sont complétées pour documenter la pratique des coloscopistes, des infirmières et des infirmières auxiliaires. Cela permet d'évaluer dans quelle mesure les critères à respecter en cette matière sont atteints, d'identifier les écarts et, le cas échéant, de les corriger à l'aide d'un plan d'action.

4.1 NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE RELATIVES À LA PRATIQUE DU COLOSCOPISTE

En 2010, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a adopté des critères de qualité en matière de coloscopie. Ces critères sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 – Critères de qualité du CMQ en matière de coloscopie

1.	La coloscopie doit permettre de visualiser et d'intuber le cæcum dans 85 % à 90 % des cas de coloscopies diagnostiques et dans 95 % des coloscopies de dépistage. La photographie des repères anatomiques du cæcum est requise comme élément de preuve à l'appui d'intubation cæcale.
2.	Le temps de retrait minimal moyen doit être de 6 minutes.
3.	Le taux de détection d'adénomes doit être de 25 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes lors de coloscopies de dépistage.
4.	Le taux de complication doit être égal ou inférieur à celui que l'on retrouve dans la littérature médicale, soit : • pour la perforation intestinale : < 1/1000 de tous les usagers et < 1/2000 lorsqu'il s'agit de coloscopies de dépistage; • pour les saignements post-polypectomie : il doit être inférieur à 1 %.
5.	Le coloscopiste doit pouvoir démontrer qu'il a participé à des activités de développement professionnel en continu dans le domaine de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique.
6.	Le coloscopiste doit maîtriser les techniques de sédation-analgésie et les procédures de réanimation.
7.	Le coloscopiste doit s'assurer du confort de l'usager pendant la procédure.
8.	Le coloscopiste doit être en mesure, pour ce qui est du diagnostic, de bien reconnaître les lésions visualisées et d'assurer le suivi et la prise en charge.
9.	Le coloscopiste doit être en mesure d'assurer le suivi s'il y a présence de polypes, en particulier d'évaluer et d'élaborer un plan d'examen subséquents selon les résultats endoscopiques et pathologiques.
10.	Le coloscopiste doit être en mesure, à la suite de l'examen, d'évaluer le risque familial et, le cas échéant, de faire les recommandations appropriées.

Dans le but d'atteindre un niveau de pratique optimal, le groupe de travail sur les normes de pratique clinique en coloscopie relevant de la Direction québécoise de cancérologie (DQC), présidé par le D^r Alan Barkun, a élaboré le document *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* (MSSS, 2014). Ces normes sont complémentaires au document du CMQ et les détaille afin de faciliter leur application et leur évaluation dans les établissements de santé.

Le tableau 4 présente une synthèse de ce document. Chaque norme est identifiée en fonction des cibles et des indicateurs associés. Il est à noter que la révision des normes sera réalisée périodiquement pour intégrer les avancées et données scientifiques probantes.

Le document complet peut être téléchargé à l'adresse Internet suivante :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr>

Tableau 4 – Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie

	NORMES CLINIQUES	CIBLES OU INDICATEURS	COMMENTAIRES
1.	Compétences en coloscopie : octroi des privilèges, formation et maintien des compétences des coloscopistes	100 % des coloscopistes doivent effectuer un minimum de 150 coloscopies par année.	Le seuil minimal de production annuelle exigé et les mécanismes d'application de cette norme seront mis à l'étude par le comité tripartite sur la pratique clinique en coloscopie.
2.	Compétences en coloscopie : normes cliniques dans le cadre du continuum de soins infirmiers en coloscopie	100 % des infirmières et des infirmières auxiliaires doivent se conformer aux lignes directrices relatives à la coloscopie publiées par l'OIIQ et compléter un formulaire d'évaluation et de surveillance pré, per et postcoloscopie, conforme à ces lignes directrices.	L'OIIQ a diffusé des lignes directrices visant à encadrer l'exercice infirmier en endoscopie digestive. Le document <i>Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte</i> , publié en septembre 2011, est disponible en ligne.
3.	Gestion des requêtes en coloscopie	Les délais d'accès sont respectés pour ≥ 90 % des requêtes en coloscopie. Toute justification du non-respect des délais d'accès doit être documentée. Le formulaire standardisé de requête de coloscopie doit être utilisé pour ≥ 90 % des demandes de coloscopie.	Le chapitre 3 du présent document s'attarde à la gestion des requêtes. Le formulaire de demande de coloscopie standardisé élaboré au niveau provincial facilite la priorisation.
4.	Préparation colique	Pour toutes les coloscopies effectuées : • documenter le type de préparation colique utilisé. Lorsqu'une deuxième coloscopie est requise : • documenter l'observance de l'utilisateur quant aux règles requises par la première préparation. Le choix de la préparation pour la deuxième coloscopie doit être justifié et documenté en fonction des difficultés éprouvées et documentées lors de la première coloscopie.	Des exemples de préparations coliques sont proposés.
5.	Qualité de la préparation intestinale	La qualité de la préparation intestinale est documentée dans le rapport de coloscopie, et ce, pour toutes les coloscopies. Les personnes qui subissent une coloscopie ont une préparation intestinale excellente ou bonne dans 90 % des cas.	
6.	Antibioprophylaxie	Aucune indication particulière concernant l'antibioprophylaxie précédant une coloscopie (avec ou sans polypectomie) n'est recommandée. Dans le cas des usagers ayant une cirrhose et étant admis pour un saignement du tractus gastro-intestinal, une antibioprophylaxie doit être donnée lors de l'admission à l'hôpital (et non juste au moment de la coloscopie).	

	NORMES CLINIQUES	CIBLES OU INDICATEURS	COMMENTAIRES
7.	Sédation-analgésie	Une sédation-analgésie est offerte à tous les usagers qui doivent subir une coloscopie. L'utilisation ou non d'une sédation-analgésie doit être documentée dans le rapport de coloscopie pour chaque coloscopie : • s'il y a utilisation d'une sédation-analgésie, l'évaluation et la surveillance pré, per et postcoloscopie doivent être documentées à l'aide du formulaire d'évaluation et de surveillance utilisé au sein des unités d'endoscopie. Le formulaire doit intégrer le contenu préparé par l'OIIQ et présenté dans le formulaire type en annexe 4A pour être conforme aux lignes directrices élaborées par l'OIIQ; • s'il n'y a pas de sédation-analgésie administrée à l'utilisateur, les raisons doivent être documentées dans le rapport de coloscopie.	Le CMQ révisé avec l'OIIQ et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) le document sur la sédation-analgésie. La publication des nouvelles lignes directrices est prévue pour 2015.
8.	Thérapie antithrombotique	Les modalités de prise en charge de l'utilisateur sous thérapie antithrombotique en vue d'une coloscopie doivent être documentées. La raison de tout écart aux exigences décrites ci-dessus doit être consignée au dossier de l'utilisateur par le coloscopiste.	L'algorithme de prise en charge des usagers sous thérapie antithrombotique est en révision.
9.	Intubation jusqu'au cæcum	La visualisation du cæcum avec l'identification de deux des trois points de repère identifiés (l'orifice appendiculaire, la valvule iléo-cæcale et la confluence des ténias) doit être documentée par photographie ou par enregistrement vidéo, et ce, pour toutes les procédures. Lorsqu'une coloscopie est incomplète, l'atteinte du point le plus proximal du côlon doit être documentée par photographie ou par enregistrement vidéo. Lorsqu'une coloscopie est incomplète, la raison de non visualisation du cæcum doit être documentée. Les coloscopistes doivent effectuer l'intubation jusqu'au cæcum dans : • ≥ 95 % des cas chez les adultes asymptomatiques (incluant les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi); • ≥ 90 % des cas pour tous les autres usagers (symptomatiques).	
10.	Temps de retrait	Le temps de retrait est documenté pour 100 % des coloscopies. Le temps de retrait du coloscope est d'au moins six minutes pour 90 % des coloscopies complètes, sans intervention.	Le temps de retrait minimum doit être respecté lors d'une coloscopie complète et sans intervention thérapeutique ou diagnostique (polypectomie, etc.).

	NORMES CLINIQUES	CIBLES OU INDICATEURS	COMMENTAIRES
11.	Réssection de polypes (polypectomie)	Détection de polypes La détection de chaque polype doit être documentée dans le rapport de coloscopie. ≥ 95 % des polypes détectés doivent être récupérés et envoyés en pathologie. Détection d'adénomes La détection d'adénomes doit être documentée en combinant les données extraites des rapports de coloscopie et de pathologie.	Un résumé des techniques est présenté.
12.	Événements cliniques significatifs liés à la coloscopie	Le taux de perforation doit être : • < 1/1000 pour toutes les coloscopies; • < 1/2000 pour les coloscopies effectuées chez les usagers asymptomatiques (incluant les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi); • < 1/500 pour les coloscopies avec polypectomie effectuées chez les usagers asymptomatiques (incluant les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi). Le taux d'hémorragie suivant une polypectomie doit être : • < 1/100; • peut atteindre jusqu'à 10 % pour les polypes de plus de 2 cm, particulièrement pour ceux situés dans le côlon proximal. Le taux de complications liées à la sédation doit être : • ≤ 1/100 pour les complications mineures liées à l'utilisation de sédation, c'est-à-dire : - utilisation d'antagonistes, - dépression cardiorespiratoire ou obstruction des voies respiratoires nécessitant une intervention non planifiée, - hypotension requérant une intervention; • < 1/300 pour les complications sérieuses, c'est-à-dire : complications cardiovasculaires liées à l'utilisation de la sédation nécessitant, par exemple, la ventilation ou l'intubation de l'utilisateur; • ≤ 1/1000 pour les arythmies cardiaques nécessitant une intervention; • ≤ 1/1000 pour les cas d'aspiration pulmonaire des résidus gastriques. Aucun décès attribuable à la coloscopie.	Un algorithme de suivi et de consignation des événements cliniques significatifs est présenté. Des tableaux résumant les données à colliger à la suite d'un saignement, d'une perforation ou de tout autre événement clinique significatif. Des travaux sont en cours pour déterminer les modalités de documentation et de suivi des événements cliniques significatifs.

	NORMES CLINIQUES	CIBLES OU INDICATEURS	COMMENTAIRES
13.	Rapport standardisé de coloscopie	95 % des coloscopies sont documentées à l'aide du rapport de coloscopie informatisé. 100 % des rapports de coloscopie respectent les normes relatives à la production d'un tel rapport.	Le contenu qui doit se retrouver dans le rapport standardisé est présenté.
14.	Prise en charge en fonction du risque et suivi clinique selon la condition	Les modalités de prise en charge de l'utilisateur en fonction de son risque et sa condition doivent être documentées. La raison de tout écart aux exigences indiquées doit être consignée au dossier de l'utilisateur par le coloscopiste.	Un tableau indique les critères diagnostiques cliniques du syndrome de Lynch. Cinq algorithmes décisionnels sont présentés : prise en charge des personnes à risque moyen de cancer colorectal, suivi clinique recommandé à la suite du RSOSi, prise en charge des personnes à risque légèrement ou modérément accru de cancer colorectal, surveillance des personnes avec antécédents personnels de polypes, surveillance des personnes avec antécédents personnels de cancer colorectal.
15.	Histopathologie	100 % des échantillons prélevés par le coloscopiste doivent être envoyés et analysés en pathologie. 100 % des échantillons prélevés par le coloscopiste doivent être reçus au laboratoire de pathologie dans un délai inférieur à 48 heures (jours ouvrables) entre le prélèvement du tissu et sa réception au laboratoire. 100 % des analyses histopathologiques sur des échantillons biopsiques doivent être terminées à l'intérieur de 5 jours ouvrables; c'est-à-dire 5 jours entre la réception des échantillons par le laboratoire et la disponibilité des résultats (rapport rendu disponible). 100 % des analyses histopathologiques sur des échantillons chirurgicaux doivent être terminées à l'intérieur de 10 jours ouvrables; c'est-à-dire 10 jours entre la réception des échantillons par le laboratoire et la disponibilité des résultats. 100 % des rapports de pathologie doivent être reçus par le coloscopiste au plus tard 10 jours après le prélèvement, à partir de la réception de l'échantillon au laboratoire.	
16.	Manipulation de l'endoscope et des accessoires au cours de la coloscopie	100 % des manipulations avec l'endoscope durant une coloscopie doivent être effectuées par un médecin coloscopiste. De son côté, l'infirmière a comme responsabilité d'assurer la surveillance clinique de l'utilisateur. Elle peut néanmoins assister l'endoscopiste de façon ponctuelle si cette assistance ne nuit pas à son rôle de surveillance et sa capacité de pouvoir agir promptement auprès de l'utilisateur, en cas de complications.	

4.2 LIGNES DIRECTRICES SUR LES SOINS INFIRMIERS EN COLOSCOPIE CHEZ L'ADULTE

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié des *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte* en septembre 2011. Ainsi, l'OIIQ décrit le rôle et les responsabilités de l'infirmière qui exerce dans le secteur de la coloscopie hors d'une salle d'opération ainsi que les conditions organisationnelles favorisant une pratique professionnelle de qualité tout au long du continuum de soins.

Voici un extrait, résumant le rôle de l'infirmière dans ce contexte :

« L'infirmière est appelée à occuper une place de plus en plus importante, avant, pendant et après la coloscopie. En précoloscopie, l'infirmière devra procéder à l'évaluation initiale, particulièrement auprès des clients qui ne bénéficient pas d'un suivi médical et qui auront reçu un résultat positif à une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS). Elle pourra aussi ajuster certains médicaments à partir d'ordonnances collectives pour certaines catégories de clients (ex. : clients sous anticoagulothérapie) dans le but de faciliter et d'optimiser l'accès à la coloscopie et d'utiliser judicieusement les ressources infirmières. Comme la plupart des clients qui passent une coloscopie reçoivent préalablement une sédation-analgésie par voie intraveineuse, l'infirmière aura un rôle à jouer en matière de surveillance clinique pour assurer à la clientèle des soins sécuritaires. 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. » (OIIQ, 2011, p. 4).

Mentionnons que *Les normes sur la sédation-analgésie du CMQ (2009)*⁶ stipulent que le coloscopiste doit pouvoir compter sur la présence d'au moins un professionnel, soit une infirmière ou un inhalothérapeute dans la salle, lors de la sédation d'un usager. La présence de ce professionnel qui assure la surveillance clinique doit être continue depuis le moment de la sédation de l'utilisateur jusqu'au moment où l'utilisateur reprend son état de conscience.

L'OIIQ a également produit un *Formulaire d'évaluation et de surveillance clinique – Endoscopie digestive*, qui se retrouve en annexe 4A dans la grille d'évaluation des normes de pratique clinique et organisationnelle. Cet outil vise à soutenir le développement de la pratique infirmière et la mise à jour des outils d'évaluation et de surveillance clinique utilisés en coloscopie. Il reprend de manière opérationnelle les lignes directrices en coloscopie de l'OIIQ, notamment les recommandations en matière d'évaluation et de surveillance clinique.

Le tableau 5 présente les principales activités de l'infirmière avant, pendant et après la coloscopie, selon les recommandations des lignes directrices de l'OIIQ. Par ailleurs, chacune des activités est détaillée dans les lignes directrices.

⁶ Une révision du document *Lignes directrices sur la sédation-analgésie* est en cours. Ces travaux sont menés conjointement par le CMQ, l'OIIQ et l'OPIQ. La diffusion est prévue pour 2015.

Tableau 5 – Principales activités de l’infirmière en fonction des périodes du continuum de soins en coloscopie (OIIQ, 2011)

Avant	Pendant	Après
Évaluation		
Enseignement à la clientèle		
	Préparation et administration des médicaments intraveineux	
	Surveillance clinique	
	Activités d'assistance technique au médecin	
	Interventions en cas de complications	
Continuité et coordination des soins à la clientèle		
	Identification et acheminement du spécimen	
Documentation des soins		

4.2.1 Collaboration interprofessionnelle entre l’infirmière et l’infirmière auxiliaire

L’infirmière auxiliaire est appelée à réaliser certaines tâches et à exercer des responsabilités dans le cadre du continuum de soins en coloscopie.

Des discussions ont été menées conjointement avec l’OIIQ, l’Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et le MSSS lors de la rédaction des *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l’adulte* afin de préciser le rôle de l’infirmière et de l’infirmière auxiliaire en oncologie en fonction de leur champ de compétence respectif. Au terme de ces travaux, il a été établi que la pratique des infirmières auxiliaires en coloscopie devrait être circonscrite comme suit (OIIQ, 2011, P.27) :

« Conformément à son champ d’exercice et aux activités qui lui sont réservées, dans le cadre de la coloscopie, l’infirmière auxiliaire peut :

- Avant et après la coloscopie :
 - contribuer à l’évaluation du client avant et après la coloscopie. Cependant, elle ne peut exercer cette activité en pleine et entière autonomie, cela signifie donc que l’infirmière auxiliaire doit collaborer avec le professionnel à qui l’activité d’évaluer est réservée. Elle le fait conformément à l’article 37 p) 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, qu’elle transmettra ultérieurement à l’infirmière qui est responsable d’évaluer la condition physique et mentale du client, par exemple en

- prenant les signes vitaux (température, pouls, pression artérielle) et en mesurant la saturation en oxygène;
- 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 de l'utilisateur selon les activités qui lui sont réservées et autorisées. » OIIQ (2011, p. 27).

En complément à ces lignes directrices publiées par l'OIIQ, le document *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire*, diffusé par l'OIIAQ en 2011, peut également être consulté pour définir le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire en endoscopie digestive.

4.3 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE

Puisque le suivi de la qualité de l'acte professionnel ne relève pas du MSSS, mais plutôt des ordres professionnels, du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de la Direction des soins infirmiers (DSI) des établissements, le MSSS et l'agence demandent aux établissements faisant partie des projets de mise à niveau, douze mois après le début des travaux, de dresser un bilan faisant état du niveau d'application des normes touchant la pratique clinique et organisationnelle infirmière et médicale, du soutien apporté pour soutenir leur implantation et des mécanismes d'assurance qualité mis en place en cas d'écarts aux normes.

4.3.1 Médecins coloscopistes

La grille d'évaluation sur les normes de pratique clinique médicale en coloscopie (annexe 4) est complétée pour chaque coloscopiste, soit par la réalisation d'audits de dossiers ou par l'exploitation des données captées dans le progiciel endoscopique⁷. Les résultats ainsi obtenus permettent aux coloscopistes d'évaluer leur niveau de conformité aux normes recommandées.

Trois niveaux d'action sont prévus en cas d'écarts aux normes et aux exigences relatives aux pratiques des professionnels, soit :

- Niveau 1 : relève du professionnel lui-même;
- Niveau 2 : est de la responsabilité de l'établissement (ex. : CMDP);
- Niveau 3 : est coordonné par le comité tripartite et est lié au programme de développement professionnel continu en coloscopie.

Le premier niveau d'action, lorsque la pratique d'un professionnel s'écarte des normes, concerne le professionnel lui-même. Il peut agir en participant à des activités de formation continue ou en sollicitant l'appui de collègues.

⁷ L'utilisation d'un progiciel endoscopique pour produire les rapports permet d'assurer une complétude des données de meilleure qualité et ainsi déterminer de façon précise l'atteinte des normes de pratique clinique.

Le deuxième niveau d'action cible l'établissement. Chaque coloscopiste doit être membre du CMDP d'un établissement de santé et participer aux activités d'évaluation de l'acte médical en coloscopie, lesquelles sont coordonnées avec les actions du comité tripartite en assurance qualité. Le chef médical de l'unité d'endoscopie digestive s'assure que de telles activités d'évaluation sont en place et que tous les coloscopistes y participent. Après une activité d'évaluation de l'acte, par exemple une révision de dossiers, des recommandations peuvent être énoncées aux fins d'améliorer la qualité de l'acte en coloscopie. Lorsque des écarts persistants aux normes sont constatés, le CMDP (ou son comité d'évaluation de l'acte) peut recommander des mesures plus intensives de formation ou de mise à niveau des compétences.

Enfin, comme troisième niveau d'action, chaque coloscopiste est invité à s'inscrire au programme de développement professionnel continu en coloscopie. Il accepte alors que ses résultats soient transmis au comité tripartite, composé de médecins coloscopistes experts responsables de ce programme et représentants des associations professionnelles de même que de représentants du CMQ et du MSSS. Des activités de maintien des compétences sont offertes à tous les adhérents. Lorsque des écarts persistants aux normes professionnelles sont constatés, le programme offre le soutien d'experts en coloscopie dans une démarche structurée de mise à niveau des compétences au moyen, entre autres, de formations théoriques, de formations pratiques et de stages cliniques.

En dernier recours, une recommandation pourrait être adressée au conseil d'administration de l'établissement ou au CMQ quant à la limitation des privilèges d'un médecin qui ne prendrait pas les moyens suffisants pour mettre ses compétences à niveau.

4.3.2 Infirmières et infirmières auxiliaires en coloscopie

Afin de dresser le portrait global des moyens déployés par l'organisation pour assurer l'implantation des normes de pratique infirmière en coloscopie, la grille d'évaluation présentée à l'annexe 4 est complétée. En complément, et pour procéder à une évaluation plus détaillée du niveau de conformité aux normes clinique et organisationnelle, la DSI procède par révision de dossiers ou par observations directes de la pratique. Pour faciliter ce processus d'évaluation, et pour mesurer les écarts de la pratique infirmière, une grille d'audit est proposée à l'annexe 4B et documente la qualité de l'utilisation et de la complétion du *Formulaire d'évaluation et de surveillance clinique – Endoscopie digestive* (annexe 4A). Rappelons que ce formulaire reprend de manière opérationnelle les lignes directrices en coloscopie de l'OIIQ, notamment les recommandations en matière d'évaluation et de surveillance clinique.

Par ailleurs, la DSI, pour évaluer le niveau de conformité de la pratique professionnelle de l'infirmière auxiliaire, se réfère au document *Activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire* (OIIAQ). Pour évaluer le respect des normes organisationnelles ayant trait à la collaboration interprofessionnelle avec l'infirmière, la DSI utilise comme documents de référence le chapitre *volet organisationnel* des lignes directrices de l'OIIQ de même que le *Formulaire d'évaluation et de surveillance clinique – Endoscopie digestive*, en considérant spécifiquement les activités liées au champ de pratique de l'infirmière auxiliaire.

Deux niveaux d'action sont prévus en cas d'écarts aux normes et aux exigences relatives aux pratiques des infirmières et infirmières auxiliaires, soit :

- Niveau 1 : relève de la professionnelle elle-même;
- Niveau 2 : est de la responsabilité de l'établissement (ex. : DSI, CII, CIIA).

Le premier niveau d'action, lorsque la pratique d'une infirmière ou infirmière auxiliaire s'écarte des normes, concerne la professionnelle elle-même. Elle peut agir en participant à des activités de formation continue ou en sollicitant l'appui de collègues.

Le deuxième niveau d'action cible l'établissement, particulièrement la DSI. Cette instance, en collaboration avec le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), s'assure d'apprécier la qualité de la pratique de ses membres. Lorsque des écarts aux normes sont constatés dans le cadre de cet audit pour l'équipe infirmière en coloscopie, un processus d'évaluation visant à identifier les causes possibles de ces écarts (ex.: causes personnelles, professionnelles, organisationnelles, environnementales) s'exerce et une proposition d'actions réalistes en accord avec le milieu de pratique en découle pour soutenir l'amélioration de la qualité et la mise à niveau des compétences et ce, en collaboration avec toutes les instances organisationnelles concernées (ex : CMDP, ressources humaines, chef médical en endoscopie, etc.). Rappelons que les conseillers de l'OIIQ et l'OIIAQ peuvent également être consultés en soutien aux procédures d'évaluation et d'intervention.

Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie

- ☑ Le chef médical de l'unité d'endoscopie digestive, de concert avec les chefs de département concernés, met en place avec le CMDP des mesures pour évaluer la qualité de l'acte et offrir du soutien aux coloscopistes. Par exemple :
 - Soutien des médecins lorsque leur pratique s'écarte des normes (ex. : formation, stage);
 - Accès au programme de développement professionnel continu en coloscopie mis en place au niveau provincial (formation, *coaching*, stage, etc.);
 - Révision des cas d'événements cliniques significatifs survenus en coloscopie via le CMDP dans un objectif d'amélioration de la qualité de l'acte.
- ☑ La Direction des soins infirmiers met en place des mesures pour évaluer la qualité de la pratique infirmière et infirmière auxiliaire et pour offrir du soutien. Par exemple :
 - Un processus de revue de dossier est mis en place. Une grille d'évaluation sert à évaluer l'application des lignes directrices et la complétion du formulaire d'évaluation avec la collaboration du conseil des infirmières et des infirmiers dans l'établissement;
 - Un soutien est apporté aux infirmières et aux infirmières auxiliaires lorsque leur pratique s'écarte des normes (ex. : formation, stage, accompagnement clinique, etc.).
- ☑ Un bilan est dressé douze mois après le début des travaux pour faire état du niveau d'application des normes infirmières et médicales, du soutien apporté pour soutenir leur implantation et des mécanismes d'assurance qualité mis en place en cas d'écarts aux normes.

5. Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement physique d'une unité d'endoscopie

L'organisation physique des unités d'endoscopie doit répondre à plusieurs critères, notamment en ce qui concerne la conception et l'organisation spatiale. Il en va de même des modalités de retraitement des dispositifs médicaux. Le présent chapitre résume les bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux et des critères d'aménagement d'une unité d'endoscopie digestive.

Pour permettre l'atteinte de ces différents critères, les unités d'endoscopie qui souhaitent mettre à niveau leurs services complètent la grille d'évaluation à l'annexe 5, leur permettant d'évaluer dans quelle mesure les critères à respecter en cette matière sont atteints, d'identifier les écarts et, le cas échéant, de corriger ces écarts à l'aide d'un plan d'action. La mise à niveau des unités d'endoscopie devrait être complétée sur une période de douze mois, mais des actions doivent être posées dès le début du projet si des déficiences prioritaires sont observées. Rappelons que la grille comprend un tableau permettant d'indiquer les déficiences cliniques et immobilières prioritaires et que les déficiences présentant de grands risques doivent être corrigées prioritairement.

La grille d'évaluation porte sur les aspects suivants :

- Procédures administratives et formation du personnel :
 - Procédures de retraitement écrites et adoptées dont dispose l'établissement;
 - Formation du personnel affecté au retraitement des endoscopes et respect des lignes directrices.
- Procédures générales de retraitement :
 - Respect des étapes de nettoyage des coloscopes (pré-nettoyage immédiatement après l'utilisation dans la zone de soins des usagers, test d'étanchéité, nettoyage, rinçage initial, désinfection de haut niveau, rinçage final, séchage);
 - Conformité des procédures de déplacement des dispositifs contaminés;
 - Entreposage du matériel dans des armoires ventilées et à l'extérieur des salles d'examens.
- Secteur de retraitement des dispositifs médicaux (salle de décontamination, salle de désinfection et entreposage) :
 - Procédures limitant, voire éliminant les croisements des équipements souillés et propres;
 - Matériel (brosses et accessoires de nettoyage) et produits utilisés (concentration, durée de contact, température) adaptés.
- Équipements de désinfection (utilisés en conformité).
- Aménagement général de l'unité :
 - Efficience opérationnelle favorisée lors de la conception;
 - Marche en avant (sans retour en arrière) favorisée autant pour l'utilisateur que pour le matériel;

- Optimisation du rangement réduisant l'encombrement des espaces de travail;
- Respect des mesures de prévention dont celles contenues dans le document *Principes généraux d'aménagement en PCI*⁸ (2012-06-14);
- Choix des types de revêtements (planchers, murs, plafonds, surfaces de travail) qui assurent la prévention des infections et limitent l'entretien nécessaire.
- Secteurs de l'accueil, de la préparation et de la récupération :
 - Augmentation prévisible du volume d'activité possible dans l'espace;
 - Prise en charge selon la provenance de la clientèle qui peut se faire dans des espaces distincts;
 - Espace permettant au personnel d'intervenir promptement en situation d'urgence.
- Secteur de retraitement des endoscopes :
 - Augmentation prévisible du volume d'activité possible dans l'espace;
 - Salle de retraitement située le plus près possible du lieu d'utilisation;
 - Principe de la marche unidirectionnelle de retraitement appliqué : du souillé vers le propre, puis vers le stérile de façon à éviter la contamination.
- Secteurs des salles d'endoscopie :
 - Salles conçues en fonction de l'usage prévu (dimension, pression et changement d'air, aménagements particuliers, etc.) le plus exigeant, comme la bronchoscopie;
 - Possibilité de développer des activités futures possibles dans l'espace;
 - Disponibilité de salles répondant à des besoins connexes (poste de capture, salles de rencontres des usagers, etc.);
 - Services mécaniques (sortie de gaz, ventilation et climatisation, programme d'entretien préventif) conformes.
- Aire de retraitement des endoscopes conforme.
- Services électromécaniques conformes.
- Analyse des risques : différentes clientèles à risque sont définies et les zones qu'elles occupent dans l'unité sont identifiées avec précision (ex. : Clostridium difficile et tuberculose).

Différents documents de référence permettent aux établissements d'obtenir toute l'information nécessaire concernant l'aménagement physique d'une unité d'endoscopie et le retraitement des dispositifs médicaux. Voici une synthèse de ceux-ci et la façon de se les procurer.

Guides de planification immobilière

Le MSSS a rédigé divers guides relatifs à la réalisation des projets immobiliers dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces guides sont regroupés dans le *Répertoire des guides de planification immobilière*. Leur contenu permet d'assurer une adéquation entre les orientations et lignes directrices ministérielles, le cadre réglementaire ainsi que les objectifs de gestion, de programmation, de qualité et de budget établis par le MSSS et les projets réalisés.

⁸ PCI : Prévention et contrôle des infections.

Ces guides sont utiles pour l'exercice de mise à niveau des unités d'endoscopie, notamment celui intitulé *Unité d'endoscopie* qui présente les performances attendues entourant la programmation, la conception et la construction des unités d'endoscopie dans les hôpitaux québécois.



Le MSSS publie un *Répertoire des guides de planification immobilière*. Parmi ceux-ci, certains s'appliquent aux unités d'endoscopie :

- *Unité d'endoscopie*, janvier 2013.
- *Unité de retraitement des dispositifs médicaux (unité de stérilisation)*, décembre 2011.
- *Principes généraux d'aménagement en PCI*, juin 2012.

Disponibles sur le site du MSSS, dans la section Ressources-Documentation :
http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/repertoire_planification_immobiliere.php

Retraitement des endoscopes digestifs

L'endoscopie a progressé considérablement depuis la dernière décennie. Le processus de retraitement comprend une suite d'étapes importantes qui nécessitent des techniques de retraitement adaptées et conformes, des connaissances spécifiques pour leur application, en plus des mesures usuelles de prévention des infections.

Les lignes directrices sur le retraitement des endoscopes digestifs portent sur plusieurs aspects de l'organisation du travail. Elles visent à favoriser la qualité et la sécurité des services et des soins dans tous les sites de retraitement des dispositifs médicaux et à standardiser les pratiques.



Le Centre provincial de référence en stérilisation a publié le document *Retraitement des endoscopes digestifs – Lignes directrices* (2008). Il est disponible sur le site du MSSS, dans la section Ressources-Documentation-Publications :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/2fb34e0d54438e1e852574ba0061350e?OpenDocument>

Prévention et contrôle des infections

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié le document *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections transmises par les appareils souples d'endoscopie digestive et de bronchoscopie* (2010). Le document fait partie de la série de lignes directrices de prévention et de contrôle des infections de l'ASPC et est conçu pour être utilisé conjointement avec les autres lignes directrices de prévention et de contrôle des infections.

Ce document a été rédigé par la Division de l'hémovigilance et des infections associées en milieu de soins de santé du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'ASPC. Les recommandations fournissent un cadre permettant aux responsables de l'endoscopie d'élaborer des politiques et des procédures assurant que les méthodes critiques de nettoyage, de désinfection ou de stérilisation de ces appareils soient conformes aux lignes directrices nationales.



L'ASPC a publié le document *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections transmises par les appareils souples d'endoscopie digestive et de bronchoscopie* (2010).

Il est disponible sur le site de l'ASPC, dans la section Maladies infectieuses-Série des Guides de prévention des infections :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/endo/index-fra.php>

Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables

L'association canadienne de normalisation (CAN/CSA) est responsable de développer des normes répondant aux besoins d'amélioration de la santé et de la sécurité publiques. La norme Z314.8-14, *Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*, décrit les éléments et méthodes essentiels à la manipulation, au transport et à la décontamination biologique sécuritaire des dispositifs médicaux réutilisables contaminés. Elle comporte des exigences visant :

- l'évaluation et l'achat de dispositifs médicaux réutilisables;
- la qualification, la formation et l'entraînement du personnel;
- les vêtements de protection;
- les zones et l'appareillage de décontamination;
- la manipulation immédiate des dispositifs médicaux contaminés aux points de service;
- le transport des dispositifs médicaux contaminés;
- les lignes directrices et les modes opératoires de décontamination (pour les dispositifs médicaux diagnostiques et thérapeutiques réutilisables en général et, plus particulièrement, pour les dispositifs respiratoires et anesthésiques réutilisables, les endoscopes à fibres optiques flexibles et les dispositifs électroniques utilisés par les bénéficiaires).



Le Groupe CSA a publié le document *CAN/CSA-Z314.8-F08 - Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables* (2014). Il est vendu en ligne sur le site du CSA :

<http://shop.csa.ca/fr/canada/sterilisation/z3148-f14/inv/27010632014/>



Les normes ASHRAE dans la grille d'évaluation et dans le guide d'endoscopie sont également recommandées :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-610-09W.pdf>

5.1 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES DE RETRAITEMENT

Actuellement, les unités de retraitement doivent répondre aux exigences d'Agrément Canada (évaluation aux trois ans) concernant le retraitement des endoscopes. À l'annexe 5, une grille d'évaluation de l'unité de retraitement des endoscopes est proposée pour permettre aux unités d'évaluer leur niveau de conformité aux différentes normes et lignes directrices et de prévoir un plan d'action lorsqu'il y a écart aux normes.

Des éléments à introduire dans un tel programme d'assurance qualité concernent notamment la formation du personnel responsable du retraitement (incluant la revue périodique des compétences) et un système de traçabilité adéquat des endoscopes qui permet de documenter les activités pour chaque appareil.

Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères relatifs à l'aménagement des unités d'endoscopie

L'établissement complète une grille d'évaluation (annexe 5) faisant état du niveau d'application des normes de retraitement des endoscopes et des critères d'aménagement :

- ☒ Un plan d'action est ensuite élaboré en fonction des écarts constatés.
- ☒ Recommandations générales en matière de retraitement :
 - Formation initiale et continue du personnel;
 - Respect des étapes de nettoyage des coloscopes (prénettoyage immédiatement après l'utilisation dans la zone de soins des usagers, test d'étanchéité, nettoyage, rinçage initial, désinfection de haut niveau, rinçage final, séchage);
 - Conformité des procédures de déplacement des dispositifs contaminés;
 - Entreposage du matériel dans des armoires ventilées et à l'extérieur des salles d'examens.
- ☒ Recommandations générales concernant le secteur de retraitement des dispositifs médicaux (salle de décontamination, salle de désinfection et entreposage) :
 - Instaurer des procédures limitant, voire éliminant, les croisements des équipements souillés et propres;
 - Utiliser des équipements de désinfection (conformes et utilisés selon les exigences);
 - Mettre en place des procédures pour assurer la traçabilité des endoscopes.

6. Normes relatives à la pathologie colorectale et à l'accès en chirurgie oncologique

La section qui suit propose des normes relatives à la pathologie colorectale et aux délais d'accès en chirurgie oncologique. Elle précise les normes devant être expérimentées en pathologie colorectale et celles devant obligatoirement être suivies en chirurgie oncologique.

6.1 NORMES DE PRATIQUES CLINIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DU CANCER COLORECTAL DANS LES LABORATOIRES D'ANATOMOPATHOLOGIE

Le service d'anatomopathologie tient un rôle essentiel dans le dépistage du cancer colorectal. L'examen pathologique a un impact sur les décisions relatives à la poursuite du traitement (résection ou non, résection locale ou majeure) et à la surveillance de l'évolution de la maladie à la suite du dépistage.

Le document *Assurance qualité dans le dépistage du cancer colorectal : dépistage et diagnostic*, élaboré par le comité consultatif en anatomopathologie en 2012 (annexe 12), présente les normes de pratiques cliniques attendues en matière de dépistage et de diagnostic du cancer colorectal dans les laboratoires d'anatomopathologie québécois. Ces normes ont été retenues par ce comité à la lumière des données de la littérature scientifique, mais leur applicabilité devra être expérimentée lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive et révisées, le cas échéant. Elles portent sur :

- l'application des contrôles de qualité spécifiques au dépistage du cancer colorectal;
- l'évaluation du temps de réponse;
- le rapport standardisé synoptique.

6.1.1 Application des contrôles de qualité spécifiques au dépistage du cancer colorectal

Le service d'anatomopathologie doit permettre l'identification nécessaire à la prise en charge des cancers colorectaux et des lésions qui sont précurseurs de cancers découverts à la suite du test de dépistage.

Le document *Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie : Phases pré-analytique et analytique* (2011) fait état des mesures spécifiques à ces phases.



Les cibles/indicateurs suivants sont retenus :

- 100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent appliquer les normes de pratique spécifiques au dépistage du cancer colorectal contenu dans le guide *Classification of Benign Polyps* du Partenariat canadien contre le cancer.
- 100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent se conformer aux lignes directrices relatives aux composantes pré-analytiques et analytiques de l'histologie et appliquer les contrôles de qualité spécifiques au cancer colorectal.

6.1.2 Évaluation du temps de réponse

Lors de travaux antérieurs sur le cancer du sein, le Comité consultatif en anatomopathologie a statué que le temps de réponse pour l'analyse d'un spécimen biopsique, défini comme étant la période de temps écoulé entre l'arrivée d'un spécimen dans le laboratoire d'anatomopathologie et la signature du rapport par l'anatomopathologiste, soit de cinq jours ouvrables. Toutefois, l'identification de l'urgence suspectée du traitement de la demande peut permettre d'orienter le temps de réponse préconisé. Ces temps de réponse ont par la suite été retenus dans le cadre des travaux portant sur le cancer colorectal.

Ainsi, l'endoscopiste doit indiquer sur la demande d'analyse le caractère urgent de la demande :

- Normal/polype d'allure bénigne : le délai entre le temps de l'arrivée du spécimen dans le laboratoire et le compte rendu écrit disponible doit être entre dix à quinze jours ouvrables;
- Cancer suspecté/cancer probable : le délai entre le temps de l'arrivée du spécimen dans le laboratoire et le compte rendu écrit disponible doit être entre trois à cinq jours ouvrables.



Les cibles/indicateurs suivants sont retenus :

- 100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent respecter les délais de traitement des spécimens.
- 100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent pouvoir fournir, sur demande, une évaluation du délai moyen entre le prélèvement du spécimen et la disponibilité du rapport.

6.1.3 Rapport standardisé synoptique

Des travaux du Comité ministériel en anatomopathologie portant sur le développement et le déploiement des rapports d'anatomopathologie synoptiques sont en cours, notamment pour le cancer colorectal. La DQC pourra fournir aux établissements qui le désirent l'information requise concernant l'évolution de ces travaux.



L'indicateur suivant est retenu :

- 100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent remplir un rapport de pathologie standardisé (lorsque disponible).

Étant donné que ces normes n'ont pas été entérinées par toutes les instances du MSSS et par l'Association des pathologistes du Québec, elles sont présentées dans ce document à titre indicatif. Nous recommandons que leur application soit validée dans le cadre des projets de mise à niveau, notamment la norme sur l'évaluation du temps de réponse.

6.2 ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

La Loi 33, modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, adoptée en décembre 2006 et ayant pour but d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés, prévoit que chaque établissement implante un mécanisme central de gestion de l'accès pour tous ces services.

Pour la chirurgie oncologique, un cadre de référence servant de guide pour permettre la consolidation de la mise en place standardisée du mécanisme central de l'accès dans ce secteur spécialisé a été publié et mis à la disposition des différentes instances du réseau de la santé en décembre 2012.

On y précise notamment que, pour assurer une bonne gestion de l'accès à la chirurgie oncologique, il est requis que :

1. Tous les chirurgiens identifient clairement sur la requête opératoire les interventions chirurgicales de nature oncologique.
2. Toutes les requêtes de chirurgie sont saisies adéquatement dans le système SIMASS.
3. Toutes les modalités exécutées permettent :
 - de déterminer la date de l'intervention;
 - d'informer les usagers de la date prévue de leur intervention chirurgicale;
 - de recueillir et de colliger les informations sur les non-disponibilités médicales ou personnelles des usagers.

Une fois consolidé, le mécanisme devrait permettre aux établissements d'atteindre et de maintenir les cibles d'accès ministérielles déterminées pour cette spécialité.

La DQC peut fournir aux établissements qui le désirent l'information requise au sujet du contenu des rapports synoptiques en chirurgie oncologique à privilégier.



Les cibles ministérielles 2014-2015 d'accès en chirurgie oncologique sont les suivantes :

- 90 % des chirurgies oncologiques doivent être réalisées à l'intérieure de 28 jours et 100 % réalisées à l'intérieur de 56 jours.

Le calcul du délai d'attente commence à la date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien et se termine le jour de la chirurgie.

6.3 MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES D'ACCÈS EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

Les mécanismes d'assurance qualité propres aux normes d'accès en chirurgie oncologique sont les mêmes que ceux relatifs à l'accès à la coloscopie qui sont décrits à la section 3.6.

Normes relatives à la pathologie colorectale et aux délais d'accès en chirurgie oncologique

Les cibles d'accès en pathologie colorectale sont les suivantes* :

- ☒ 100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent respecter les délais de traitement des spécimens.
- ☒ 100 % des laboratoires d'anatomopathologie fournissent sur demande une évaluation du délai moyen entre le prélèvement du spécimen et le compte rendu écrit disponible.

* Ces deux normes seront en expérimentation au sein des établissements qui participeront au projet de mise à niveau.

Les cibles ministérielles 2014-2015 d'accès en chirurgie oncologique sont les suivantes :

- ☒ 90 % des chirurgies oncologiques doivent être réalisées à l'intérieure de 28 jours et 100 % réalisées à l'intérieur de 56 jours.

Le calcul du délai d'attente commence à la date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien et se termine le jour de la chirurgie.

Références

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2013). *Gouverne dans le cadre du projet de démonstration du PQDCCR dans la région de la Capitale-Nationale*. Document inédit.

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://publications.gc.ca/site/eng/381549/publication.html>

Canadian Partnership Against Cancer. (Juin 2011). *National Colorectal Cancer Screening Network- Classification of benign polyps. Pathology working group report*. Repéré à http://www.cancercare.ns.ca/sitecc/media/cancercare/Pathology%20Working%20Group_Phase%201%20Report_Final_Nov%202011_For%20Email.pdf

Collège des médecins du Québec. (2009). *Utilisation de la sédation-analgésie, Lignes directrices*. Repéré à <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/EnoncesGuidesLignes.aspx?page=6&sort=alpha>

Collège des médecins du Québec. (2010). Normes d'exercice en matière de coloscopie. *Le Collège, printemps 2010*, 50(2). Repéré à <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/RevueLeCollege.aspx?page=2&sort=year>

Groupe CSA. (2008). *CAN/CSA-Z314.8-F08 (C2013)-Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*. Repéré à <http://shop.csa.ca/fr/canada/sterilisation/canca-z3148-f08/inv/27010632008/>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). *Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles, Détermination d'un seuil de positivité pour démarrer les projets de démonstration du PQDCCR*. Repéré à http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=65&user_inesssdoc_pi1%5Bcode%5D=FICHE&user_inesssdoc_pi1%5Buid%5D=2066&user_inesssdoc_pi1%5BbackUrl%5D=index.php%253Fid%253D50%2526no_cache%253D1&cHash=b0edecb648ca4da69fa6056fa9092f1d

Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf

Institute for Innovation and Improvement. *Demand and Capacity-A Comprehensive Guide*. Repéré à http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/demand_and_capacity_-_a_comprehensive_guide.html

Leddin, D., Enns, R., Hilsden, R., Plourde, V., Rabeneck, L., Sadowski, D. and Signh, H. (2010). Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer 2010. *Canadian Journal Gastroenterology*, 24(12), p. 705-14.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité consultatif en anatomopathologie. (2011). *Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie : Phases pré-analytique et analytique*. Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2120017>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité consultatif en anatomopathologie. (2012). *Assurance qualité dans le dépistage du cancer colorectal : dépistage et diagnostic*. Québec. Document inédit.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de validation des listes d'attente pour un examen primaire de coloscopie longue*. Document soumis pour publication.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/36b71e834c51de3985256c7e005da441?OpenDocument>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (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. (2009). *Normes et pratiques de gestion, Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'usager inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé* (La circulaire s'applique à la chirurgie et à l'endoscopie). Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/1798a1f42e2ae4fe85257599006ddeb?OpenDocument>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Document d'information sur l'appel de candidature, Sites de démonstration des services de coloscopie et du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal*. Document inédit.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Unité de retraitement des dispositifs médicaux (unité de stérilisation)-Répertoire des guides de planification immobilière*. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b640b2b84246d64785256b1e00640d74/717fa89b7aef8c8c85257967004dc201?OpenDocument>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://www.informa.msss.rtss.qc.ca/Details.aspx?Id=4IH/vgwosWM=>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Guide de gestion, accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques-Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés*. Repéré à [http://intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=129&tx_ttnews\[tt_news\]=743&tx_ttnews\[backPid\]=2&no_cache](http://intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=129&tx_ttnews[tt_news]=743&tx_ttnews[backPid]=2&no_cache)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique-Cadre de référence*. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/1ac610ca8f56b7d985257acd0065b321?OpenDocument>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Normes de pathologie colorectale*. Document inédit.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*. Repéré à <http://msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales-2^e édition*. Repéré à

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/nosocomiales/index.php?aid=70

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Unité d'endoscopie-Répertoire des guides de planification immobilière*. Repéré à

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/4cff6f33e509f9e985257aed006c1401?OpenDocument>

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2011). *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-soins-infirmiers-en-coloscopie>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2011). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire*. Repéré à <http://www.oiiq.org/fr/publications/activites-professionnelles-de-l-infirmiere-auxiliaire/les-activites-professionnelles-de-l-infirmiere-auxiliaire>

Publications du Québec. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (Article 64)*. Repéré à

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_2_1/A2_1.html

Publications du Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

Liste des annexes

Annexe 1 :	Intervenants concernés par le projet de mise à niveau des unités d'endoscopie
Annexe 2 :	Formulaire de demande de coloscopie
Annexe 3 :	Grille d'évaluation – Normes de gestion de l'accès en coloscopie
Annexe 3A :	Dictionnaire des données : définition des variables requises pour le suivi de l'accès en coloscopie
Annexe 4 :	Grille d'évaluation – Normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie
Annexe 4A :	Exemple de formulaire d'évaluation et de surveillance clinique en coloscopie proposé par l'OIIQ
Annexe 4B :	Revue de dossier – Grille d'audit proposée par la DQC sur l'utilisation et la manière de remplir le formulaire d'évaluation et de surveillance en soins infirmiers en coloscopie
Annexe 5 :	Grille d'évaluation – Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie
Annexe 6 :	Exemple de gabarit de plan d'action
Annexe 7 :	Exemple de procédure de gestion de la non-disponibilité personnelle
Annexe 8 :	Exemple de lettre d'information et de sensibilisation aux médecins référents en coloscopie
Annexe 9 :	Formulaire d'évaluation déterminant l'admissibilité des usagers à la coloscopie et le suivi requis
Annexe 9A :	Critères d'admissibilité : identification et justification
Annexe 9B :	Classification de la MPOC
Annexe 9C :	NYHA : Classification internationale sur l'insuffisance cardiaque
Annexe 10 :	Outil de collecte de données pour dresser le portrait de l'accès
Annexe 11 :	Grille d'évaluation de la capacité et de la productivité des salles d'endoscopie digestive
Annexe 12 :	Assurance qualité dans le dépistage du cancer colorectal : dépistage et diagnostic – Comité consultatif en anatomopathologie (2012)

Annexe 1 : Intervenants concernés par le projet de mise à niveau des unités d'endoscopie

MSSS
Équipe de projet comprenant le responsable du dossier qui collabore avec des professionnels de plusieurs directions : DGSSMU (accès, laboratoire, première ligne médicale, biovigilance, main d'œuvre, équipement), DGSP (dépistage, pratiques cliniques préventives), DGC (communication), DGTI (informatique), DGPPQ (évaluation, qualité), Direction de l'expertise et de la normalisation (architecture, ingénierie), DAJ (aspects légaux).
Agence régionale
Équipe de projet comprenant le responsable du dossier qui collabore avec des professionnels de plusieurs directions : Cancérologie, accès, laboratoire, biovigilance, première ligne médicale, communication, santé publique (dépistage, pratiques cliniques préventives), informatique, équipement, qualité, architecture, ingénierie.
Établissement
Équipe de projet comprenant le chargé de projet de l'établissement qui collabore avec des professionnels de plusieurs directions, des partenaires du MSSS, de l'agence et du réseau local de services.
Guichet d'accès en coloscopie : Gestionnaire du guichet d'accès, agents administratifs, infirmière en soutien à la pré-évaluation, responsable local de l'accès, pilote informatique en soutien à l'adaptation du système de rendez-vous.
Unité d'endoscopie : - Chefs clinico-administratifs (médecin responsable et gestionnaire de l'unité d'endoscopie), médecins coloscopistes (gastro-entérologues, chirurgiens, internistes), infirmières et infirmières auxiliaires en coloscopie, préposés aux bénéficiaires, préposés au retraitement, infirmières en prévention des infections. - Des architectes et des ingénieurs sont en soutien aux travaux d'aménagement de l'unité d'endoscopie. - Les pilotes des différents systèmes d'information (SI) doivent être sollicités, selon le cas, pour modifier des tables de pilotage, supporter les utilisateurs et extraire les données du système de gestion des rendez-vous, du progiciel endoscopique et du système d'information de laboratoire.
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) : Instances responsables d'assurer la qualité de l'acte médical et infirmier. Le directeur des services professionnels et la DSI sont particulièrement concernés. Des infirmières cliniciennes spécialisées, rattachées à la DSI, soutiennent l'application des lignes directrices en coloscopie.
Équipe de santé publique : Conseillers aux programmes de dépistage et aux pratiques cliniques préventives.
Leaders en cancérologie: Chefs clinico-administratifs (médecin responsable et gestionnaire désignés).
Laboratoire (accès à la pathologie) : Gestionnaire du laboratoire et pathologiste.
Centre de prélèvements (entreposage, remise et réception des trousse RSOSi pour les usagers) : Gestionnaire du centre de prélèvements, agents administratifs.
Bloc opératoire (accès à la chirurgie) : Chefs clinico-administratifs (médecin responsable et gestionnaire désignés), agents administratifs.
Partenaires locaux et provinciaux
- Médecins faisant partie de tables régionales ou pratiquant dans le réseau public ou dans le réseau privé. - Laboratoire central d'analyse de la RSOSi du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. - OIIQ, OIIAQ, CMQ et fédérations et associations médicales concernées. - Organismes communautaires (bénévoles, transport, etc.).

Annexe 2 : Formulaire de demande de coloscopie



DT9241

DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Provenance de la demande ☐ CSSS ☐ CH ☐ CHSLD ☐ CLSC ☐ Clinique Préciser le nom : _____ Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur		Nom et prénom de l'usager _____ Nom de la mère _____ N° d'assurance maladie Expiration Date de naissance (A, M, J) _____ Adresse (n°, rue) _____ Code postal Ind. rég. Résidence _____ Téléphone _____ Ind. rég. Travail N° de poste Ind. rég. Cellulaire _____ Courriel _____	
Consultation demandée par : ☐ Médecin traitant ☐ Autre médecin référent Nom Ind. rég. N° de téléphone Signature du médecin N° de permis Date (année, mois, jour) _____			
Copie des résultats¹ : ☐ Médecin traitant ☐ Médecin référent ☐ Autres médecins particuliers Indiquer les noms et adresses : _____			
Télécopier à Nom de l'unité d'endoscopie _____ Si médecin particulier, préciser : _____			
Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, veuillez joindre les résultats pertinents à cette demande.)			
A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux			Niveau de priorité²
IN1	☐ Hémorragie digestive basse (Diriger vers l'urgence immédiatement) ³		P1 Immédiat ≤ 24 heures
IN2	☐ Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (Joindre rapport et autres résultats)		P2 Urgent ≤ 14 jours
IN5	☐ Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSI +) (Joindre résultat)	IN7 ☐ Modification récente des habitudes intestinales	P3 Semi-électif ≤ 60 jours
IN3	☐ Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)	IN17 ☐ Polypes visualisés par imagerie médicale (Joindre rapport d'imagerie médicale)	
IN4	☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans	IN18 ☐ Suspicion de cancer colorectal occulte ⁵	
IN6	☐ Anémie ferriprive documentée non expliquée (Joindre FSC et bilan martial)	IN19 ☐ Préparation colique inadéquate – coloscopie à refaire	
IN10	☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans ⁴	IN20 ☐ Suivi de diverticulite (en phase post aiguë)	
IN12	☐ Constipation chronique ☐ Diarrhée chronique (Préciser investigations préalables)		P4 Électif ≤ 6 mois
B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs⁶			
IN8	Antécédents familiaux de cancer colorectal, de polypes ou d'adénomes avancés, préciser : ☐ 1 parent du 1 ^{er} degré ⁷ , diagnostic avant l'âge de 60 ans ☐ 2 parents du 1 ^{er} degré, peu importe l'âge lors du diagnostic ☐ 1 parent du 1 ^{er} degré et 1 parent du 2 ^e degré ⁷ du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic		P4 Électif ≤ 6 mois 1^{re} coloscopie Voir les algorithmes ⁸ pour le suivi approprié selon la condition.
C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs⁶			
IN11	☐ Après discussion avec l'usager, le médecin référent choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSI et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal ⁹ . Dernier résultat négatif de RSOSI : _____ Date : _____ Rappel : Si le test RSOSI est négatif, il devrait être répété aux 2 ans.		P5 Toutes les autres indications de coloscopie doivent être priorisées avant de programmer des coloscopies de dépistage
D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes⁶			
Antécédents personnels IN14 ☐ Cancer colorectal IN13 ☐ Polypes adénomateux IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)		Antécédents familiaux IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Dernière coloscopie Date : _____ Lieu : _____ N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSI après 10 ans.
			C Contrôle Voir les algorithmes ⁸ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi : _____
E- Renseignements complémentaires pertinents			
Médication	Anticoagulants : ☐ Oui ☐ Non	Médicament : _____	Indication : _____
	Antiplaquettaires : ☐ Oui ☐ Non	Médicament : _____	Indication : _____
	Protocole d'anticoagulothérapie	Recommandations : _____	
Autres	AINS ¹⁰ : ☐ Oui ☐ Non	Médicament : _____	Indication : _____
	MPOC oxygénéodépendant : ☐ Oui ☐ Non	Diabète traité par : Insuline : ☐ Oui ☐ Non	Hypoglycémiant oraux : ☐ Oui ☐ Non
	Apnée du sommeil avec appareil : ☐ Oui ☐ Non	Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : ☐ Oui ☐ Non	Insuffisance rénale : ☐ Oui ☐ Non
	Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non	Problèmes de compréhension : ☐ Oui ☐ Non	Problèmes de mobilité : ☐ Oui ☐ Non
Défibrillateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non			
Informations complémentaires : _____			Date de réception : _____

RÉFÉRENCES

- ¹ Une copie des résultats doit obligatoirement être envoyée au médecin référent.
- ² Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique. Le médecin référent peut toujours communiquer avec le coloscopiste, si jugé nécessaire.
- ³ Définition d'hémorragie digestive basse : rectorragie avec instabilité hémodynamique, chute importante d'hémoglobine et/ou besoin de transfusion sanguine.
- ⁴ La coloscopie courte (sigmoïdoscopie) est également indiquée comme examen diagnostique.
- ⁵ Syndrome paranéoplasique.
- ⁶ Si l'usager rapporte l'apparition de symptômes, il est de la responsabilité du médecin référent de faire les suivis appropriés et d'en aviser l'unité d'endoscopie digestive où la requête a été adressée.
- ⁷ Parent de 1^{er} degré : père/mère, frère/sœur, enfant.
Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle/tante, neveu/niece.
- ⁸ Les algorithmes sont accessibles au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr
<<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr>>
- ⁹ L'examen de dépistage recommandé pour les personnes à risque moyen (50-74 ans, asymptomatiques, sans antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ou de polypes adénomateux) est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). La coloscopie est prescrite en confirmation diagnostique d'un test positif de RSOSi (IN5).
- ¹⁰ Il est inutile de suspendre Aspirine, Persantine ou Aggrenox avant la coloscopie.

Annexe 3 : Grille d'évaluation - Normes de gestion de l'accès en coloscopie

Grille d'évaluation – Normes de gestion de l'accès à la coloscopie

La présente grille d'évaluation a été élaborée par une équipe d'experts de la Direction des mécanismes d'accès du MSSS en collaboration avec la DQC. Elle vise à soutenir les responsables des unités d'endoscopie digestive, de la gestion des rendez-vous et de l'accès pour qu'ils évaluent leur niveau de conformité, soit le pourcentage d'atteinte des recommandations du Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec (section 3 : Normes de gestion de l'accès à la coloscopie). Les constats faits à la suite de cette analyse permettront aux établissements d'élaborer un plan d'action afin de se conformer aux recommandations et de situer le pourcentage de réalisation des travaux et d'atteinte des résultats. Il est à noter que l'utilisateur doit adapter cette grille aux besoins spécifiques de son établissement et de sa pratique.

Identification

Nom de l'établissement :	
Nom de la personne responsable :	
Date :	

Objectifs

La mise à niveau des unités d'endoscopie devrait être complétée dans un délai de douze mois. Un délai total maximum de dix-huit mois pourrait être alloué en fonction de l'ampleur des travaux à réaliser. La grille devrait être complétée au début du projet et révisée au milieu et à la fin du projet pour faire état de l'avancement des travaux et, ainsi, ajuster le plan d'action en conséquence. L'évaluation vise les trois objectifs suivants :

- 1) Situer les pratiques de l'établissement en matière de gestion de l'accès aux soins et services selon le *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec (section 3 Normes de gestion de l'accès à la coloscopie⁹)* dans une perspective d'amélioration continue.

⁹ Consultez également le *Guide de gestion, accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques - Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés*, publié par la Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales du MSSS en 2012. Voir l'adresse électronique : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca>.

- 2) Évaluer le système de prise de rendez-vous et s'assurer qu'il est conforme aux exigences nécessaires à la mesure du temps d'attente.
- 3) Identifier les pratiques nécessitant des améliorations ou des modifications et préparer un plan d'action permettant l'atteinte des résultats.

Soulignons que les critères en bleu sont jugés des **incontournables** pour mener à terme et assurer la pérennité du projet de mise à niveau. Il est important que les critères de conformité soient respectés à 100 %.

Par ailleurs, les critères en blanc sont des indicateurs **souhaités** pour toute la démarche de réalisation du projet de mise à niveau.

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
A) Gestion de la demande de coloscopie			
1. L'établissement a sensibilisé les médecins référents aux nouvelles normes et modalités d'accès à la coloscopie (lettre standardisée, site du guichet d'accès, processus de retour aux requérants si le formulaire n'est pas bien complété, proposition du test de RSOSi (FIT) au lieu de coloscopie de dépistage, etc.).			
2. 90 % des demandes de coloscopie adressées à l'établissement le sont en utilisant le formulaire standardisé <i>Demande de coloscopie (AH-702)</i> .			
3. Il n'y a qu'un seul point de chute (guichet unique d'accès) pour toutes les demandes de coloscopie qui sont transmises à l'établissement.			
4. Les demandes de coloscopie sont acheminées directement au guichet d'accès sans passer par le bureau des médecins spécialistes. Si elles sont acheminées au bureau des médecins spécialistes, des modalités prévoient qu'elles sont transmises au guichet d'accès et priorisées en fonction des indications cliniques.			
5. Un mécanisme de référence en coloscopie qui ne requiert pas une consultation préalable avec un coloscopiste a été mis en place.			
6. Les demandes de coloscopie sont inscrites sur la liste d'attente au moment de la réception même si des informations sont manquantes et que le formulaire doit être retourné au médecin référent.			
7. L'établissement a prévu les modalités permettant d'encadrer le retour des demandes mal complétées (procédure, lettre type, etc.) aux médecins référents.			
8. Les demandes de coloscopie sont inscrites et priorisées selon les indications cliniques présentées dans le formulaire <i>Demande de coloscopie AH-702</i> (premier examen P1 à P5 et examen de contrôle).			
9. Les demandes de coloscopie sont numérisées.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
B) Gestion des rendez-vous			
1. La prise de rendez-vous pour une coloscopie est faite par un guichet unique, c’est-à-dire un seul endroit pour la prise de rendez-vous pour toutes les coloscopies.			
2. Les usagers n’ont pas à appeler eux-mêmes pour prendre leur rendez-vous.			
3. L’organisation du travail au guichet de rendez-vous permet un horaire de travail sans interruption sur l’heure du midi et un accès continu pour la clientèle.			
4. Les usagers et les médecins référents sont en mesure de communiquer avec le guichet d’accès par le biais d’un numéro de téléphone unique.			
5. Le pourcentage d’absence des usagers à leur rendez-vous est documenté et suivi dans le cadre d’un mécanisme de gestion afin d’en minimiser le taux.			
6. Des démarches sont entreprises pour améliorer la gestion des lignes téléphoniques et l’analyse de l’achalandage de ces lignes (ex. : achat d’un distributeur d’appels automatisés).			
7. Les disponibilités des équipes médicales sont connues et diffusées au moins trois mois à l’avance.			
8. Les plages horaires disponibles sont réparties entre les priorités, de façon à ce que les usagers inscrits en liste d’attente reçoivent leur service dans les délais prescrits (les hors délais sont clairement identifiés).			
9. Les rendez-vous sont attribués entre deux et quatre semaines avant la date de visite.			
10. Lors de la prise de rendez-vous, le personnel du guichet d’accès résume verbalement les consignes préparatoires.			
11. Le guichet d’accès met à la disposition de l’usager des médias complémentaires permettant la diffusion des consignes préparatoires (courrier, site Internet, courriel, etc.).			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
C) Gestion active de la liste d’attente			
1. Lorsque le guichet d’accès doit gérer les rendez-vous de la clinique externe de gastroentérologie (consultation) et ceux pour la coloscopie, il établit deux listes d’attente distinctes.			
2. La liste d’attente est construite de façon à distinguer les premiers examens (P1 à P5) et les examens de contrôle.			
3. Un fichier présentant les données d’accès est mis à jour périodiquement et rendu accessible à l’équipe, dont les médecins. Ce fichier permet de suivre et de diffuser les délais d’accès en fonction : - de la provenance des demandes; - du type de rendez-vous (primaire, contrôle) et de la priorité médicale (P1 à P5); - des algorithmes de prise en charge et de surveillance; - de l’offre et de la demande.			
4. Les agents administratifs et les infirmières (le cas échéant) ont reçu la formation pour attribuer adéquatement les rendez-vous selon les standards recommandés.			
5. Un mécanisme de validation de la liste d’attente est mis en place. Il assure une validation administrative et clinique de chacun des cas inscrits et permet d’identifier les coloscopies de dépistage (P5) et d’offrir aux usagers le test de RSOSi comme examen alternatif. Le mécanisme de validation doit également permettre l’attribution de rendez-vous dans des plages dédiées selon les résultats du processus de validation.			
6. Les demandes reçues avant que le logiciel de rendez-vous soit adapté pour capter les priorités et les indications cliniques sont « repriorisées » selon l’échelle P1 à P5.			
7. La circulaire <i>Gestion de la non-disponibilité personnelle de l’usager inscrit sur la liste d’attente pour l’obtention d’un service médical spécialisé</i> est appliquée.			
8. Les nouvelles demandes entrantes sont dirigées vers un médecin dont la disponibilité permet de respecter le délai d’accès selon la priorité (<i>pool</i>).			
9. Au moins 90 % des demandes de coloscopies respectent l’indication et la priorité clinique (moins de 10 % des demandes sont hors délais).			
10. Le nombre de nouvelles demandes entrantes et la production de coloscopies sont suivis et évalués chaque semaine. - L’établissement effectue des analyses permettant d’assurer l’adéquation entre l’offre et la demande. - L’établissement met en place des moyens pour faire les ajustements requis. En d’autres termes, un mécanisme est mis en place en permanence pour que la production moyenne de coloscopies réalisées par semaine soit équivalente au nombre de demandes entrantes.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
D) Système de rendez-vous			
1. Le dictionnaire de variables des données est intégré et utilisé dans le système de rendez-vous.			
2. Les variables du système de rendez-vous permettent une recherche par type de rendez-vous (examen primaire ou examen de contrôle) et par priorité.			
3. Le système de rendez-vous permet la production de rapport de gestion des listes d’attente.			
4. Le système de rendez-vous permet un transfert de données par un fichier XML vers un entrepôt de données temporaire au MSSS (ex. : SIMASS).			
5. Un seul système de rendez-vous est utilisé pour la gestion de l’accès en consultation spécialisée et services diagnostiques.			
E) Gouvernance et mécanismes d’assurance qualité en cas d’écarts aux normes recommandées			
1. Une gouverne efficace est mise en place pour gérer l’accès à tous les paliers (MSSS, agence et établissements).			
2. Des mesures correctives sont mises en place en cas d’écart aux normes d’accès aux niveaux local, régional et provincial par les acteurs concernés (établissements, agence et MSSS).			
3. Le responsable local de l’accès de l’établissement travaille en collaboration avec l’équipe de gestion des rendez-vous, les <i>leaders</i> clinico-administratifs de l’unité d’endoscopie digestive ainsi que le responsable de gestion de l’accès au niveau régional.			
4. L’établissement assure le suivi du projet avec le responsable régional du dossier et prépare ses plans d’action en collaboration avec ce dernier.			

Annexe 3A : Dictionnaire des données : définition des variables requises pour le suivi de l'accès en coloscopie

1. ÉLÉMENT	Numéro de la demande
FORMAT	12 – numérique (XXXXXXXXXXXXXX)
DÉFINITION	Numéro unique séquentiel attribué par l'établissement à chacune des demandes inscrites
DESCRIPTION	Cette information est inscrite automatiquement par le système lorsque la requête est saisie.
PRÉCISION	C'est cette information qui doit être transmise au MSSS. C'est ce numéro qui servira d'identifiant au MSSS. L'établissement doit être en mesure de pouvoir identifier l'utilisateur à partir de ce numéro, mais pas le MSSS.
2. ÉLÉMENT	Statut de la demande
FORMAT	10 – alphabétique
DÉFINITION	Progression évolutive de l'état de la demande en fonction des informations inscrites
DESCRIPTION	Cette information est gérée par le système et peut prendre les valeurs suivantes : En attente : <i>La demande est inscrite sur la liste d'attente et n'a pas de date prévue de rendez-vous d'inscrite au système.</i> Programmée : <i>La demande est inscrite sur la liste d'attente et une date prévue de rendez-vous est inscrite au système.</i> Réalisée : <i>Demande pour laquelle le rendez-vous prévu a eu lieu, c'est-à-dire que l'utilisateur s'est présenté à son rendez-vous.</i> Attente future : <i>Demande qui sera en attente dans le futur. La demande est en attente d'être en attente, c'est-à-dire que la date de début d'attente est dans le futur par rapport à la date du jour (ex. : une demande devant être planifiée dans six mois et qui ne doit pas apparaître sur la liste d'attente avant six mois).</i>
PRÉCISION	Cette information est évolutive en fonction des données saisies et peut être forcée manuellement.
RÈGLES DE VALIDATION	Variables obligatoires pour chacun des statuts : En attente : • Date d'inscription; • Type d'examen; • Priorité médicale; • Date de début de l'attente.

Programmée (variables du statut en attente plus) :

- Date prévue du rendez-vous.

Réalisée (variables du statut programmé plus) :

- Date de réalisation.

Attente future :

- Rendez-vous de contrôle dont la date de début d'attente est dans le futur par rapport à la date du jour.

3. ÉLÉMENT	Date d'inscription
FORMAT	8 – numérique (AAAA-MM-JJ)
DÉFINITION	Année, mois et jour où la demande ou la requête a été saisie dans le système d'information
DESCRIPTION	Cette information est inscrite automatiquement par le système lorsque la requête est saisie.
RÈGLES DE VALIDATION	La date d'inscription doit être inférieure ou égale à la date du jour.
4. ÉLÉMENT	Type de rendez-vous
FORMAT	2 – Numérique
DÉFINITION	Indique s'il s'agit d'un premier examen ou d'un examen de contrôle
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISION	Primaire : Il s'agit du premier rendez-vous pour cet examen. Contrôle : Lorsqu'un ou plusieurs examens de suivi sont nécessaires pour le même diagnostic, il s'agit d'examens de contrôle.
RÈGLES DE VALIDATION	Les seules valeurs transmises acceptées sont : 01 : Primaire; 02 : Contrôle.
5. ÉLÉMENT	Priorité médicale
FORMAT	1 - Numérique
DÉFINITION	Délai clinique à l'intérieur duquel l'examen doit être réalisé
PRÉCISION	La priorité médicale définie par le médecin référent a toujours préséance.
DESCRIPTION	Les priorités médicales doivent s'adapter aux domaines couverts afin de respecter les particularités cliniques.
SOURCE	Table des priorités médicales
RÈGLES DE VALIDATION	Pour le type de rendez-vous « primaire » les seules valeurs transmises acceptées sont : 1 : Immédiat : ≤ 24 heures;

2 : Urgent : ≤ 14 jours;

3 : Semi-électif : ≤ 60 jours;

4 : Électif : ≤ 182 jours;

5 : Dépistage pour personne à risque moyen.

Pour le type de rendez-vous « contrôle », le champ priorité n'est pas obligatoire. Une valeur nulle est acceptée.

6. ÉLÉMENT	Date de début de l'attente
FORMAT	8 – numérique (AAAA-MM-JJ)
DÉFINITION	Année, mois et jour où le temps d'attente commence à compter
DESCRIPTION	Cette donnée est saisie par l'utilisateur et correspond à la date de la réception de la demande à l'établissement pour une première visite et à la date d'inscription plus le délai prescrit par le requérant pour les contrôles.
RÈGLES DE VALIDATION	Pour un premier rendez-vous (rendez-vous primaire) : - Date de réception ≤ Date de début d'attente ≤ Date d'inscription. Pour un rendez-vous de contrôle : - Date de début d'attente ≥ Date d'inscription.
7. ÉLÉMENT	Date de début de non-disponibilité
FORMAT	8 – numérique (AAAA-MM-JJ)
DÉFINITION	Date à partir de laquelle l'utilisateur n'est pas disponible pour l'examen/intervention. Chaque jour de non-disponibilité repousse la date limite d'intervention d'une journée.
PRÉCISION	Donnée associée à la raison de non-disponibilité (personnelle/médicale) Information à compléter pour la chirurgie et l'endoscopie seulement
RÈGLES DE VALIDATION	Cette date doit être ultérieure à la date de début de l'attente.
8. ÉLÉMENT	Date de fin de non-disponibilité
FORMAT	8 – numérique (AAAA-MM-JJ)
DÉFINITION	Date à partir de laquelle l'utilisateur redevient disponible pour l'examen/intervention
PRÉCISION	Doit être associée à une date de début de non-disponibilité
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire lorsqu'il s'agit d'une non-disponibilité pour raison personnelle. Cette donnée est facultative pour une non-disponibilité pour raison médicale puisqu'on ne connaît pas toujours la date à laquelle l'utilisateur sera en mesure de subir l'examen/intervention.

RÈGLES DE VALIDATION	Cette date doit être ultérieure à la date de début de non-disponibilité.
9. ÉLÉMENT	Raison de non-disponibilité
FORMAT	12 – Alphabétique
DÉFINITION	Raison pour laquelle un usager n'est pas disponible pour recevoir le service demandé. Cette information concerne toujours et exclusivement la disponibilité de l'utilisateur, jamais celle du médecin.
PRÉCISION	Donnée obligatoire lorsqu'il y a une date de début de non-disponibilité.
DESCRIPTION	La non-disponibilité peut être pour une raison personnelle ou médicale : • Médicale : L'utilisateur ne peut subir l'examen/intervention puisqu'une raison médicale l'en empêche (traitements de chimiothérapie, maladie, intervention chirurgicale, etc.). • Personnelle : L'utilisateur n'est pas disponible pour l'examen/intervention pour une raison non médicale (voyage, mariage du beau-frère, etc.).
RÈGLES DE VALIDATION	Ce champ ne peut être vide lorsqu'une date de début de non-disponibilité est inscrite.
10. ÉLÉMENT	Date prévue
FORMAT	8 – numérique (AAAA-MM-JJ)
DÉFINITION	Date à laquelle l'examen est planifié
PRÉCISION	Change le statut de « En attente » à « Programmé »
RÈGLES DE VALIDATION	Cette date doit être ultérieure ou la même que la date d'inscription et ne doit pas chevaucher une période de non-disponibilité.
11. ÉLÉMENT	Date de réalisation
FORMAT	8 – numérique (AAAA-MM-JJ)
DÉFINITION	Année, mois et jour où l'examen/intervention a été réalisé
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et change le statut de la demande à « Réalisé ».
RÈGLES DE VALIDATION	Cette date ne peut être antérieure à la date de début de l'attente. La date de réalisation doit être antérieure ou la même que la date du jour.

12. ÉLÉMENT

Délai d'attente

FORMAT

5 – numérique

DÉFINITION

Nombre de jour d'attente depuis l'inscription

PRÉCISION

Lorsque le statut est « En attente » ou « Programmé » : Date du jour - date de début d'attente - nombre de jours de non-disponibilité.

Lorsque le statut est « Réalisé » : Date de réalisation - date de début d'attente - nombre de jours de non-disponibilité.

Cette information est calculée automatiquement par le système.

RÈGLES DE

Pour calculer l'intervalle de non-disponibilité, ne pas inclure la borne inférieure (date de début de

VALIDATION

non-disponibilité).

Annexe 4 : Grille d'évaluation - Normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie

Grille d'évaluation – Normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie

La présente grille d'évaluation a été élaborée par la DQC. Elle vise à soutenir les coloscopistes, les infirmières et les infirmières auxiliaires pour qu'ils évaluent leur niveau de conformité aux recommandations du Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec (section 4 Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie et section 3 Normes de gestion de l'accès à la coloscopie). Les constats faits à la suite de cette analyse permettront aux établissements d'élaborer un plan d'action qui soit conforme aux recommandations et de situer le pourcentage de réalisation des travaux et d'atteinte des résultats. Il est à noter que l'utilisateur doit adapter cette grille aux besoins spécifiques de son établissement et de sa pratique.

Identification

Nom de l'établissement :	
Fonction occupée :	
Date :	

Objectifs

La mise à niveau des unités d'endoscopie devrait être complétée dans un délai de douze mois. Un délai total maximum de dix-huit mois pourrait être alloué en fonction de l'ampleur des travaux à réaliser. La grille devrait être complétée au début du projet et révisée au milieu et à la fin du projet pour faire état de l'avancement des travaux et pour ajuster le plan d'action en conséquence. L'évaluation vise les deux objectifs suivants :

- 1) Situer les pratiques cliniques et organisationnelles relatives à la coloscopie au sein de l'établissement selon les documents *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*¹⁰, *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte* et *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec* dans une perspective d'amélioration continue.

¹⁰ Il est à noter que le document sur les normes de pratique en coloscopie a été élaboré à partir des critères de qualité diffusés par le Collège des médecins du Québec (voir tableau 3 du présent guide).

2) Identifier les pratiques nécessitant des améliorations ou des modifications et préparer un plan d'action permettant l'atteinte des résultats.

La grille d'évaluation sur les normes de pratique clinique en coloscopie doit être complétée pour chaque coloscopiste (section A) et infirmière (section B), soit par la réalisation d'audits de dossiers, par l'exploitation des données captées dans le progiciel endoscopique¹¹ ou par le biais d'observations directes. En complément, un portrait de la pratique de l'équipe peut également être réalisé par le chef médical et l'infirmière-chef en endoscopie digestive.

Soulignons que les critères en bleu sont jugés des incontournables pour mener à terme et assurer la pérennité du projet de mise à niveau. Il est important que les critères de conformités soient respectés à 100 %.

Par ailleurs, les critères en blanc sont des indicateurs souhaités pour toute la démarche de réalisation du projet de mise à niveau.

¹¹ L'utilisation d'un progiciel endoscopique pour produire les rapports permet d'assurer une complétude des données de meilleure qualité et ainsi déterminer de façon précise l'atteinte des normes de pratique clinique.

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
A) Respect des normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (coloscopistes)			
DOCUMENTATION			
1. Chaque coloscopiste a pris connaissance des documents diffusés par la DQC portant sur les normes cliniques : 1) document sur les normes de pratique clinique relatives à la coloscopie; 2) formulaire de <i>Demande de coloscopie longue AH-702</i> et 3) algorithmes de surveillance et de prise en charge en fonction du risque et suivi clinique selon la condition.			
2. Chaque coloscopiste a révisé sa pratique pour se conformer aux normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie :			
VOLUME DE COLOSCOPIES RÉALISÉES			
➤ Réalise plus de 150 coloscopies par année			
➤ Réalise en moyenne 12 coloscopies par salle dédiée, par jour ou 6 coloscopies par demi-journée			
PRÉPARATION COLIQUE			
➤ Utilise la préparation colique recommandée et la documente			
➤ Documente la tolérance de l’usager à la préparation colique			
➤ Documente l’observance de l’usager quant aux règles requises pour la première préparation			
➤ Justifie et documente le choix de la préparation pour une deuxième coloscopie			
➤ Documente la qualité de la préparation intestinale de ses usagers			
➤ A une moyenne de préparation intestinale excellente ou bonne pour ses usagers dans 90 % des cas			
TEMPS DE RETRAIT			
➤ Documente son temps de retrait moyen			
➤ A un temps moyen de retrait d’au moins 6 minutes			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
A) Respect des normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (coloscopistes) – SUITE			
SÉDATION-ANALGÉSIE			
➤ Offre une sédation-analgésie à tous les usagers qui doivent subir une coloscopie.			
➤ S’assure que la surveillance pré, per et postcoloscopie (signes vitaux, etc.) est réalisée adéquatement et documentée au dossier selon les normes du CMQ sur la sédation-analgésie et les <i>Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l’adulte</i> publiées par l’OIIQ ¹²			
➤ Documente l’utilisation ou non d’une sédation-analgésie et les raisons pour lesquelles la sédation n’est pas administrée selon le cas			
ANTIBIOPROPHYLAXIE			
➤ Administre une antibioprophylaxie avant une coloscopie uniquement aux usagers ayant une cirrhose et des saignements du tractus gastro-intestinal (au moment de l’admission). Aucune autre indication ne justifie une antibioprophylaxie.			
THÉRAPIE ANTITHROMBOTIQUE			
➤ Documente les modalités de prise en charge de l’usager sous thérapie antithrombotique en vue d’une coloscopie			
➤ Documente les raisons de tout écart aux exigences de cette norme			
POLYPECTOMIE			
➤ Récupère ≥ 95 % des polypes détectés et les transmet en pathologie			
➤ Documente la détection de polypes dans le rapport de coloscopie			
➤ Documente la détection d’adénomes dans le rapport de coloscopie			
RAPPORT STANDARDISÉ (SYNOPTIQUE)			
➤ Documente ses coloscopies à l’aide d’un rapport informatisé. Si aucun système informatique n’est disponible, il s’assure que le contenu recommandé dans la norme (rapport standardisé) est présent dans son rapport			

¹² Ces informations peuvent être colligées par l'infirmière.

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
A) Respect des normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (coloscopistes) – SUITE			
ATTEINTE DU CAECUM			
➤ Effectue l’intubation jusqu’au caecum dans : • ≥ 95 % des cas chez les adultes asymptomatiques (inclut les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi) • ≥ 90 % des cas pour tous les autres usagers (symptomatiques)			
➤ Documente, par photographie ou par enregistrement vidéo, <u>dans tous les cas</u> , la visualisation du caecum avec l’identification de deux des trois points de repère identifiés (l’orifice appendiculaire, la valvule iléo-cæcale et la confluence des ténias)			
➤ Lorsqu’une coloscopie est incomplète, documente l’atteinte du point le plus proximal du côlon par photographie ou par enregistrement vidéo			
COMPLICATIONS – SUIVI DES ÉVÉNEMENTS CLINIQUES			
➤ Assure le suivi des événements cliniques significatifs (perforation, hémorragie, etc.)			
Le taux de perforation respecte l’ensemble des indicateurs suivants : • < 1/1000 pour toutes les coloscopies; • < 1/2000 pour les coloscopies effectuées chez les usagers asymptomatiques (inclut les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi); • < 1/500 pour les coloscopies <u>avec polypectomie</u> effectuées chez les usagers asymptomatiques (inclut les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi). Le taux d’ hémorragie suivant une polypectomie doit être : • < 1/100; • peut atteindre jusqu’à 10 % pour les polypes de plus de 2 cm, particulièrement pour ceux situés dans le côlon proximal . Le taux de complications liées à la sédation doit être : • ≤ 1/100 pour les complications mineures liées à l’utilisation de sédation, c’est-à-dire : - utilisation d’antagonistes; - dépression cardiorespiratoire ou obstruction des voies respiratoires nécessitant une intervention non planifiée; - hypotension requérant une intervention; • < 1/300 pour les complications sérieuses, c’est-à-dire : - complications cardiovasculaires liées à l’utilisation de la sédation nécessitant, par exemple, la ventilation ou l’intubation de l’usager. • ≤ 1/1000 pour les arythmies cardiaques nécessitant une intervention; • ≤ 1/1000 pour les cas d’aspiration pulmonaire des résidus gastriques. Aucun décès attribuable à la coloscopie.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
A) Respect des normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (coloscopistes) – SUITE			
GESTION DES REQUÊTES ET DE L'ACCÈS EN COLOSCOPIE			
➤ Utilise le formulaire de demande en coloscopie recommandé et réfère au guichet d'accès identifié par l'établissement			
➤ Collabore avec l'établissement dans le cas où il doit compléter une requête de nouveau afin que les rendez-vous soient attribués adéquatement (ex : requête incomplète)			
➤ Respecte les horaires des coloscopies prévues			
➤ Seulement lorsque requis par une condition particulière, établit une priorité clinique selon les indications figurant aux algorithmes de surveillance et de prise en charge en fonction du risque et du suivi clinique selon la condition			
➤ Documente les modalités de prise en charge de l'usager en fonction de son risque et de sa condition et explique la raison de tout écart aux exigences indiquées			
➤ Collabore aux travaux de mise en place d'un mécanisme permettant que les demandes de coloscopie puissent être acheminées uniquement au guichet d'accès			
➤ Collabore à l'implantation d'un mécanisme qui privilégie l'utilisation de la RSOSi plutôt que la coloscopie pour les personnes en attente d'une coloscopie de dépistage du cancer colorectal			
➤ Collabore aux travaux d'implantation d'un mécanisme permettant que les personnes qui doivent passer une coloscopie puissent passer cet examen sans consultation préalable avec un coloscopiste			
➤ Collabore aux travaux visant à ce que les disponibilités des équipes médicales soient connues et diffusées au moins trois mois à l'avance et pour que les nouvelles demandes entrantes soient planifiées avec le médecin qui a la disponibilité la plus proche			
➤ Prend connaissance de la liste d'attente diffusée aux équipes médicales et s'implique dans la mise en place de stratégies pour garantir l'accès à la coloscopie et pour assurer un équilibre entre l'offre et la demande			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
A) Respect des normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (coloscopistes) – SUITE			
MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ EN CAS D'ÉCARTS AUX NORMES RECOMMANDÉES			
Le chef médical de l'unité d'endoscopie digestive encourage ses membres à appliquer les normes recommandées.			
Le chef médical de l'unité d'endoscopie digestive, de concert avec les chefs de département concernés, a mis en place avec le CMDP des mesures pour évaluer la qualité de l'acte (conformément aux exigences des normes de pratiques clinique et organisationnelle) et pour offrir du soutien aux coloscopistes. Par exemple : ➤ Soutien des médecins lorsque leur pratique s'écarte des normes (ex. : formation, stage); ➤ Accès au programme de développement professionnel continu (ex. : formation, <i>coaching</i>, stage); ➤ Révision des cas d'évènements critiques survenus en coloscopie via le CMDP dans un objectif d'amélioration de la qualité de l'acte.			
Le chef médical s'assure sur une base annuelle du déploiement des actions visant à évaluer la qualité de l'acte et pour offrir du soutien aux coloscopistes.			
Un processus de revue de dossiers a été implanté avec le CMDP pour évaluer de façon continue le niveau d'atteinte des normes cliniques.			
ATTRIBUTION DES PRIVILÈGES EN COLOSCOPIE – FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES			
➤ Chaque établissement attribue des privilèges en coloscopie en fonction de la norme intitulée <i>Compétences en coloscopie</i> : octroi des privilèges, formation et maintien des compétences des coloscopistes.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
B) Respect des normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie (infirmière et infirmière auxiliaire en coloscopie)			
1. La direction des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec les instances concernées, a pris connaissance des documents de référence, soit : 1) <i>Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte(OIIQ)</i> ; 2) <i>Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie (DQC)</i> ; 3) formulaire de demande de coloscopie longue AH-702 (DQC) et 4) algorithmes de surveillance et de prise en charge en fonction du risque et suivi clinique selon la condition (DQC).			
2. Chaque infirmière et infirmière auxiliaire a pris connaissance des <i>Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte</i> publiées par l'OIIQ.			
3. La DSI s'assure que les pratiques cliniques sont revues pour correspondre aux lignes directrices de l'OIIQ et que les normes professionnelles applicables à l'infirmière et l'infirmière auxiliaire sont respectées.			
4. En cas d'écarts, la DSI s'assure que des activités de soutien et de formation sont mises en œuvre.			
5. Les infirmières complètent la formation en ligne offerte par l'OIIQ (lorsque que disponible).			
6. Une formation est donnée sur l'utilisation du formulaire d'évaluation pré, per et postcoloscopie.			
7. Le personnel infirmier utilise le formulaire d'évaluation pré, per et postcoloscopie adapté en fonction des lignes directrices.			
8. La DSI met en place des mesures pour évaluer de façon continue la qualité de la pratique des infirmières et leur offrir du soutien. Par exemple : ➤ Un processus de revue de dossier est mis en place. Une grille d'évaluation sert à évaluer l'application des lignes directrices et la complétion du formulaire d'évaluation avec la collaboration du Conseil des infirmières et des infirmiers dans l'établissement; ➤ Soutien des infirmières lorsque leur pratique s'écarte des normes (ex. : formation, stage, accompagnement clinique, etc.); ➤ Accès au programme de développement professionnel continu (formation, <i>coaching</i> , stage).			
9. Douze mois après le début des travaux, la DSI dresse un bilan faisant état du niveau d'application des normes touchant la pratique clinique et organisationnelle infirmière, du soutien apporté pour faciliter leur implantation et des mécanismes d'assurance qualité mis en place en cas d'écarts aux normes.			

Annexe 4A : Exemple de formulaire d'évaluation et de surveillance clinique en coloscopie proposé par l'OIIQ



**Endoscopie digestive
Formulaire d'évaluation
et de surveillance clinique**

Information — Client

Date de l'examen

Année		Mois		Jour	

Heure

Arrivée	Départ

1- Informations générales	
Motif de l'intervention :	
Provenance du client :	☐ Domicile ☐ Unité de soins ☐ Autre établissement de santé
☐ Le client sera accompagné par une personne après l'examen (précaution obligatoire pour la coloscopie sous sédation)	
Le client doit comprendre l'information reçue ¹ (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

2. Évaluation précoloscopie, consentement aux soins et interventions préalables à l'examen	
☐ À jeun ☐ Diète liquide x 24 heures ☐ Préparation colique effectuée : _____ ☐ Diabète ☐ Insulinodépendant ☐ Glaucome ☐ Problèmes cardiovasculaires ☐ Auscultation cardiaque : _____ ☐ Problèmes respiratoires (MPOC, asthme, apnée du sommeil, autre) ☐ Auscultation pulmonaire : _____	☐ IMC : _____ ou tour de taille : _____ IMC = poids (kg) / [taille (m) x taille (m)] IMC = poids (lb) / [taille (po) x taille (po)] ☐ Allergies : _____ ☐ Chirurgie abdominale antérieure : _____ ☐ Autres problèmes actuels ou antécédents (p. ex., maladie du foie, diverticulite, constipation chronique, consommation de tabac, d'alcool ou de drogues) _____ _____ _____

¹ Le moyen de transmission de l'information au client peut varier, p. ex., envoi postal.

2. Évaluation précoloscopie, consentement aux soins et interventions préalables à l'examen (suite)	
☐ Réactions indésirables par suite d'une sédation-analgésie (ou d'une anesthésie). Précisez : _____ 	☐ Port de prothèses ou présence de métal : ☐ prothèses dentaires ☐ appareils auditifs ☐ lunettes ☐ lentilles ☐ valvule cardiaque ☐ défibrillateur interne, stimulateur cardiaque. Précisez : _____
☐ 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 qui limite son activité, non invalidante ☐ ASA 3 : client atteint d'une affection systémique qui limite son activité, non invalidante ☐ ASA 4 : client atteint d'une affection systémique grave qui présente un risque constant pour sa vie 	☐ Directives écrites données pour les 24 heures suivant l'examen : ne pas conduire, ne pas prendre de décision importante et ne pas consommer d'alcool, de drogues, etc.)
☐ Antécédents d'intubation difficile 	☐ Cathéter IV en place et perméable, site d'insertion : _____
☐ Médicament antithrombotique : _____ 	☐ Médicament administré en prophylaxie ² . Spécifiez : _____
☐ Médicament devant être cessé pour l'examen (nom, date et heure d'administration et d'arrêt). Précisez : _____ 	☐ Signes vitaux : ☐ P.A. _____ ☐ Pouls _____ ☐ T° _____ ☐ Respiration _____ ☐ Oxygène. Spécifiez : _____ ☐ Saturation _____ ☐ Douleur : _____
☐ Substitution par une HFPM ³ : Dose et voie d'administration : _____ Débutée (date et heure) : _____ Dernière dose reçue (date et heure) : _____ Fréquence (ex. : die ou b.i.d.) : _____ ☐ Autres médicaments (p. ex. : utilisation fréquente ou régulière de laxatifs) : _____ 	☐ Vérification des résultats de laboratoire (le cas échéant). Spécifiez : _____
☐ Enseignement dispensé au client (nature et déroulement de l'examen, résultats anticipés, risques significatifs liés à l'examen et réponses aux questions du client) ☐ Possibilité d'être enceinte ☐ S'assurer que le consentement aux soins est signé (ne pas le faire signer avant que le client ait reçu l'enseignement sur l'examen et la sédation, s'il y a lieu) 	
Constat de l'évaluation : _____ 	

Pré-évaluation réalisée par : _____
 Signature de l'infirmière

² C'est le médicament administré immédiatement avant la coloscopie.

³ HFPM : héparine de faible poids moléculaire.

3. Interventions, évaluation en cours d'évolution et surveillance clinique (pendant et après l'examen)

Clientèles à risque qui requièrent une surveillance accrue :	
☐ Personne âgée de plus de 70 ans	☐ Personne souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique
☐ Personne naïve à un opiacé (nouvel opiacé débuté depuis moins d'une semaine)	☐ Personne ayant subi un traumatisme crânien
☐ Personne souffrant de MPOC	☐ Personne souffrant d'obésité grave (IMC supérieur à 35)
☐ Personne souffrant d'apnée du sommeil	☐ Personne prenant d'autres médicaments qui ont un effet dépressif sur le SNC

PARAMÈTRES À ÉVALUER	ÉCHELLE DE DOULEUR	ÉCHELLE DE SÉDATION	EFFETS SECONDAIRES
- 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 % 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.			

[illegible]

⁴ À l'exception des clients qui présentent une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'infirmière doit aussi tenir compte de la valeur initiale mesurée.

² L'infirmière ne doit pas seulement évaluer la fréquence de la respiration, mais aussi l'amplitude et le rythme, et consigner ces deux paramètres dans sa note d'observation lorsqu'ils sont anormaux, c'est-à-dire lorsque la respiration est superficielle et / ou irrégulière.

^a 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.

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 :				
- Interrompre les narcotiques et médicaments déprimeurs du SNC. - Stimuler la respiration 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.				
Notes d'observation de l'infirmière : _____				
☐ Antagonistes de la sédation-analgésie administrés Lorsqu'un antagoniste est administré, le client doit faire l'objet d'une surveillance clinique étroite et adaptée à sa condition de santé. L'infirmière doit consigner avec précision les circonstances de l'incident ou de l'accident, les paramètres cliniques, son évaluation, ses interventions de même que les résultats observés sur le client.				
HEURE	NOM DU MÉDICAMENT	DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

Signature de l'infirmière / Initiales

Signature de l'infirmière / Initiales

4. Évaluation en vue du départ du client (critères de congé) ⁸ :												
☐ Aucun antagoniste utilisé pour contrecarrer l'effet d'un opiacé ou d'une benzodiazépine. Si un antagoniste a été administré, le client doit faire l'objet d'une surveillance clinique adéquate sur une période de temps suffisamment longue (minimum 120 minutes après la dernière dose d'antagoniste reçue) pour éviter une sédation de rebond. <u>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 être vu par le médecin avant son départ de l'unité de récupération.</u>												
CRITÈRE	PROPOSITION	SCORE ⁹										
Motricité	• Immobile	☐ 0										
	• 2 membres mobiles	☐ 1										
	• 4 membres mobiles	☐ 2										
Respiration	• Apnée	☐ 0										
	• Ventilation superficielle, dyspnée	☐ 1										
	• Ventilation profonde, toux efficace	☐ 2										
Variation de la pression artérielle systolique	• Supérieure ou égale à 50 %	☐ 0										
	• De 20 à 50 %	☐ 1										
	• Inférieure ou égale à 20 %	☐ 2										
Conscience	• Aréactif	☐ 0										
	• Réactif à la demande	☐ 1										
	• Réveillé	☐ 2										
Sa O ₂	• < 90 % malgré l'apport d'oxygène	☐ 0										
	• > 90 % grâce à l'apport d'oxygène	☐ 1										
	• > 92 % à l'air ambiant	☐ 2										
<u>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.</u> Total : _____ / 10												
Au départ du client (ce qui a été fait ou remis au client) : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Cathéter IV retiré (site et cathéter intact)</td> <td>☐ Client ambulant</td> </tr> <tr> <td>☐ Enseignement post-intervention dispensé (rappel)</td> <td>☐ Client accompagné par : _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Formulaire d'arrêt de travail signé</td> <td>☐ Client seul (possible seulement avec l'examen sans sédation)</td> </tr> <tr> <td>☐ Rendez-vous avec le médecin</td> <td>☐ Autre : _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Cartes d'assurance maladie et d'hôpital</td> <td>_____</td> </tr> </table>			☐ Cathéter IV retiré (site et cathéter intact)	☐ Client ambulant	☐ Enseignement post-intervention dispensé (rappel)	☐ Client accompagné par : _____	☐ Formulaire d'arrêt de travail signé	☐ Client seul (possible seulement avec l'examen sans sédation)	☐ Rendez-vous avec le médecin	☐ Autre : _____	☐ Cartes d'assurance maladie et d'hôpital	_____
☐ Cathéter IV retiré (site et cathéter intact)	☐ Client ambulant											
☐ Enseignement post-intervention dispensé (rappel)	☐ Client accompagné par : _____											
☐ Formulaire d'arrêt de travail signé	☐ Client seul (possible seulement avec l'examen sans sédation)											
☐ Rendez-vous avec le médecin	☐ Autre : _____											
☐ Cartes d'assurance maladie et d'hôpital	_____											

Signature de l'infirmière / Initiales

Signature de l'infirmière / Initiales

⁸ Inspiré de : Heather, E. (2006). From Aldrete to PADSS : Reviewing Discharge Criteria After Ambulatory Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 21(4), 250-267.

⁹ Encercler le chiffre qui correspond au score du client.

Annexe 4B : Revue de dossier - Grille d'audit proposée par la DQC sur l'utilisation et la manière de remplir le formulaire d'évaluation et de surveillance en soins infirmiers en coloscopie

INTRODUCTION

Des lignes directrices encadrant la pratique infirmière en coloscopie chez l'adulte ont été diffusées par l'OIIQ en 2011¹³. Ces lignes directrices visent à encadrer, à standardiser et à harmoniser la pratique infirmière dans ce domaine.

L'évaluation de la pratique professionnelle est une démarche d'amélioration de la qualité des soins infirmiers. L'évaluation de la pratique infirmière peut avoir deux objectifs :

- évaluer la pratique infirmière dans un contexte plus général, soit l'ensemble des infirmières de l'unité d'endoscopie;
- évaluer chaque infirmière lors d'un audit.

Le présent document décrit le processus à suivre pour réaliser la revue des dossiers des infirmières en coloscopie ainsi qu'une grille d'audit sur l'utilisation et la complétion du formulaire d'évaluation et de surveillance en soins infirmiers en coloscopie. Il est inspiré des travaux réalisés dans les sites de démonstration de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de l'Hôpital général de Montréal (site Centre universitaire de santé McGill) et du CSSS Alphonse-Desjardins (site Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis).

Des éléments d'évaluation et de surveillance qui ne proviennent pas des *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte* (OIIQ) ont été ajoutés dans la grille d'audit en raison de leur pertinence. Un astérisque a été placé dans la grille pour les identifier.

¹³ OIIQ. *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*. Septembre 2011.

PROCESSUS DE REVUE DE DOSSIERS

ATTENTE : L'équipe de soins infirmiers en endoscopie utilise un formulaire d'évaluation et de surveillance permettant l'implantation des lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte de l'OIIQ.

GRILLE D'AUDIT SUR L'UTILISATION ET LA COMPLÉTION DU FORMULAIRE D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE EN SOINS INFIRMIERS EN COLOSCOPIE¹⁴

Indicateur : Taux de conformité pour l'utilisation et la complétion du formulaire d'évaluation et de surveillance en coloscopie

Équipe : Endoscopie

Secteur / unité : Ambulatoire

Nombre d'observations (dossiers) :

Nombre d'observations conformes :

Taux de conformité (%) :

Processus

- Ce processus s'effectue sur un échantillon de convenance de dossiers à réviser, à un moment précis et selon un intervalle de temps déterminé.
- L'évaluatrice inscrit sur sa grille d'audit si les indicateurs (éléments de la grille d'évaluation) sont présents.
- La présentation des résultats est faite de façon globale.

¹⁴ Cette grille a été développée dans le cadre des travaux du forum infirmier du PQDCCR, en collaboration avec l'OIIQ.

PRÉ ENDOSCOPIE

Informations générales		#		#		Sommaire du tableau				
		dossier		dossier						
		Examen:		Examen:						
		coloscopie gauche		coloscopie totale						
		Clientèle:		Clientèle:						
Ambulatoire		Ambulatoire								
É V A L U A T I O N I N I T I A L E	Accompagnateur à l'arrivée	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Accompagnateur au départ							0	0	0
	Bracelet d'identification							0	0	0
	Double identification de l'usager							0	0	0
	À jeun							0	0	0
	À jeun depuis quelle heure							0	0	0
	Diète liquide pendant 24 heures							0	0	0
	Préparation colique si coloscopie							0	0	0
	Accès veineux en place ou installé							0	0	0
	Site d'insertion							0	0	0
	Perméabilité							0	0	0
	Orientation dans les 3 sphères							0	0	0
	Précautions à prendre ds les prochains 24h							0	0	0
	Dépliant en lien avec l'examen remis							0	0	0
	Dépliant sur les conseils de sécurité après une sédation-analgésie remis si prévue							0	0	0
	Consentement aux soins signé et au dossier							0	0	0
	Pression artérielle							0	0	0
	Pouls							0	0	0
	Fréquence respiratoire							0	0	0
	Saturation O ₂							0	0	0
	Oxygénation (oxygène ou air ambiant)							0	0	0
	Ronflements							0	0	0
	Douleur							0	0	0
	Degré de sédation							0	0	0
	Effets secondaires							0	0	0
	Capnographie							0	0	0
								0	0	0
							0	0	0	
							0	0	0	
							0	0	0	
Compilation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

		# dossier		# dossier						
		Examen			Examen					
		Questionnaire fait:			Questionnaire fait:					
								Sommaire du tableau		
		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Médicaments, produits naturels, vitamines ou suppléments							0	0	0
	FADM ou liste des médicaments au dossier							0	0	0
	Gestion des antithrombotiques: nom du médicaments, INR du jour							0	0	0
	Arrêt, substitution HFP							0	0	0
	Allergies							0	0	0
	Problèmes cardiaques							0	0	0
	Pace maker/défibrillateur							0	0	0
Q	Problèmes respiratoires							0	0	0
U	Apnée du sommeil							0	0	0
E	Problèmes rénaux							0	0	0
S	Autres maladies							0	0	0
T	HTA							0	0	0
I	Diabète							0	0	0
O	Glaucome							0	0	0
N	Usage de tabac/alcool/drogues							0	0	0
N	Traumatisme crânien							0	0	0
A	Antécédents chirurgicaux							0	0	0
I	Réaction indésirable ou intubation difficile							0	0	0
R	Possibilité de grossesse							0	0	0
E	Allaitement							0	0	0
	Prothèses dentaires, auditives ou visuelles							0	0	0
	Chute au cours de la dernière année							0	0	0
	Prothèse métallique							0	0	0
	Poids et taille							0	0	0
	IMC							0	0	0
	Niveau d'anxiété							0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
	Compilation	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# dossier		# dossier		
Évaluation faite en:		Évaluation faite en:		
				Sommaire du tableau

É V A L U A T I O N (i n f)		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Résultats de laboratoire pertinents							0	0	0
	Auscultation pulmonaire							0	0	0
	Auscultation cardiaque							0	0	0
	Apnée du sommeil							0	0	0
	Âge > 70							0	0	0
	Naïf à un opiacé							0	0	0
	Ins. Rénale ou hépatique							0	0	0
	MPOC							0	0	0
	Traumatisme crânien récent							0	0	0
	IMC > 35							0	0	0
	Prise de médicaments ou substance avec effet sur le SNC							0	0	0
	ASA							0	0	0
	Constats de l'infirmière							0	0	0
								0	0	0
	Compilation	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# dossier		# dossier		
Réévaluation faite en:		Réévaluation faite en:		
				Sommaire du tableau

R É É V A L U A T I O N		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Dernière évaluation < 6 mois							0	0	0
	Apparition de nouveaux problèmes							0	0	0
	Prise de nouveaux médicaments, produits naturels, vitamines ou suppléments							0	0	0
	Vérifications des résultats de laboratoire							0	0	0
	Auscultation pulmonaire							0	0	0
	Auscultation cardiaque							0	0	0
	ASA							0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
	Compilation	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		# dossier			# dossier					
		Réévaluation faite en:			Réévaluation faite en:			Sommaire du tableau		
D O C U M E N T A T I O N		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Nom et prénom des intervenants							0	0	0
	Titre d'emploi des intervenants							0	0	0
	Initiales des intervenants							0	0	0
	Signatures lisibles							0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
Compilation		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commentaires de l'évaluatrice										

TABLEAU DE COMPILATION DES RÉSULTATS

Pré-endoscopie

Éléments de documentation évalués

<u>Évaluation initiale</u>	Oui	Non	S/O	Résultats
Accompagnateur à l'arrivée	0	0	0	0
Accompagnateur au départ	0	0	0	0
Bracelet d'identification	0	0	0	0
Double identification de l'utilisateur	0	0	0	0
À jeun	0	0	0	0
À jeun depuis quelle heure	0	0	0	0
Diète liquide pendant 24 heures	0	0	0	0
Préparation colique si coloscopie	0	0	0	0
Accès veineux en place ou installé	0	0	0	0
Site d'insertion	0	0	0	0
Perméabilité (manque 1 statistique)	0	0	0	0
Orientation dans les 3 sphères	0	0	0	0
Précautions à prendre ds les prochains 24h	0	0	0	0
Dépliant en lien avec l'examen remis	0	0	0	0
Dépliant sur les conseils de sécurité après une sédation-analgésie remis si prévue	0	0	0	0
Consentement aux soins signé et au dossier	0	0	0	0
Pression artérielle	0	0	0	0
Pouls	0	0	0	0
Fréquence respiratoire	0	0	0	0
Saturation O ₂	0	0	0	0
Oxygénation (oxygène ou air ambiant)	0	0	0	0
Ronflements	0	0	0	0
Douleur	0	0	0	0
Degré de sédation	0	0	0	0
Effets secondaires	0	0	0	0
Capnographie	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Compilation	0	0	0	0

TABLEAU DE COMPILATION DES RÉSULTATS

Pré-endoscopie

Éléments de documentation évalués

Évaluation initiale (suite)	Oui	Non	S/O	Résultats
Médicaments, produits naturels, vitamines ou suppléments	0	0	0	0
FADM ou liste des médicaments au dossier	0	0	0	0
Gestion des antithrombotiques: nom du médicaments, INR du jour	0	0	0	0
Arrêt, substitution HFPM	0	0	0	0
Allergies	0	0	0	0
Problèmes cardiaques	0	0	0	0
Pace maker/défibrillateur	0	0	0	0
Problèmes respiratoires	0	0	0	0
Apnée du sommeil	0	0	0	0
Problèmes rénaux	0	0	0	0
Autres maladies	0	0	0	0
HTA	0	0	0	0
Diabète	0	0	0	0
Glaucome	0	0	0	0
Usage de tabac/alcool/drogues	0	0	0	0
Traumatisme crânien	0	0	0	0
Antécédents chirurgicaux	0	0	0	0
Réaction indésirable ou intubation difficile	0	0	0	0
Possibilité de grossesse	0	0	0	0
Allaitement	0	0	0	0
Prothèses dentaires, auditives ou visuelles	0	0	0	0
Chute au cours de la dernière année	0	0	0	0
Prothèse métallique	0	0	0	0
Poids et taille	0	0	0	0
IMC	0	0	0	0
Niveau d'anxiété	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0

Évaluation infirmière (suite)				
Résultats de laboratoire pertinents	0	0	0	0
Auscultation pulmonaire	0	0	0	0
Auscultation cardiaque	0	0	0	0
Apnée du sommeil	0	0	0	0
Âge > 70	0	0	0	0
Naïf à un opiacé	0	0	0	0
Ins. Rénale ou hépatique	0	0	0	0
MPOC	0	0	0	0
Traumatisme crânien récent	0	0	0	0
IMC > 35	0	0	0	0
Prise de médicaments ou substance avec effet sur le SNC	0	0	0	0
ASA	0	0	0	0
Constats de l'infirmière	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Réévaluation				
Dernière évaluation < 6 mois	0	0	0	0
Apparition de nouveaux problèmes	0	0	0	0
Prise de nouveaux médicaments, produits naturels, vitamines ou suppléments	0	0	0	0
Vérifications des résultats de laboratoire	0	0	0	0
Auscultation pulmonaire	0	0	0	0
Auscultation cardiaque	0	0	0	0
ASA	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Compilation	0	0	0	0

TABLEAU DE COMPILATION DES RÉSULTATS

Pré-endoscopie

Éléments de documentation évalués

<u>Documentation</u>	Oui	Non	S/O	Résultats
Nom et prénom des intervenants	0	0	0	0
Titre d'emploi des intervenants	0	0	0	0
Initiales des intervenants	0	0	0	0
Signatures lisibles	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Compilation	0	0	0	0

PER-ENDOSCOPIE

Informations générales		#		#							
		dossier		dossier							
		Examen:			Examen:						
		Clientèle:			Clientèle:						
								Sommaire du tableau			
		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	
É V A L U A T I O N I N T E R V E N T I O N A L E	Explications données sur l'examen							0	0	0	
	Médecin avisé des constats							0	0	0	
	Pression artérielle							0	0	0	
	Pouls							0	0	0	
	Fréquence respiratoire							0	0	0	
	Saturation O ₂							0	0	0	
	Oxygénation (oxygène ou air ambiant)							0	0	0	
	Ronflements							0	0	0	
	Douleur							0	0	0	
	Degré de sédation							0	0	0	
	Effets secondaires							0	0	0	
	Capnographie							0	0	0	
	Complications documentées							0	0	0	
	Glycémie notée si requis							0	0	0	
	Salle d'examen							0	0	0	
	No. scope							0	0	0	
	Interventions							0	0	0	
	Laboratoire noté							0	0	0	
	Site de la plaque de dispersion							0	0	0	
	Retrait et état de la peau							0	0	0	
Autocollant apposé							0	0	0		
Heure de la fin de l'examen							0	0	0		
							0	0	0		
							0	0	0		
							0	0	0		
Compilation	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

		# dossier			# dossier					
		Réévaluation faite en:			Réévaluation faite en:					
								Sommaire du tableau		
D O C U M E N T A T I O N		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Nom et prénom des intervenants							0	0	0
	Titre d'emploi des intervenants							0	0	0
	Initiales des intervenants							0	0	0
	Signatures lisibles							0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
Compilation		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Commentaires de l'évaluatrice			
-------------------------------	--	--	--

TABLEAU DE COMPILATION DES RÉSULTATS

Per-endoscopie

Éléments de documentation évalués

<u>Information générale</u>	Oui	Non	S/O	Résultats
Explications données sur l'examen	0	0	0	0
Médecin avisé des constats	0	0	0	0
Pression artérielle	0	0	0	0
Pouls	0	0	0	0
Fréquence respiratoire	0	0	0	0
Saturation O ₂	0	0	0	0
Oxygénation (oxygène ou air ambiant)	0	0	0	0
Ronflements	0	0	0	0
Douleur	0	0	0	0
Degré de sédation	0	0	0	0
Effets secondaires	0	0	0	0
Capnographie	0	0	0	0
Complications documentées	0	0	0	0
Glycémie notée si requis	0	0	0	0
Salle d'examen	0	0	0	0
No. scope	0	0	0	0
Interventions	0	0	0	0
Laboratoire noté	0	0	0	0
Site de la plaque de dispersion	0	0	0	0
Retrait et état de la peau	0	0	0	0
Autocollant apposé	0	0	0	0
Heure de la fin de l'examen	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
<u>Documentation</u>				
Nom et prénom des intervenants	0	0	0	0
Titre d'emploi des intervenants	0	0	0	0
Initiales des intervenants	0	0	0	0
Signatures lisibles	0	0	0	0
	0	0	0	0
	0	0	0	0
Compilation	0	0	0	0

POST-ENDOSCOPIE

Informations générales		#		#						
		dossier		dossier						
		Examen:		Examen:						
		Clientèle:		Clientèle:						
				Sommaire du tableau						
		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
S u r v e i l l a n c e	Surveillance clinique d'au moins 30 minutes après la dernière dose de sédation-analgésie							0	0	0
	Surveillance clinique d'au moins 120 minutes si antagoniste							0	0	0
	Médication administrée inscrite sur FADM							0	0	0
	Pression artérielle							0	0	0
	Pouls							0	0	0
	Fréquence respiratoire							0	0	0
	Saturation O ₂							0	0	0
	Oxygénation (oxygène ou air ambiant)							0	0	0
	Ronflements							0	0	0
	Douleur							0	0	0
	Degré de sédation							0	0	0
	Effets secondaires							0	0	0
	Capnographie							0	0	0
	Complications documentées							0	0	0
								0	0	0
							0	0	0	
							0	0	0	
							0	0	0	
							0	0	0	
Compilation		0	0	0	0	0	0	0	0	0

# dossier		# dossier	
Examen		Examen	
Questionnaire fait:		Questionnaire fait:	

Sommaire du tableau

D é p a r t		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Critères de congé atteints avant le congé							0	0	0
	Départ autorisé par l'infirmière							0	0	0
	Enseignement post-intervention et rappel des conseils de sécurité si sédation-analgésie							0	0	0
	Départ accompagné							0	0	0
	Si quitte seul, départ documenté							0	0	0
	Heure de départ							0	0	0
	Rapport donné si requis							0	0	0
	Ordonnance médicale individuelle autorisant le congé							0	0	0
								0	0	0
Compilation		0	0	0	0	0	0	0	0	0

# dossier		# dossier	
Réévaluation faite en:		Réévaluation faite en:	

Sommaire du tableau

D o c u m e n t a t i o n		Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
	Nom et prénom des intervenants							0	0	0
	Titre d'emploi des intervenants							0	0	0
	Initiales des intervenants							0	0	0
	Signatures lisibles							0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
Compilation		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Commentaires de l'évaluatrice				
-------------------------------	--	--	--	--

TABLEAU DE COMPILATION DES RÉSULTATS Post-endoscopie Éléments de documentation évalués				
Surveillance	Oui	Non	S/O	Résultats
Surveillance clinique d'au moins 30 minutes après la dernière dose de sédation-analgésie	0	0	0	0
Surveillance clinique d'au moins 120 minutes si antagoniste	0	0	0	0
Médication administrée inscrite sur FADM	0	0	0	0
Pression artérielle	0	0	0	0
Pouls	0	0	0	0
Fréquence respiratoire	0	0	0	0
Saturation O ₂	0	0	0	0
Oxygénation (oxygène ou air ambiant)	0	0	0	0
Ronflements	0	0	0	0
Douleur	0	0	0	0
Degré de sédation	0	0	0	0
Effets secondaires	0	0	0	0
Capnographie	0	0	0	0
Complications documentées	0	0	0	0
Départ				
Critères de congé atteints avant le congé	0	0	0	0
Départ autorisé par l'infirmière	0	0	0	0
Enseignement post-intervention et rappel des conseils de sécurité si sédation-analgésie	0	0	0	0
Départ accompagné	0	0	0	0
Si quitte seul, départ documenté	0	0	0	0
Heure de départ	0	0	0	0
Rapport donné si requis	0	0	0	0
Ordonnance médicale individuelle autorisant le congé	0	0	0	0
Documentation				
Nom et prénom des intervenants	0	0	0	0
Titre d'emploi des intervenants	0	0	0	0
Initiales des intervenants	0	0	0	0
Signatures lisibles	0	0	0	0
	0	0	0	0
Compilation	0	0	0	0

Annexe 5 : Grille d'évaluation - Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie

Grille d'évaluation – Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie

La présente grille d'évaluation a été élaborée par la Direction de l'expertise et de la normalisation et la Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales du MSSS. Elle vise à soutenir les responsables des unités d'endoscopie digestive pour qu'ils évaluent leur niveau de conformité aux recommandations du Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec (section 5 Normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement physique d'une unité d'endoscopie). Elle vise également à faciliter l'élaboration d'une procédure (ex. : retraitement des dispositifs médicaux) ou à guider un établissement vers la création d'une unité optimale en terme immobilier. Les constats faits à la suite de cette analyse permettront aux établissements de situer le pourcentage de réalisation des travaux et d'atteinte des résultats et de préparer un plan d'action afin de se conformer aux recommandations. Il est à noter que l'utilisateur doit adapter cette grille aux besoins spécifiques de son établissement et de sa pratique.

Identification

Établissement :	
Personnes responsables :	Responsable clinique : Responsables techniques en architecture et en services électromécaniques :
Date de l'évaluation :	

Objectifs

La mise à niveau des unités d'endoscopie devrait être complétée dans un délai de douze mois, mais des actions doivent être posées dès le début du projet si des déficiences prioritaires sont observées. Un délai total maximum de dix-huit mois pourrait être alloué en fonction de l'ampleur des travaux à réaliser et des déficiences observées. La grille devrait être complétée au début du projet et révisée au milieu et à la fin du projet pour faire état de l'avancement des travaux et pour ajuster le plan d'action en conséquence. L'évaluation vise les trois objectifs suivants :

- 1) Situer les pratiques cliniques et organisationnelles relatives à la coloscopie au sein de l'établissement selon le *Guide pratique pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive du Québec* (MSSS, 2014) (section Normes de pratique relatives au retraitement des dispositifs médicaux et critères relatifs à l'aménagement d'une unité d'endoscopie) dans une perspective d'amélioration continue.
- 2) S'assurer que le cadre physique de l'unité d'endoscopie permet le respect des bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux et répond aux besoins du réseau en matière d'organisation optimale et sur le plan immobilier.
- 3) Identifier les pratiques nécessitant des améliorations ou des modifications et préparer un plan d'action pour corriger les déficiences identifiées comme étant prioritaires à court terme (en lien avec les critères apparaissant en gris dans la grille) ainsi que les actions à mettre en place à plus long terme.

Soulignons que les critères en bleu sont jugés des **incontournables** pour mener à terme et assurer la pérennité du projet de mise à niveau. Il est important que les critères de conformité soient respectés à 100 %.

Par ailleurs, les critères en blanc sont des indicateurs **souhaités** pour toute la démarche de réalisation du projet de mise à niveau.

Fondements

La présente grille d'auto-évaluation est principalement basée sur les documents suivants : *Lignes directrices de retraitement des endoscopes* (MSSS), *Unité de retraitement des dispositifs médicaux (unité de stérilisation)-Répertoire des guides de planification immobilière* (publié sur le site du MSSS), *Principes généraux d'aménagement en PCI* (publié sur le site du MSSS), *Programme Qmentum sur le retraitement des appareils médicaux réutilisables*, *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections* de l'Agence de la santé publique du Canada (Santé Canada) et *Guide de planification immobilière de l'unité d'endoscopie* (publié sur le site du MSSS). Elle s'appuie également sur les normes CSA Z314.8-08 *Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*, CSA Z314-3-09, *Stérilisation efficace à la vapeur dans les établissements de soins de santé* (pour l'entreposage propre et stérile), CSA Z317.2-10, *Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de santé : exigences particulières* ASHRAE 170-2008 *Ventilation of Health Care Facilities*, sur l'étude *Éléments clés contribuant au fonctionnement optimal d'une unité d'endoscopie digestive* (DSTP Conseil inc.) ainsi que les documents élaborés par la DQC dans le cadre des travaux préparatoires au PQDCCR.

Organisation des informations contenues dans la grille

Les critères d'évaluation se déclinent du général au particulier et des pratiques organisationnelles vers le cadre physique.

On retrouve, dans la section préliminaire (section 1), les procédures administratives, formation et programme qualité, puis la section 2 aborde les procédures de retraitement des dispositifs médicaux (DM) (soit les procédures générales, les secteurs de RDM, les équipements). La troisième section évalue l'environnement physique, soit l'aménagement général de l'unité; l'aménagement du secteur d'accueil, de préparation/récupération; l'aménagement du secteur de retraitement des dispositifs médicaux; l'aménagement du secteur des salles d'endoscopie ainsi que les services mécaniques.

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
1. Procédures administratives, formation et programme de qualité			
PROCÉDURES ADMINISTRATIVES ET FORMATION			
1. L'organisme dispose d'exigences écrites qui font état de la formation, des qualifications et des compétences du personnel affecté au retraitement des endoscopes.			
Les politiques et procédures en lien avec le retraitement des endoscopes sont disponibles sur place et à jour.			
PROGRAMME DE QUALITÉ			
2. Un audit interne est réalisé tous les ans.			
3. Il existe un programme régulier et documenté d’entretien des endoscopes.			
4. Il existe un programme documenté d’entretien préventif des unités de retraitement automatique des endoscopes (URAE).			
5. Il existe un programme documenté de tous les filtres des appareils de retraitement.			
6. Les indicateurs de surveillance du procédé de l’URAE sont utilisés et les résultats sont inscrits dans le registre.			
7. Un système de traçabilité permet de relier le coloscope utilisé avec l’usager pour retracer facilement et rapidement les usagers sujets à un rappel. L’informatisation du système de traçabilité est grandement souhaitable.			
8. Il existe un système de documentation qui fait état de chaque URAE et qui comprend le nom de l’opérateur, le numéro du dossier de l’usager, le nom du médecin, le numéro de série de l’endoscope et le type d’intervention.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
2. Procédures de retraitement des dispositifs médicaux (DM)			
PROCÉDURES GÉNÉRALES			
Les étapes de nettoyage des coloscopes sont respectées :			
1. Le pré-nettoyage des dispositifs endoscopiques flexibles est effectué immédiatement après l'utilisation dans la zone de soins des usagers (se fait dans la salle de procédure dans un bassin d'eau avec enzymes et le préposé s'assure que tous les canaux ont été irrigués). La gaine externe est nettoyée avec une solution détergente, les canaux sont irrigués avec une solution détergente et ils sont rincés.			
2. Le test d'étanchéité (branchement et immersion dans l'eau) ou branchement à un appareil automatisé est conforme aux lignes directrices du Centre provincial de référence en stérilisation (CPRS) art. 10.2.			
3. Le nettoyage est conforme aux lignes directrices du CPRS art. 10.3.			
4. Le rinçage initial est conforme aux lignes directrices du CPRS art. 10.4.			
5. La désinfection de haut niveau est conforme aux lignes directrices du CPRS art.10.5.			
6. Le rinçage final est conforme aux lignes directrices du CPRS art. 10.6.			
7. Le séchage : dans les canaux; alcool isopropylique 70 % + séchage à l'air comprimé (max. 140 kPa ou20lb/po²), mais ne doit pas excéder les instructions du fabricant.			
8. L'entreposage est adéquat (les endoscopes sont entreposés en position verticale dans une armoire fermée et ventilée avec « filtre Hepa » dans un entrepôt fermé et ventilé).			
9. Les dispositifs contaminés sont acheminés, immédiatement après leur utilisation, à la salle de décontamination.			
10. Les dispositifs contaminés sont transportés séparément du matériel propre et des dispositifs désinfectés ou stérilisés. Les croisements du souillé et du propre sont minimisés.			
11. Les dispositifs contaminés sont transportés dans des contenants fermés ou des chariots couverts vers le secteur souillé (salle de nettoyage).			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
12. Les dispositifs retraités sont transportés dans des contenants fermés ou des chariots couverts vers la salle d'endoscopie.			
13. Les contenants de transport sont décontaminés après chaque utilisation.			
Secteur de retraitement des dispositifs médicaux : local souillé, local propre et local d'entreposage			
14. Le personnel porte l'uniforme et les équipements de protection individuels (ÉPI) recommandés : blouse, gants, masques faciaux et lunettes de protection dans la salle de nettoyage (secteur souillé).			
15. Le personnel enfile et enlève les équipements de protection individuelle (ÉPI) entre chaque secteur. Par exemple, les membres du personnel enlèvent les équipements de protection lorsqu'ils passent du secteur souillé au secteur propre.			
16. Les bacs contenant les scopes souillés sont déposés dans la zone de réception et de tri du local souillé.			
17. Les portes du secteur souillé (salle de nettoyage), du secteur propre (salle de désinfection) et de l'entreposage sont gardées fermées en tout temps.			
18. Les conditions du milieu sont confortables pour le personnel et favorisent le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI).			
19. Aucun ventilateur portatif n'est utilisé dans la zone souillée et aucun radiateur portatif n'est utilisé dans la zone souillée.			
20. Les zones de travail (lavabos, surfaces de travail et équipements) sont propres.			
21. Le secteur souillé (salle de nettoyage) est exempt de salissures visibles et de poussière.			
22. Seulement du matériel contaminé est présent dans le secteur souillé (salle de nettoyage).			
23. Aucune nourriture ou breuvage et aucun effet personnel ne sont présents dans les différents secteurs (souillé, propre et entreposage).			
24. Les produits chimiques sont utilisés selon les instructions du fabricant (la concentration, la durée de contact, la température et la compatibilité avec l'endoscope).			
25. Les brosses de nettoyage sont adaptées aux canaux de l'endoscope (diamètre et longueur) et à la solution utilisée. L'intégrité du matériel doit être contrôlée après chaque utilisation.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
26. Avant chaque utilisation, les brosses sont inspectées pour en vérifier les dommages (vérifier si la brosse est coudée et l'intégrité des poils).			
27. Entre chaque utilisation, les accessoires de nettoyage réutilisables sont nettoyés, désinfectés, séchés et entreposés dans un endroit sec et propre.			
28. Les brosses et les accessoires de nettoyage à usage unique ne sont pas réutilisés.			
29. Les détergents, les désinfectants et les additifs sont compatibles avec l'appareil, l'eau utilisée, le retraitement des endoscopes et des accessoires et avec les types de salissures à éliminer.			
30. Les accessoires réutilisables des endoscopes qui pénètrent les barrières muqueuses (comme les pinces à biopsie ou les autres instruments coupants réutilisables) sont considérés comme des articles critiques et ils devraient être retraités et stérilisés avant chaque usage.			
31. Une lampe grossissante (lentille et lumière) est utilisée pour l'inspection de la propreté, pour détecter la présence de fissures ou de craquelures, de la déformation et des pertes d'adhérence d'adhésifs (après avoir terminé le nettoyage).			
ÉQUIPEMENTS DE DÉSINFECTION			
32. Le retraitement des endoscopes par le biais d'équipements automatisés (URAE) assure la constance et la standardisation des procédures de retraitement, l'exactitude et la reproductibilité (peut minimiser les risques infectieux).			
33. Une confirmation que l'appareil (URAE) peut retraiter les endoscopes (la sorte, la marque, le modèle) a été obtenue du fabricant de l'appareil et du dispositif.			
34. Les raccords ou les tubulures utilisées pour le branchement de l'endoscope à l'appareil sont validés pour la sorte, la marque et le modèle de dispositif à retraiter.			
35. Les instructions du fabricant pour le chargement de l'appareil sont suivies.			
36. Tous les canaux de l'endoscope retraité sont rincés avec de l'alcool, si non fait par l'URAE, l'endoscope est asséché et les canaux sont irrigués avec de l'alcool isopropylique 70 % (meilleur séchage + supplément bactéricide).			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
3. Environnement physique (aspects immobiliers) ¹⁵			
<u>Aménagement général de l'unité</u>			
Description sommaire de l'état actuel de l'unité : _____			
1. Les distances parcourues dans chaque secteur sont réduites afin de favoriser l'effcience et la sécurité dans l'exécution des différentes tâches. Se référer aux niveaux de proximité suggérés dans le <i>Guide d'aménagement de l'unité d'endoscopie</i> (entre les unités et entre les secteurs d'activités).			
2. Le temps pré, per, postexamen est optimisé : 12 coloscopies par jour, par salle.			
3. L'aménagement physique limite les déplacements du personnel et la coordination des différentes équipes à la fin de chaque intervention.			
4. Le rangement est optimisé de façon à réduire l'encombrement des surfaces de travail, des comptoirs, des murs et des planchers. Il est localisé de façon à minimiser les déplacements du personnel (par exemple, dans les corridors, les aires de récupération et les salles d'endoscopie).			
5. L'aménagement physique favorise une marche en avant (sans retour en arrière) pour la clientèle : de l'accueil vers la salle de déshabillage (en passant par la salle de toilette) jusqu'à la préparation, puis vers l'intervention endoscopique et, finalement, vers la salle de récupération, vers les salles de déshabillage (en passant par la salle de toilette) et la sortie. Il limite les déplacements et les transferts des usagers.			
6. L'aménagement physique favorise une marche en avant (sans retour en arrière) pour le matériel, surtout les endoscopes : de l'entreposage vers la salle d'endoscopie et vers le retraitement. Il limite les croisements du souillé et du propre.			
7. Les flux de circulation sont planifiés pour permettre une ségrégation des clientèles (usagers hospitalisés, usagers ambulants, personnel, accompagnateurs, etc.).			
8. L'aménagement général de l'unité est sécuritaire et offre des dégagements minimums (ex. : largeur de corridors et de portes, dégagements, diamètres de			

¹⁵ Voir les notes complémentaires sur les critères de la section 3 portant sur l'environnement physique à la fin de cette grille.

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
giration, rayons de braquage, espace pour réanimation et espace de transfert) pour assurer la fluidité de la circulation et la sécurité des occupants.			
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS			
9. L'aménagement de l'unité respecte les mesures de prévention contenues dans le document <i>Principes généraux d'aménagement en PCI</i> (version 2012-06-14 - 2^e édition). • Distance de 1,5 m entre les fauteuils et civières dans le secteur de préparation/récupération s'il n'y a pas d'écran protecteur (rideau, mur, etc.). • Évaluer le besoin d'une salle d'isolement (respiratoire ou autre) équipée d'une salle de toilette réservée (peut être située dans l'UE ou dans une unité connexe).			
10. Les postes de lavage de mains (PLM) sont positionnés de façon à minimiser les risques infectieux. Rendre les PLM visibles, facilement accessibles et les situer le long du parcours de travail du personnel. Le ratio suivant est atteint : • 1 PLM dans le secteur de la préparation et de la récupération; • 1 par poste infirmier; • 1 par local à risque infectieux, tel que : salle d'endoscopie; • 1 dans l'aire de RDM; • prévoir, en plus des PLM, des distributeurs de solutions hydroalcooliques (DSHA) accessibles sans détour par le personnel et à proximité immédiate de chaque usager (ex. : au poste d'accueil pour les usagers et les accompagnants).			
11. Prévoir au moins une salle de toilette pour l'aire de récupération, une salle de toilette pour l'aire d'attente et une salle de toilette pour certaines interventions du système urinaire, dont l'urologie. La salle de toilette n'est pas située directement dans la salle d'intervention.			
12. Les détails de construction et les assemblages sont conçus de manière à faciliter les activités d'hygiène et la salubrité (nettoyage) et résistent aux produits corrosifs de désinfection (planchers, murs, plafonds et de surfaces de travail).			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
<u>Secteur d'accueil, de préparation et de récupération</u>			
Description sommaire : _____			
13. L'aménagement permet de répondre aux volumes d'activités anticipés à la suite de la disponibilité du test de dépistage du cancer colorectal (RSOSi) pour l'accueil et les salles d'attente.			
14. Le secteur dispose de salles de déshabillage où le client revêt une chemise d'hôpital (peut se faire dans l'aire de civière de préparation) et dépose ses effets personnels en toute sécurité (dans des casiers ou dans un sac sous la civière). Ces salles sont situées de façon à ce qu'elles ne donnent pas sur un lieu public et qu'elles soient à proximité d'une salle de toilette.			
15. L'aménagement permet de répondre aux volumes d'activités anticipés à la suite de la disponibilité du test de dépistage du cancer colorectal (RSOSi) pour l'aire de la préparation.			
16. L'aménagement permet de répondre aux volumes d'activités anticipés à la suite de la disponibilité du test de dépistage du cancer colorectal (RSOSi) pour l'aire de récupération.			
17. Le secteur dispose de salles de toilette localisées près de l'accueil, de la salle d'attente et du secteur de préparation/récupération.			
18. Le secteur dispose d'un poste infirmier localisé près du secteur de préparation/récupération.			
19. L'aménagement favorise la prise en charge distincte des différentes clientèles de l'unité : usagers en ambulatoire et usagers hospitalisés. Le milieu est respectueux de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité des usagers.			
<u>Secteur du retraitement des endoscopes</u>			
Description sommaire : _____			
20. L'aménagement physique offre une proximité entre le secteur de retraitement des endoscopes et les salles d'endoscopie.			
21. Les activités de retraitement se font dans des locaux avec des aménagements ergonomiques et sécuritaires.			
22. Les activités de retraitement se font dans trois locaux séparés 1) local souillé; 2) local propre (désinfection/stérilisation); 3) local d'entreposage pouvant inclure une ou des armoires ventilées.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
23. Le local souillé contient au moins deux lavabos pour le trempage, le lavage et le rinçage des DM.			
24. La salle propre contient les URAE ou les bacs de trempage (désinfection de haut niveau manuelle).			
25. L'entreposage (stérile) ou les armoires ventilées sont situées dans une salle d'entreposage stérile située à l'extérieur des salles d'endoscopie et des corridors.			
26. Une aire de réception et de tri des bacs de matériel souillé (ex. : endoscopes et autres DM souillés) est prévu dans le local souillé. Peut se faire par passe-plat fermé (muni d'une vitre) et par le comptoir.			
27. Les ferme-porte des locaux de retraitement permettent de les garder fermés en tout temps.			
28. L'environnement physique appuie, voire oblige le principe de la marche unidirectionnelle de retraitement, du « souillé » vers le « propre », puis vers le « stérile », et ce, de façon à éviter la contamination (croisée, par exemple). Il respecte les flux de circulation relatifs au retraitement et parcours de chaque catégorie de DM, soit critiques (pinces à biopsies), semi-critiques (endoscopes) et non critiques.			
29. Des zones sont aménagées pour permettre au personnel d'enfiler et d'enlever les équipements de protection en toute sécurité (en minimisant les risques infectieux).			
30. L'établissement dispose d'un plan de relève en cas d'interruption de l'URAE.			
31. L'aménagement et les équipements (ex. : endoscopes ou URAE) permettent de répondre aux volumes d'activités anticipés à la suite de la disponibilité du test de dépistage du cancer colorectal (RSOSi) en ce qui concerne le nombre de salles d'endoscopie.			
32. Pour le retraitement des endoscopes, il est suggéré de prévoir deux URAE double (2) pour une salle d'endoscopie (pour 14 à 15 coloscopies par jour/salle) et trois pour deux salles d'endoscopie. Ce nombre peut varier selon la performance de l'équipement choisi.			
33. Pour l'entreposage, des armoires ventilées sont présentes dans un local réservé à cette fin et dimensionnées en fonction des besoins par salle (N.B. : basé sur un calcul de 7 coloscopes pour 14 à 15 coloscopies par jour/salle).			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
Secteur des salles d’endoscopie			
Description sommaire : _____			
34. L’aménagement permet de répondre aux volumes d’activités anticipés à la suite de la disponibilité du test de dépistage du cancer colorectal (RSOSi) en ce qui concerne le nombre de salles d’endoscopie.			
35. Les salles polyvalentes (à usages multiples) sont conçues en fonction de l'usage prévu le plus exigeant et en considérant les plus grands risques infectieux, dont la bronchoscopie (ex. : pression, changement d'air).			
36. Une salle de toilette adjacente à la salle d’endoscopie est prévue pour, entre autres, les interventions touchant le système urinaire et le système reproducteur féminin.			
37. L’indice de transmission sonore (ITS) de la salle est de cinquante et plus (bas de porte, murs à la dalle, porte et isolant acoustique).			
38. Les dimensions minimales suivantes de la salle d’endoscopie digestive sont atteintes : • Une superficie minimale de 18 m² est requise; • Une superficie minimale de 3 m² additionnelle est requise lorsque des anesthésies y sont pratiquées; • Prévoir une largeur minimale de 3,8 m (libre) pour permettre la giration des civières, pour le transport et les transferts de la clientèle.			
39. Prohiber les drains de plancher, les éviers (sauf le PLM) et tout autre point d’eau qui nécessitent une alimentation en eau, sauf si l’intervention le requiert (ex. : drain de plancher en urologie; toutefois, considérer que, dans cette spécialité, certains modèles de table recueillent les effluents liquides et que le drain est alors inutile).			
40. La salle est sécuritaire pour la clientèle : • des dégagements (ex. : largeur de porte) de 1 220 mm pour le passage d’une civière ou d’un lit; • des dégagements autour de la civière suffisants pour une réanimation (espace pour un chariot d’urgence et dégagement requis pour le personnel effectuant une réanimation).			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
41. Un « poste de capture » est prévu à l'intérieur de la salle d'endoscopie pour que le spécialiste puisse remplir son rapport. Un poste informatique peut être prévu pour que le personnel infirmier puisse compiler ses notes.			
42. Un bureau est prévu à proximité des salles d'endoscopie où le spécialiste peut rencontrer les usagers en toute confidentialité.			
43. Prévoir des systèmes de communication (ou des contrôles visuels) afin de réduire le temps entre les examens.			
<u>Services mécaniques</u>			
Salle d'endoscopie gastro-intestinale			
44. La salle d'endoscopie dispose des sorties de gaz médicaux nécessaires.			
45. La salle d'endoscopie gastro-intestinale est ventilée et climatisée conformément aux paramètres minimaux de la norme ASHRAE 170-2008 ¹⁶ qui recommande les paramètres de ventilation suivants pour la salle d'endoscopie gastro-intestinale : • Pression positive; • Au moins six changements d'air par heure, dont deux d'air extérieur; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; • Ambiance : 20 °C à 23 °C; 20% à 60% d'humidité relative.			
1. Si la salle d'endoscopie gastro-intestinale est aussi utilisée pour des procédures de chirurgie mineure ou de cystoscopie, les paramètres de ventilation sont conformes aux recommandations suivantes : • Pression positive; • Au moins quinze changements d'air par heure, dont cinq d'air extérieur; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; • Ambiance : 18 °C à 22 °C; 30 % à 60 % d'humidité relative. 2. Si la salle d'endoscopie gastro-intestinale est aussi utilisée pour pratiquer des bronchoscopies, les paramètres de ventilation suivants sont alors prioritaires : • Pression négative;			

¹⁶La norme CSA Z317.2-10 recommande le maintien d'une pression négative dans la salle d'endoscopie, contrairement à la norme ASHRAE 170-2008 qui préconise une ventilation en pression positive. La recommandation d'ASHRAE, qui considère que le retraitement des endoscopes se fait dans des locaux distincts de la salle d'endoscopie gastro-intestinale, apparaît préférable.

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
• Vingt changements d'air par heure, dont cinq d'air extérieur; • Air de la salle entièrement évacué vers l'extérieur; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; • Ambiance : 18°C à 22°C; 30% à 60% d'humidité relative.			
<u>Salle de cystoscopie :</u> • Pression positive; • Au moins quinze changements d'air par heure, dont cinq d'air extérieur; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; • Ambiance : 18 °C à 22 °C; 30 % à 60 % d'humidité relative.			
46. Il n'y a ni lavabo, ni évier, ni drain de plancher, ni URAE dans la salle d'endoscopie digestive, sauf un PLM.			
47. L'établissement dispose d'un programme d'entretien préventif.			
<u>Aire de retraitement des endoscopes</u>			
48. La robinetterie est dotée d'un contrôle thermostatique qui limite la température de l'eau chaude afin de prévenir l'utilisation d'une eau trop chaude pour le nettoyage à l'aide d'enzymes (pour le nettoyage manuel).			
49. Une douche oculaire est présente (si recommandée par le comité de santé et sécurité du travail de l'établissement).			
50. L'eau purifiée utilisée pour le rinçage final suivant la désinfection de haut niveau est conforme aux critères de qualité recommandés par les fabricants des dispositifs médicaux, des équipements automatiques et des détergents ou, à défaut, aux recommandations contenues dans le document suivant : <i>Technical Information Report TIR34 :2007 Water for the Reprocessing of Medical Devices</i> publié par l'Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI).			
51. Une prise d'air avec régulateur de pression est présente pour le séchage des endoscopes dans le secteur propre du RDM.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
52. L'aire de décontamination (aire souillée) est ventilée et climatisée conformément aux critères suivants : • Pression négative; • Air entièrement évacué vers l'extérieur, sans recirculation; • Dispositif de captation près de la source des émissions toxiques des agents de nettoyage et conforme aux bonnes pratiques de santé et sécurité du travail (si requis); • Au moins dix changements d'air par heure, dont deux d'air extérieur; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; Ambiance : 18°C à 20°C; 30% à 60% d'humidité relative.			
53. L'aire de désinfection/stérilisation (aire propre) est ventilée conformément aux critères suivants : • Pression positive par rapport à l'aire de décontamination adjacente et pression négative par rapport à l'aire d'entreposage stérile adjacente, le cas échéant*; • Dispositif de captation près de la source des émissions toxiques des agents de désinfection ou de stérilisation, si requis (contrôle des odeurs accru); • Au moins dix changements d'air par heure, dont trois d'air extérieur; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; • Ambiance : 20°C à 23°C; 30% à 60% d'humidité relative. * Lorsque les trois fonctions de l'aire de retraitement des endoscopes sont contigües, le mouvement général de l'air doit se faire du plus propre vers le moins propre, de l'aire d'entreposage stérile, vers l'aire de désinfection/stérilisation, puis vers l'aire de décontamination.			
54. L'aire d'entreposage stérile est ventilée conformément aux critères suivants : • Pression positive; • Au moins quatre changements d'air par heure; • Filtration MERV 14 de l'air alimenté dans la salle; • Ambiance : Contrôle précis entre 20°C et 23°C et 30% à 60% d'humidité relative (enregistrement quotidien des données). Les endoscopes peuvent être entreposés verticalement dans des cabinets ventilés (filtration HEPA recommandée) spécialement conçus à cet effet. Ces cabinets doivent être situés dans l'aire d'entreposage stérile.			

Critères	Conformité		Commentaires et recommandations
	Non	Oui	
<u>Services électriques</u>			
55. Doter les salles d’endoscopie d’une alimentation électrique fiable et continue en les raccordant au réseau essentiel du système d’alimentation de secours.			
56. Installer des systèmes ASSC/UPS pour alimenter toutes les charges d’urgence ne devant subir aucune coupure d’alimentation électrique. • Doter d’un ASSC/UPS certains appareils médicaux ou certains équipements (ex. : station de captation et certains équipements de nettoyage automatisés) afin d’éviter les pertes d’informations (ex. : rapport de traçabilité) lorsqu’il y a interruption de courant.			
57. Assurer les différents niveaux d’éclairage en fonction des tâches. • Par exemple : l’inspection des extrémités distales à l’aide d’une lampe grossissante (lampe et loupe) requiert 1000 lux et plus (permet l’inspection de la propreté, des fissures, de la déformation, de la perte d’adhérence des adhésifs, du craquelage).			
<u>Analyse des risques</u>			
58. Les différentes clientèles à risque sont définies et les zones qu’elles occupent dans l’unité sont identifiées avec précision (ex. : Clostridium difficile et tuberculose).			
59. Lorsque les performances techniques de ventilation ne sont pas atteintes et qu’on réalise une procédure de bronchoscopie sur un usager atteint ou suspecté d’être atteint de tuberculose infectieuse, il faut laisser passer un moment suffisamment long après cette intervention.			

BILAN DES RÉSULTATS :

Comme mentionné dans l'introduction, la mise à niveau des unités d'endoscopie devrait être complétée sur une période de douze mois, mais des actions doivent être posées dès le début du projet si des déficiences prioritaires sont observées. Nous suggérons de décrire les actions à court terme visant à corriger les déficiences reliées aux critères apparaissant en grisonné dans le texte ainsi que les actions à mettre en place à plus long terme.

Déficiences cliniques pour lesquelles une correction est requise de façon prioritaire :

- ..
- ...

Déficiences immobilières pour lesquelles une correction est requise de façon prioritaire (incluant les équipements) :

- ..
- ..

Enjeux et risques liés à l'application des correctifs :

No	RISQUE	DESCRIPTIF	IMPACTS			PROBABILITÉ	MESURES MITIGATION	PROVISION \$
			TEMPS	COÛTS	CLIENT sévérité de l'impact	FAIBLE/MOYENNE/ÉLEVÉE		

Annexe 6 : Exemple de gabarit de plan d'action

Exemple de plan d'action pour mettre à niveau une unité d'endoscopie digestive							
Mise à jour : juillet 2014							
Livrables (résultats visés) P/R aux domaines d'intervention ¹⁷	Situation actuelle : identification des écarts par rapport aux résultats visés	Mesures prévues pour corriger les écarts et pour atteindre les résultats	Responsables et collaborateurs	Ressources financières	Ressources humaines	Échéancier (date de réalisation, si disponible)	Indicateurs de résultats
Domaine d'intervention 1 (Médecin référent) : Demande de coloscopie							
1. Un mécanisme de référence en coloscopie qui ne requiert pas une consultation préalable avec un coloscopiste est mis en place.	Les demandes de coloscopie sont transmises systématiquement à un coloscopiste pour une consultation préalable. Les coloscopistes sont ouverts à changer le processus en place.	Mise en place du mécanisme de référence proposé à la figure 3 du <i>Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec</i> , adapté selon la réalité de l'établissement : - Élaboration du nouveau mécanisme, des outils associés et du financement requis -Adoption par les responsables et les professionnels de l'unité -Implantation du nouveau mécanisme et évaluation -Plan de communication auprès des médecins référents	Responsables : chefs clinico-administratifs (endoscopie digestive) Collaborateurs : conseillère clinique en soins infirmiers (<i>outils infirmiers</i>), chargé de projet et chargé de secteur local (accès)	Estimation à venir selon le nouveau mécanisme à implanter et les effectifs en place	Optimisation du rôle d'un agent administratif et d'une infirmière de l'unité d'endoscopie digestive (ajout à préciser à la suite de l'analyse)	1 ^{er} octobre 2014	Nouveau mécanisme permanent, implanté, évalué et fonctionnel Médecins référents informés de ce nouveau mode de référence
Domaine d'intervention 2 (Guichet d'accès) : Normes en matière de gestion de l'accès en coloscopie							
1. L'état de la liste d'attente est diffusé régulièrement aux équipes médicales afin qu'elles soient concernées par la mise en place de stratégies de gestion pour garantir l'accès.	Les équipes médicales doivent s'impliquer dans l'identification des stratégies pour garantir l'accès, mais n'ont pas accès de façon régulière à l'état de la liste d'attente.	Mise en place d'un mécanisme permettant la diffusion régulière de l'état des listes d'attente aux coloscopistes	Responsables : chefs clinico-administratifs (endoscopie) Collaborateurs : chargé de projet et chargé de secteur local (accès)	N/A	N/A Suivi de cette mesure assuré par le chargé de projet et par le chargé de secteur local	22 juillet 2014	Diffusion régulière aux coloscopistes de l'état de la liste d'attente (mécanisme permanent implanté et évalué)

¹⁷ Référent à la figure 1 du *Guide pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec* (MSSS)

Annexe 7 : Exemple de procédure de gestion de la non-disponibilité personnelle¹⁸



Québec, date

Nom de l'utilisateur
Adresse
Ville (Province) Code postal

Objet : Constat de report de vos rendez-vous

- ☐ Consultation médicale spécialisée
- ☐ Électrophysiologie
- ☐ Examen endoscopique
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Intervention chirurgicale

Par la présente, nous voulons donner suite à votre rendez-vous en spécialité, au centre hospitalier suivant :

- ☐ CHUL – Dossier
- ☐ Hôpital de l'Enfant-Jésus – Dossier
- ☐ Hôpital du Saint-Sacrement – Dossier
- ☐ Hôpital Saint-François d'Assise – Dossier
- ☐ L'Hôtel-Dieu de Québec – Dossier

Nous avons constaté que vous aviez reporté le rendez-vous qui vous avait été attribué, et ce, pour une troisième fois consécutive.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes contraints de retirer votre nom de notre liste d'attente.

Si vous souhaitez à nouveau obtenir un rendez-vous, vous devrez revoir votre médecin référent ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé afin que celui-ci nous fasse parvenir, s'il y a lieu, une nouvelle demande.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette communication.

Lynn Grenon
Conseillère cadre aux mécanismes d'accès

Affilié à UNIVERSITÉ
LAVAL

Centre hospitalier
Adresse
Ville (QC) Code postal

chudequebec.ca

¹⁸ Ces documents ont été élaborés par le CHU de Québec.



Québec, date

Nom de l'utilisateur

Adresse

Ville (Province) Code postal

Objet : Constat de report de vos rendez-vous

- ☐ Consultation médicale spécialisée
- ☐ Électrophysiologie
- ☐ Examen endoscopique
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Intervention chirurgicale

Par la présente, nous voulons donner suite à votre rendez-vous en spécialité, au centre hospitalier suivant :

☐ CHUL – Dossier

☐ Hôpital Saint-François d'Assise – Dossier

☐ Hôpital de l'Enfant-Jésus – Dossier

☐ L'Hôtel-Dieu de Québec – Dossier

☐ Hôpital du Saint-Sacrement – Dossier

Nous avons constaté que vous aviez reporté le rendez-vous qui vous avait été attribué, et ce, pour une troisième fois consécutive.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes contraints de retirer votre nom de notre liste d'attente.

Si vous souhaitez à nouveau obtenir un rendez-vous, vous devrez revoir votre médecin référant ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé afin que celui-ci nous fasse parvenir, s'il y a lieu, une nouvelle demande.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette communication.

Lynn Grenon inf. B.Sc.

Lynn Grenon

Conseillère cadre aux mécanismes d'accès

Affilié à  UNIVERSITÉ
LAVAL

Centre hospitalier
Adresse
Ville (QC) Code postal

chudequebec.ca



Québec, date

Nom de l'utilisateur
Adresse
Ville (Province) Code postal

Objet : Constat d'absence à vos rendez-vous

- ☐ Consultation médicale spécialisée
- ☐ Électrophysiologie
- ☐ Examen endoscopique
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Intervention chirurgicale

Par la présente, nous voulons donner suite à votre rendez-vous en spécialité, au centre hospitalier suivant :

- ☐ CHUL – Dossier
- ☐ Hôpital de l'Enfant-Jésus – Dossier
- ☐ Hôpital du Saint-Sacrement – Dossier
- ☐ Hôpital Saint-François d'Assise – Dossier
- ☐ L'Hôtel-Dieu de Québec – Dossier

Nous avons constaté votre absence au rendez-vous qui vous avait été attribué, et ce, pour une deuxième fois consécutive.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes contraints de retirer votre nom de notre liste d'attente.

Si vous souhaitez à nouveau obtenir un rendez-vous, vous devrez revoir votre médecin référant ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé afin que celui-ci nous fasse parvenir, s'il y a lieu, une nouvelle demande.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette communication.

Lynn Grenon
Conseillère cadre aux mécanismes d'accès

Affilié à



Centre hospitalier
Adresse
Ville (Québec) Code postal

chudequebec.ca



Québec, date

Nom de l'utilisateur

Adresse

Ville (Province) Code postal

Objet : Périodes de non-disponibilité personnelle

☐ Intervention chirurgicale

☐ Examen endoscopique

Par la présente, nous voulons donner suite à votre demande en spécialité, au centre hospitalier suivant :

☐ CHUL – Dossier

☐ Hôpital Saint-François d'Assise – Dossier

☐ Hôpital de l'Enfant-Jésus – Dossier

☐ L'Hôtel-Dieu de Québec – Dossier

☐ Hôpital du Saint-Sacrement – Dossier

Nous avons constaté deux périodes consécutives de six mois de non-disponibilité personnelle à votre dossier.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes contraints de retirer votre nom de notre liste d'attente.

Si vous souhaitez à nouveau obtenir un rendez-vous, vous devrez revoir votre médecin référent ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé afin que celui-ci nous fasse parvenir, s'il y a lieu, une nouvelle demande.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette communication.

Lynn Grenon

Conseillère cadre aux mécanismes d'accès

Affilié à



Centre hospitalier

Adresse

Ville (Québec) Code postal

chudequebec.ca



Québec, date

Nom de l'utilisateur
Adresse
Ville (Province) Code postal

Objet : Incapacité à vous joindre pour votre demande

- ☐ Consultation médicale spécialisée
- ☐ Électrophysiologie
- ☐ Examen endoscopique
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Intervention chirurgicale

Par la présente, nous voulons donner suite à votre demande en spécialité, au centre hospitalier suivant :

- | | |
|---|--|
| ☐ CHUL – Dossier | ☐ Hôpital Saint-François d'Assise – Dossier |
| ☐ Hôpital de l'Enfant-Jésus – Dossier | ☐ L'Hôtel-Dieu de Québec – Dossier |
| ☐ Hôpital du Saint-Sacrement – Dossier | |

Nous avons tenté de communiquer avec vous afin de vous attribuer une date mais nous n'avons pu vous joindre malgré trois tentatives effectuées à l'intérieur d'une période de 14 jours ouvrables.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes dans l'obligation de placer votre demande en suspens.

Nous vous demandons de communiquer avec nous au 418 ???-???? dans un délai maximum de 30 jours suivant la date d'envoi de cette correspondance sans quoi nous serons contraints de retirer votre nom de notre liste d'attente. Le cas échéant, vous devrez revoir votre médecin référent ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé afin que celui-ci nous fasse parvenir, s'il y a lieu, une nouvelle demande.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette demande.

Lynn Grenon
Conseillère cadre aux mécanismes d'accès



Québec, date

Nom de l'usager
Adresse
Ville (Province) Code postal

Objet : Constat de refus de dates de rendez-vous

- ☐ Consultation médicale spécialisée
- ☐ Électrophysiologie
- ☐ Examen endoscopique
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Intervention chirurgicale

Par la présente, nous voulons donner suite à votre demande en spécialité, au centre hospitalier suivant :

- ☐ CHUL – Dossier
- ☐ Hôpital de l'Enfant-Jésus – Dossier
- ☐ Hôpital du Saint-Sacrement – Dossier
- ☐ Hôpital Saint-François d'Assise – Dossier
- ☐ L'Hôtel-Dieu de Québec – Dossier

Depuis votre inscription à notre liste d'attente, vous avez refusé à trois reprises les dates de rendez-vous qui vous ont été offertes.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes contraints de retirer votre nom de notre liste d'attente.

Si vous souhaitez à nouveau obtenir un rendez-vous, vous devrez revoir votre médecin référant ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé afin que celui-ci nous fasse parvenir, s'il y a lieu, une nouvelle demande.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette communication.

Lynn Grenon
Conseillère cadre aux mécanismes d'accès

Affilié à  UNIVERSITÉ
LAVAL

Centre hospitalier
Adresse
Ville (Québec) Code postal

chudequebec.ca



Québec, date

Docteur(e)
Adresse
Ville (Province) Code postal

Objet : Demande de rendez-vous

Nom de l'usager
Date de naissance
Dossier :

- ☐ Consultation médicale spécialisée
- ☐ Électrophysiologie
- ☐ Examen endoscopique
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Intervention chirurgicale

Nous tenons à vous informer que l'usager cité en objet :

- ☐ A eu deux périodes consécutives de six mois de non-disponibilité personnelle.
- ☐ A refusé à trois reprises les dates de rendez-vous qui lui ont été proposées.
- ☐ A reporté son rendez-vous pour une troisième fois consécutive.
- ☐ N'a pu être joint par téléphone après trois tentatives effectuées à des moments différents de la journée, à l'intérieur d'une période de 14 jours ouvrables, et n'a pas communiqué avec l'établissement 30 jours après l'envoi d'un avis écrit.
- ☐ Ne s'est pas présenté au rendez-vous qui lui avait été octroyé pour une deuxième fois consécutive.

Dans le respect des principes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous avons été contraints de retirer votre demande de consultation ou d'examen à son nom de la liste d'attente.

Cet usager a été avisé de la situation et une correspondance l'informant de son retrait de la liste d'attente lui a été acheminée.

Nous vous rappelons que cette procédure vise à optimiser les mécanismes d'accès et à offrir des services de qualité à toute la clientèle de notre établissement.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette communication.

Lynn Grenon
Conseillère cadre aux mécanismes d'accès

p.j. Demande de consultation ou d'examen

Annexe 8 : Exemple de lettre d'information et de sensibilisation aux médecins référents en coloscopie

INFORMATION AUX OMNIPRATICIENS Dépistage du cancer colorectal

Test de dépistage et confirmation diagnostique

Le cancer colorectal est le deuxième plus mortel au Québec. Son dépistage s'inscrit donc parmi les orientations prioritaires du Plan directeur en cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En s'appuyant sur des données probantes et en conformité avec les recommandations de l'Association canadienne de gastro-entérologie, la modalité recommandée pour le dépistage du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques et sans autre facteur de risque est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi), répété tous les deux ans, suivi de la coloscopie en confirmation diagnostique pour les personnes ayant du sang dans les selles. Les études scientifiques ont démontré que la RSOSi, par sa sensibilité, permet de diagnostiquer plus de lésions colorectales significatives et davantage de cas de cancer colorectal que le gaïac. Ce nouveau test de dépistage est maintenant disponible pour votre région et remplace le test gaïac (RSOSg).

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a été désigné pour effectuer cette analyse pour l'ensemble du Québec. Pour toute question relative à cette analyse, il est possible de consulter la section dédiée aux professionnels sur le site Web du CHUS, soit : www.chus.qc.ca/professionnels. Le patient peut également se renseigner en consultant la page <http://www.sante.gouv.qc.ca>.

Formulaire de demande de coloscopie et algorithmes de prise en charge

Pour soutenir les médecins omnipraticiens dans leur plan d'investigation du cancer colorectal, certains outils cliniques ont été conçus, dont :

- Formulaire de demande de coloscopie spécifiant l'indication clinique et le niveau de priorité;
- Algorithmes de prise en charge en fonction du risque et de suivi clinique selon la condition.

Ces outils cliniques sont téléchargeables à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pgdccc

L'utilisation de ces outils assurera la pertinence de la référence et la transmission de tous les renseignements préalables nécessaires à la priorisation de l'examen.

Guichet d'accès en coloscopie

Le formulaire de demande de coloscopie ne doit pas être remis au patient. Dûment complété, il doit être transmis par télécopieur, par envoi postal ou par courrier électronique au guichet d'accès dont les coordonnées sont les suivantes :

Service d'endoscopie du CSSS XX

Télécopieur : XX

Adresse postale : XX

Adresse courriel : XX

Nous vous remercions de votre collaboration et nous vous assurons que cette pratique vise à améliorer l'accessibilité à la coloscopie pour toutes les personnes qui le requièrent.

Signature : _____

Annexe 9 : Formulaire d'évaluation déterminant l'admissibilité des usagers à la coloscopie et le suivi requis¹⁹

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DÉTERMINANT L'ADMISSIBILITÉ DES USAGERS À LA COLOSCOPIE ET LE SUIVI REQUIS*			
☐ Nom du médecin référent : _____ Clinique : _____			
☐ PQDCCR (RSOS +) ☐ Oui ☐ non			
Coloscopie sans consultation préalable avec un coloscopiste (inadmissible dès qu'un des critères énumérés est présent : voir annexe 9A)			
MPOC sévère avec O2 dépendant	☐ Oui	☐ non	Spécifiez : _____
Maladie cardiaque sévère – classe 4	☐ Oui	☐ non	Spécifiez : _____ Définition classe 4 : incapacité d'effectuer la plupart des activités de la vie courante sans une gêne importante, gêne au repos
Apnée du sommeil connue avec appareil nocturne	☐ oui	☐ non	Spécifiez : _____
Usager âgé de moins de 18 ans ou de plus de 80 ans	☐ oui	☐ non	Spécifiez : _____
Problème de mobilité :	☐ oui	☐ Non	Spécifiez : _____
Problème de compréhension :	☐ oui	☐ Non	Spécifiez : _____
Problème - langue maternelle	☐ oui	☐ Non	Spécifiez : (langue parlée, nom de la personne à contacter si besoin et tél.) _____
<u>Usager admissible :</u> ☐ Oui ☐ non Si non, consultation remise à _____ le _____			
r/v coloscopie : _____ Nom du coloscopiste prévu _____			
Pharmacie : _____ Tél. : _____ ☐			
☐	Consentement verbal du patient profil pharma. Signature : _____		
Évaluation de l'infirmière			
Antécédents médicaux et chirurgicaux			
☐ Néo intestinal	☐ Anémie	☐ Anticoagulé	☐ Insuffisance hépatique
☐ Polypes intestinaux	☐ Diabète	☐ Insuffisance cardiaque	☐ Insuffisance rénale
☐ Maladie inflammatoire de l'intestin (MII)	☐ Porteur de stimulateur cardiaque/défibrillateur		
☐ Sang dans les selles :	depuis _____	quantité _____	cessé _____
Antécédents familiaux (parents, fratrie, grands-parents, oncles, tantes)			
☐ Maladie inflammatoire de l'intestin (MII)	☐ Polypes intestinaux	☐ Néo intestinal	
Chirurgies antérieures : _____			
Médication actuelle (incluant les médicaments en vente libre et les produits naturels)		Vérifier avec ☐	Profil pharm. ☐ Usager ☐
Allergie(s)/intolérance(s) :			
Porteur connu d'une bactérie résistante aux antibiotiques ☐ oui ☐ non Laquelle ☐ SARM ☐ ERV ☐			

¹⁹ Formulaire adapté d'un outil d'évaluation et d'interventions téléphoniques pour le programme de référence accéléré en endoscopie utilisé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Évaluation de l'infirmière			
Préparation colique (Golytely^{MD} 4L, Dulcolax^{MD} et Maxeran^{MD}) – Contre-indications (par infirmière)			
Préparation inadéquate avec Golytely ^{MD} 4L antérieurement	☐	oui	☐ non
Golytely ^{MD} 4L non toléré antérieurement	☐	oui	☐ non
Suspicion d'iléus, rétention gastrique, perforation de l'intestin, suspicion d'obstruction gastro-intestinale, colite sévère et hémorragie gastro-intestinale	☐	oui	☐ non
Allergie ou intolérance aux produits et médicaments	☐	oui	☐ non
Interventions (par infirmière)			
<u>Enseignement</u>			
☐ Examen et complications possibles	_____		
☐ Préparation colique et diète	_____		
☐ Sédation-analgésie I/V	_____		
☐ Recommandations	_____		
☐ Accompagnateur prévu	_____		
☐ Explication des consignes de préparation pour la clientèle diabétique	_____		
☐ Explication des consignes de préparation pour la clientèle anticoagulée	_____		
<u>Validation de la compréhension</u>		Bonne compréhension des informations données	☐ oui ☐ non
		Capacité de lecture	☐ oui ☐ non
Consulter le médecin si présence d'une ou de plusieurs contre-indications (Nom du médecin et spécialité)			
Planification du suivi			
<u>Usager informé</u>			
☐ de la date, de l'heure et de l'endroit du r/v	☐	De la procédure pour annuler ou pour reporter l'examen	
☐ Du nom du gastro-entérologue prévu			
☐ des coordonnées pour rejoindre l'infirmière			
☐ du rendez-vous pour la coloscopie			
☐ qu'il doit apporter la liste des médicaments (s'il y a lieu) et la carte d'assurance maladie valide			
☐ de la réception par la poste de l'ordonnance et du dépliant			
☐ de la réception par Internet du dépliant courriel			
☐ de l'envoi de l'ordonnance par télécopieur à la pharmacie			
<u>Suivi auprès du commis</u>			
☐ Remise du formulaire d'évaluation et intervention téléphonique			
☐ Remise du formulaire de liaison ou de l'ordonnance médicale à poster à l'usager			
☐ Remise du dépliant à poster à l'usager			
Autres informations et interventions infirmières :			
Signature de l'infirmière :		Date :	

Annexe 9A : Critères d'inadmissibilité : identification et justification

MPOC sévère : exclure les usagers O₂ dépendants

Ces usagers doivent être évalués en clinique externe avant pour préciser s'ils sont aptes à subir une coloscopie (annexe 9B).

Maladie cardiaque sévère : exclure les usagers de classe IV (annexe 9C)

Ces usagers doivent être évalués en clinique externe avant pour préciser s'ils sont aptes à subir une coloscopie.

Apnée du sommeil connue avec appareil nocturne :

Ces usagers doivent être évalués en clinique externe avant pour préciser s'ils sont aptes à subir une coloscopie.

Usagers âgés de moins de 18 ans et plus de 80 ans :

Les usagers de < 18 ans sont référés en pédiatrie.

Les usagers de > 80 ans doivent être vus en clinique externe pour évaluer leur état général, pour leur donner les indications et pour leur expliquer les implications de cette procédure.

Problème de compréhension : (ex. : orientation, mémoire, attention, affect, humeur, langage, etc.)

Ceci est une contre-indication à un consentement éclairé et à une préparation adéquate à la coloscopie.

Ces usagers doivent être évalués en clinique externe avant pour préciser s'ils sont aptes à subir une coloscopie.

Problème de mobilité : (ex. : d'origine médicale, obésité importante, etc.)

Ces usagers doivent être évalués en clinique externe avant pour préciser s'ils sont aptes à subir une coloscopie et s'ils doivent être hospitalisés pendant un court séjour pour leur préparation.

Grossesse : La coloscopie est contre-indiquée et une consultation en clinique externe est requise avant.

Annexe 9B : Classification de la MPOC

SELON LES SYMPTÔMES	STADE	SELON LA SPIROMÉTRIE
Dyspnée due à la MPOC lorsque l'utilisateur marche d'un pas hâtif ou monte une pente légère	LÉGER	VEMS : ≥ 80 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %
Dyspnée due à la MPOC obligeant l'utilisateur à s'arrêter après avoir marché une centaine de mètres (ou pendant quelques minutes)	MODÉRÉ	VEMS : ≥ 50 % et < 80 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %
Dyspnée due à la MPOC qui se caractérise par un essoufflement empêchant l'utilisateur de quitter la maison ou qui se manifeste lorsque l'utilisateur s'habille ou Défaillance respiratoire chronique ou Signes d'insuffisance cardiaque droite	SÉVÈRE	VEMS : ≥ 30 % et < 50 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %
	TRÈS SÉVÈRE	VEMS : < 30 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %

Il y a souvent une discordance entre la classification clinique et la spirométrie. Bien que la spirométrie soit nécessaire pour le diagnostic, le traitement s'ajuste selon la sévérité des symptômes.

Source : <http://www.omnipratique.net/pneumologie/mpoc/book/11-pn03/3-pneumologie>

Annexe 9C : NYHA : Classification internationale sur l'insuffisance cardiaque

1. Classe 1

1. aucune limitation des activités physiques
2. ni dyspnée ni fatigue lors des activités de la vie courante

2. Classe 2

1. limitation modérée des activités physiques
2. gêne lors des activités physiques importantes
3. pas de gêne au repos

3. Classe 3

1. limitation franche des activités physiques
2. gêne lors des activités, même modérées, de la vie courante
3. pas de gêne au repos

4. Classe 4

1. incapacité d'effectuer la plupart des activités de la vie courante sans une gêne importante
2. gêne au repos

NYHA : New York Heart Association

Annexe 10 : Outil de collecte des données pour dresser le portrait de l'accès

Données à collecter périodiquement²⁰ (préciser la période financière et la date du rapport)

Tableau 1 : État actuel des listes d'attente pour un examen de coloscopie longue										
Portrait périodique du nombre d'utilisateurs en attente dans les délais requis et hors délais										
Statut	Type de r-v	Priorité ²¹	0-14 jrs	15-56 jrs	57-182 jrs	183-364 jrs	365 jrs et +	Nb délais respectés	Nb hors délais ²²	Total
Attente	Primaire	P1 (≤ 24 heures)								
		P2 (≤ 14 jours)								
		P3 (≤ 60 jours)								
		P4 (≤ 6 mois)								
		P5 (sans indication)								

Tableau 2 : État des listes d'attente –EXAMENS DE CONTRÔLE (SURVEILLANCE)				
		Nb délais respectés	Nb hors délais ²³	Total
Priorité	Contrôle			

Tableau 3 : Examens programmés		
Examens primaires	Examens de contrôle	Total

Tableau 4 : Provenance des demandes de coloscopie ²⁴		
Provenance de la clientèle qui requiert une coloscopie (examens primaires et de contrôle)		
Réseau local de services Nombre et pourcentage	Autres réseaux locaux de services Nombre et pourcentage	Adresses non disponibles Nombre et pourcentage

²⁰ Les tableaux 1, 2 et 3 doivent être complétés sur une base périodique.

²¹ En début de projet, les établissements n'appliquant pas encore les priorités P1 à P5 figurant au formulaire de demande de coloscopie longue (AH-702) pourront, pour des fins statistiques, saisir les données conformément à l'échelle de priorisation en vigueur dans l'établissement, en spécifiant les libellés et les délais de prise en charge associés (ex : semi-urgent = 3 mois). Le processus de mise à niveau devra toutefois prévoir la migration vers une échelle de priorisation conforme aux indications, priorités et délais d'accès du formulaire AH-702.

²² Pour un examen primaire, la requête est considérée hors délais à partir du moment où le temps associé à la priorité médicale est écoulé.

²³ Pour un examen de contrôle, la requête est considérée hors délais un mois après la date cible demandée.

²⁴ Le tableau 4 peut être complété sur une base ponctuelle.

Données à collecter annuellement (préciser la période financière et la date du rapport)

Tableau 5 : Taux d'absence au rendez-vous (% moyen annuel)

Taux d'absence	
----------------	--

Tableau 6 : Suivi de l'équilibre entre l'activité et la demande

	Nb coloscopies réalisées/période	Nb requêtes entrantes/période	Écart activité/demande
Examens primaires			
P1			
P2			
P3			
P4			
P5			
Total			
Examens de contrôle			

Tableau 7 : Production annuelle de coloscopies

	Examens primaires	Examens de contrôle	Total coloscopies
Période 1			
Période 2			
Période 3			
Période 4			
Période 5			
Période 6			
Période 7			
Période 8			
Période 9			
Période 10			
Période 11			
Période 12			
Période 13			
Total			

Tableau 7 : Sommaire production annuelle

	Années de référence		
	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total coloscopies			

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la capacité et de la productivité des salles d'endoscopie digestive

Tableau 1 ²⁵ : Production et listes d'attente en coloscopie						
Capacité des salles et productivité (comparer 3 périodes différentes – P4, P7, P12)						
Jour	Nombre de salles disponibles fonctionnelles	Nombre de salles utilisées	Heures disponibles	Heures utilisées	Pourcentage d'utilisation des salles	Nombre moyen de coloscopies par salle par jour
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Délai moyen entre les examens (comparer délais répertoriés sur 5 jours de clinique)						
Étapes			Délai moyen (minutes)			
Heure de rendez-vous versus entrée en salle						
Entrée en salle versus début d'examen						
Durée moyenne en salle						
Durée moyenne d'examen						
Délai moyen de recouvrement						

²⁵ La complétion de ce tableau peut s'inscrire dans un exercice ponctuel d'évaluation des processus.

Annexe 12 : Assurance qualité dans le dépistage du cancer colorectal : dépistage et diagnostic – Comité consultatif en anatomopathologie (2012)

Histopathologie

Application/Responsabilité

Service d'anatomopathologie/anatomopathologistes

Technologistes médicaux œuvrant dans un laboratoire d'anatomopathologie

Contexte/Objectif

En octobre 2009, le Comité consultatif en anatomopathologie a déposé à la Direction de la lutte contre le cancer, maintenant la Direction québécoise de cancérologie (DQC), un rapport intitulé *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie* [1]. Ce rapport fait état des principales recommandations du Comité à la lumière des meilleures données probantes à ce jour concernant l'assurance qualité en anatomopathologie et propose des critères permettant au MSSS de définir un modèle d'organisation des services en anatomopathologie pour l'ensemble du Québec. Les recommandations présentées par le Comité ont été entérinées par seize experts du domaine ainsi que par l'Association des pathologistes du Québec et le Collège des médecins du Québec.

En rendant public ce plan d'action ministériel le 31 mars 2010, le ministre Yves Bolduc signifiait son engagement à prioriser l'anatomopathologie et à donner suite au *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie* en élaborant un Programme québécois d'assurance qualité (PAQ) en anatomopathologie. Le PAQ en anatomopathologie a donc été annoncé en avril 2010.

Le service d'anatomopathologie tient un rôle essentiel dans le dépistage du cancer colorectal. La qualité du programme proposé dépend de la justesse et de la qualité des diagnostics. L'examen pathologique affecte ainsi les décisions concernant la poursuite du traitement (résection ou non, résection locale ou majeure) et la surveillance de l'évolution de la maladie.

Tous les laboratoires d'anatomopathologie des établissements retenus comme sites de démonstration doivent se conformer aux exigences mises en place par le PAQ en anatomopathologie. Notamment, ces laboratoires doivent obligatoirement adhérer à un programme de contrôle externe de qualité (circulaire ministérielle 2010-020). Des particularités doivent être prévues pour le PQDCCR. Parmi celles-ci se trouvent la détermination de temps de réponse et la standardisation des rapports d'anatomopathologie pour les cancers colorectaux.

Les sections suivantes ont pour objectif d'établir les normes de bonnes pratiques cliniques dans les laboratoires d'anatomopathologie en matière de dépistage et de diagnostic du cancer colorectal en lien avec le PQDCCR. Ces normes ont été retenues par le Comité consultatif en anatomopathologie à la lumière des données de la littérature scientifique, et leur applicabilité sera testée au cours de la phase 2 des projets de démonstration du PQDCCR.

1.1 Application des contrôles de qualité spécifiques au dépistage du cancer colorectal

Contexte/Objectif

À la suite du dépôt du *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*, le Comité consultatif a jugé prioritaire de revoir en premier lieu les pratiques en assurance qualité pour les phases pré-analytique et analytique des techniques histologiques de base. Le *Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie, phases pré-analytique et analytique*, publié en novembre 2011, fait état de la documentation scientifique pertinente sur ce sujet et vise à déterminer les mécanismes d'assurance qualité interne de base qui devraient être effectués systématiquement dans tout laboratoire d'anatomopathologie relativement aux composantes pré-analytique et analytique de l'histologie, c'est-à-dire du prélèvement jusqu'à la coloration histologique de base de même qu'à la consignation des éléments requis dans un registre pour les évaluations internes et externes du laboratoire [2].

Bien que plusieurs lésions soient identifiées dans le cadre d'un programme de dépistage, certaines d'entre elles ne se traduiront pas nécessairement par le développement d'un cancer colorectal. Les activités du programme de dépistage doivent permettre l'identification nécessaire à la prise en charge des cancers colorectaux et des lésions précurseurs de cancers.

Le *National Colorectal Cancer Screening Network*, groupe de travail canadien en pathologie en lien avec le Partenariat canadien contre le cancer, a été mis sur pied en 2010. L'objectif principal de ce dernier était de rédiger un consensus d'experts pour la classification des polypes colorectaux et de donner des recommandations concernant l'assurance qualité en anatomopathologie dans le cadre du dépistage et du diagnostic du cancer colorectal. Les sujets abordés sont la classification et la description des polypes colorectaux, la manipulation des spécimens et l'implantation d'un guide de pratique. Ce guide de pratique, basé sur les évidences cliniques, reflète la pratique internationale [3, 4].

Mesures

La phase pré-analytique est une étape importante. Une mauvaise phase pré-analytique peut entraîner des conséquences directes sur le diagnostic. La phase commence au retrait endoscopique du spécimen et se termine avec la production d'une lame. Le diagnostic histopathologique et le rapport du pathologiste constituent la phase analytique.

Mesures spécifiques à la phase pré-analytique

Il est recommandé de suivre les lignes directrices présentées dans le document *Classification of Benign Polyps* du Partenariat canadien contre le cancer concernant les manipulations et le traitement des spécimens à la suite de l'endoscopie et au laboratoire de pathologie [4].

1) Après l'endoscopie

- Les polypes provenant de différentes localisations doivent être mis dans des contenants séparés et le site d'origine doit y être indiqué.
- Plusieurs petits polypes provenant d'un même site ou d'une même région du côlon peuvent être mis dans le même contenant.
- L'endoscopiste doit indiquer sur la requête le nombre de polypes soumis par contenant.
- L'endoscopiste doit indiquer sur la requête si le spécimen fourni est une biopsie du polype ou un spécimen de polypectomie.
- Une description macroscopique standardisée doit être écrite par l'endoscopiste dans le rapport. Cette description doit comporter la localisation de la lésion, la grosseur et la configuration (sessile ou pédiculée).

Des informations additionnelles telles la présence d'érosion focale, de dépression centrale, d'ulcération, de sténose ou d'inflammation chronique du tissu peuvent être utiles. Une photo peut être soumise avec les spécimens. Dans le cas de polypes pédiculés, il doit être spécifié si le pédicule a été enlevé pendant l'endoscopie.

- La requête doit indiquer s'il y a suspicion de néoplasie maligne ou non pour chaque polype analysé.
- La requête doit indiquer s'il y a association avec une maladie inflammatoire idiopathique du côlon. Dans ce cas, préciser si le ou les polypes proviennent d'un segment atteint par la maladie inflammatoire.

Mesures spécifiques à la phase analytique

2) Laboratoire de pathologie : évaluation macroscopique

Les informations suivantes doivent être présentes dans le rapport de macroscopie :

- le nombre et la taille des polypes ou des fragments (ordre de grandeur si multiples);
- la présence ou l'absence de pédicule lorsque le polype est intact;
- la longueur et le diamètre du pédicule, si présent.

3) Laboratoire de pathologie : préparation du tissu

- Les polypes doivent être soumis en totalité et doivent être sectionnés pour démontrer le pédicule du polype de la meilleure manière possible.
- L'encre doit être appliquée à la base du pédicule.
- L'encre doit être appliquée dans le tissu pâle, à la base du polype, en l'absence de pédicule et si le polype est assez gros pour être sectionné.
- La méthode pour sectionner le polype est dépendante du diamètre de la tête du polype et non pas de la taille du pédicule (Tableau 1).

Tableau 1. Guide pour la macroscopie des polypes colorectaux.

Diamètre de la tête du polype	Protocole de macroscopie	Niveaux (50 µM)
< 0,4 cm	Aucune coupe requise.	2 – 3
0,4 – 0,8 cm	Couper en deux et placer dans une cassette.	2 – 3
0,9 – 1,2 cm	Couper en trois parties égales de chaque côté de la section centrale (comprenant ou non un pédicule); soumettre en totalité en plaçant la section centrale dans une cassette séparée.	2 – 3 dans la section centrale
> 1,2 cm	Couper en plusieurs sections; soumettre en totalité en plaçant la section centrale (comprenant ou non un pédicule) dans une cassette séparée.	2 – 3 dans la section centrale

Autant que possible, les coupes perpendiculaires par rapport à la surface du côlon doivent être faites de façon à exposer l'axe central du polype.

Des niveaux supplémentaires doivent être considérés s'il n'y a pas d'évidence de lésion dans les 2 ou 3 trois niveaux initiaux sur un spécimen de polypectomie. De petits adénomes tubulaires peuvent être détectés en profondeur dans environ 10 % des cas [5, 6].

- En plus des spécimens endoscopiques, le pathologiste peut aussi recevoir la résection d'une lésion transanale pour les polypes rectaux. Les spécimens doivent être orientés, épinglés à plat et fixés pour éviter la déformation du spécimen à la suite de la fixation. L'encre doit être placée sur toutes les marges de résection : radiale (profonde), proximale, distale et latérale (si la résection transanale n'est pas circonférentielle). Les sections perpendiculaires de toutes les marges doivent être prises. Le spécimen doit être soumis en totalité de manière à pouvoir documenter la résection complète.

Mesures spécifiques à l'interprétation

Il est recommandé :

- de suivre les lignes directrices émises dans le guide *Classification of Benign Polyps* du Partenariat canadien contre le cancer concernant la classification et le compte rendu des polypes colorectaux [4];
- de vérifier la résection complète de la lésion maligne ou de haut grade lorsque possible (spécimen entier, orientation convenable). Si impossible (spécimen fragmenté), le mentionner dans le rapport;
- de se référer au *Protocole pour l'examen des spécimens provenant d'usagers atteints d'un carcinome primaire du côlon et du rectum* en présence de néoplasie maligne dans un polype pédiculé [7]. Les points importants à préciser sont :
 - a) le sous-type histologique,
 - b) le grade histologique (bas grade ou haut grade),
 - c) la taille du carcinome infiltrant,
 - d) l'envahissement vasculaire lymphatique ou veineux,
 - e) la distance à la marge;

(L'obtention de marges saines de plus de 1 mm est recommandée. Une marge de 1 mm et moins indique que les marges sont atteintes. La résection complète doit être indiquée dans le rapport.)
- de suivre les lignes directrices émises dans le *Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie, phase pré-analytique et analytique* [2].

Cibles/Indicateurs

100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent appliquer les normes de pratiques spécifiques au dépistage du cancer colorectal qui sont contenues dans le guide *Classification of Benign Polyps* du Partenariat canadien contre le cancer.

100 % des laboratoires d'anatomopathologie participant aux projets de démonstration doivent se conformer aux lignes directrices relatives aux composantes pré-analytique et analytique de l'histologie et appliquer les contrôles de qualité spécifiques au cancer colorectal.

1.2 Évaluation du temps de la réponse

Contexte/Objectif

Le groupe de travail sur l'organisation des services du PQDCCR a déterminé que le délai d'envoi des échantillons prélevés lors de la coloscopie au laboratoire d'anatomopathologie doit être inférieur à 48 heures et que le délai entre le prélèvement et le retour des résultats à l'endoscopiste doit être inférieur à 10 jours [8]. Le Comité consultatif en anatomopathologie a préalablement déterminé, lors de travaux portant sur les délais en lien avec le cancer du sein, que le temps de réponse, défini comme étant la période de temps s'écoulant entre l'arrivée d'un spécimen dans le laboratoire d'anatomopathologie et la signature du rapport par l'anatomopathologiste doit être de 5 jours ouvrables pour l'analyse d'un spécimen biopsique.

L'*Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology* (ADASP) a émis des recommandations concernant l'assurance de la qualité en anatomopathologie [9]. Il est mentionné que le délai entre l'arrivée du spécimen dans le laboratoire et le compte rendu écrit disponible doit être déterminé en fonction de la littérature disponible. Le temps de traitement varie en fonction de la complexité des analyses à effectuer. De plus, ce standard peut évoluer en fonction du développement de nouvelles technologies ou de d'autres facteurs préalablement établis. L'identification de l'urgence suspectée du traitement de la demande peut permettre d'orienter le temps de réponse préconisé.

Mesures

- 1) L'endoscopiste doit indiquer sur la demande d'analyse le caractère urgent de la demande :
 - Normal/polype d'allure bénigne : le délai entre le temps de l'arrivée du spécimen dans le laboratoire et le compte rendu écrit disponible doit être entre 10 à 15 jours ouvrables.
 - Cancer suspecté/cancer probable : le délai entre le temps de l'arrivée du spécimen dans le laboratoire et le compte rendu écrit disponible doit être entre 3 à 5 jours ouvrables.
- 2) Un délai additionnel peut être alloué en présence des éléments suivants (jour(s) ouvrables(s)) :

➤ Délai de transport	5 jours (centres différents)
En présence de suspicion de néoplasie maligne, le spécimen doit être envoyé dans un délai inférieur à 48 heures au laboratoire responsable de l'analyse, et ce, séparément des polypes d'allure bénigne et des envois de masse.	
➤ Fixation	1 jour
➤ Recoupes histologiques	1 jour
➤ Immunohistochimie	2 jours
➤ Consultation intradépartementale	1 jour
- 3) Une évaluation du délai de traitement du spécimen issu de la coloscopie dans les laboratoires d'anatomopathologie doit être possible.

Cibles/Indicateurs

80 % des spécimens doivent faire l'objet d'une évaluation dans les délais de traitement requis au sein de chaque laboratoire d'anatomopathologie.

100 % des laboratoires d'anatomopathologie doivent pouvoir fournir, sur demande, une évaluation du délai moyen entre la réception du spécimen et le rapport signé par le pathologiste.

1.3 Rapport standardisé synoptique

Contexte/Objectif

Certains laboratoires d'anatomopathologie utilisent actuellement des comptes rendus standardisés. Quelques services utilisent leurs propres modèles de compte rendu développés sans concertation avec d'autres laboratoires. Des travaux tenus conjointement avec le Comité consultatif en anatomopathologie et le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) ont mené à la standardisation du contenu des rapports d'anatomopathologie pour le cancer colorectal. Les listes d'exigences minimales développées par le *College of American Pathologist* (CAP) ont servi de base à l'élaboration de ces rapports, lesquels s'appliquent aux carcinomes primaires du côlon et du rectum. Les résultats consignés dans les rapports standardisés seront, à terme, intégrés au Registre québécois du cancer.

Mesures

- 1) Les éléments contenus dans le rapport standardisé doivent être présents dans le *Protocole pour l'examen des spécimens provenant d'usagers atteints d'un carcinome primaire du côlon et du rectum* en présence de néoplasie maligne [7].
- 2) Comme stipulé dans les normes cliniques relatives à la coloscopie, le rapport de pathologie devra être attaché au rapport de coloscopie dans le dossier médical.

Cibles/Indicateurs

100 % des laboratoires d'anatomopathologie participant aux projets de démonstration doivent remplir un rapport de pathologie standardisé.

WWW.MSSS.GOUV.QC.CA/CANCER

14-902-15W