

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE »

NOR : SSAH2101840A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;

Vu la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, notamment son article 96 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé n° 2013.0050AC/SEVAM du 5 juin 2013 ;

Vu la délibération du Conseil national des coopérations interprofessionnelles du 4 novembre 2020,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 susvisée, le protocole de coopération « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE », annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues aux articles L. 4011-1, L. 4011-2 et L. 4011-3 du code de la santé publique.

**Art. 2.** – Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE », selon les conditions fixées par l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

**Art. 3.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1<sup>er</sup> mars 2021.

*Le ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,  
adjointe à la directrice générale  
de l'offre de soins,*

C. LAMBERT

*Le ministre délégué  
auprès du ministre de l'économie, des finances  
et de la relance, chargé des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*

F. VON LENNEP

**Grille protocole de coopération  
conforme à l'annexe 1  
modèle de protocole mentionné  
à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009**

Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique

« Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux :

- des transferts d'activités ;
- ou d'actes de soins ;
- ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

Date de création : juillet 2010

Date de révision : ...

## À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

La grille du protocole de coopération proposée a pour but d'aider les professionnels de santé à rédiger efficacement leur protocole de coopération.

Avant d'utiliser cette grille, les professionnels de santé sont invités à lire attentivement au moins la fiche « professionnels de santé » figurant dans le guide méthodologique publié le XXXXXX par la HAS et disponible sur le site Internet de la HAS.

Tous les sigles et/ou les acronymes employés dans le protocole de coopération doivent être explicités.

### MODE OPÉRATOIRE

EN PRATIQUE, si vous souhaitez rédiger un protocole de coopération :

- 1) Télécharger / Enregistrer la grille sur votre ordinateur.
- 2) Renseigner tous les items.
- 3) Penser à être précis et synthétique dans votre rédaction.
- 4) Sauvegarder la grille une fois remplie.

INFO-BULLE – Lorsque ce mot apparaît, placer-y le curseur et des informations apparaîtront en appuyant sur la touche : « **F1** » du clavier sur PC, ou sur la touche « **aide** » sur Mac.

Des LIENS INTERNET sont activés. En plaçant le pointeur sur le lien et en appuyant sur la touche [Ctrl] du clavier vous serez automatiquement dirigé vers le site Internet mentionné.

<b>I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique</b>	
<b>Région : A - H / RHÔNE-ALPES</b>	<b>Date de création : 00/00/0000</b>
<b>Items</b>	<b>Réponses :</b>
<i>Besoin de santé régional auquel répond ce protocole de coopération</i>	Le Centre Léon Bérard est le centre régional de lutte contre le cancer. Le recrutement des patients se fait sur la région Rhône Alpes.
<i>Intitulé du protocole de coopération</i>	Transfert de compétence: pose de voie veineuse centrale par l'infirmière
<i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	Les indications fréquentes de voies veineuses centrales sont les perfusions de produits veinotoxiques pour de courtes ou longues durées : les chimiothérapies, la nutrition parentérale, les produits osmotiquement actifs (mannitol), les perfusions de produits aux PH bas ou haut les antibiotiques, des transfusions, de l'hydratation, des antalgiques), chez des patients n'ayant pas de capital veineux. Chez les patients atteints de pathologies cancéreuses qui nécessitent une chimiothérapie intraveineuse; les produits sont particulièrement veinotoxiques: la perfusion sur voie veineuse centrale est obligatoire. L'abord des veines jugulaires internes et brachiales sont inclus dans ce protocole. La voie sous-clavière est exclue du protocole.
<i>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	Anesthésie locale (pour les infirmières uniquement), repérage échographique, ponction échoguidée, vérification de la pose correcte
<i>Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Autres, préciser : la pose de voie veineuse centrale est un acte à visée préventive pour conserver le capital veineux malgré les traitements de chimiothérapie.
<i>Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération</i>	Au bloc opératoire du Centre Léon Bérard dans une salle dédiée L'établissement comporte: - une programmation centralisée des rendez-vous de pose de voies veineuses centrales avec un secrétariat commun au niveau de l'établissement - un système de communication intégrant l'informatisation de la prescription. L'établissement effectue au moins 1000 poses de voies veineuses centrales /an dont au moins 20% est assuré par un médecin délégué.

Protocole de coopération autorisé le : 00/00/0000, mis en ligne le : 00/00/0000

PAGE 4/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

## II. – INTITULÉ DU PROTOCOLE

Les informations demandées doivent permettre d'identifier l'acte(s) de soins, ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé entre eux auprès du patient, et les professionnels de santé concernés par le protocole de coopération au sens du code de la santé publique.

Transfert de compétence: pose de voie veineuse centrale par l'infirmière  
Excellence dans les VVC : de l'évaluation des besoins jusqu'au suivi des patients.

### Cadre réservé à la HAS

#### Thème du protocole

À la réception du protocole, la HAS définira un thème qui sera intégré dans le système d'information national.  
Le thème a pour objectif de faciliter la recherche des protocoles autorisés.

<b>III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE</b>	
<b>A) Justification de la demande</b>	
<p><b>1) <u>Identifier le problème à résoudre ou le besoin constaté au niveau régional</u></b></p>	<p>Délégation des accès veineux :</p> <p>Le Centre Léon-Bérard, centre régional de lutte contre le cancer, recrute les patients sur tout le territoire de la région Rhône Alpes. L'établissement est confronté à une augmentation des demandes d'abord veineux sur une population au capital veineux de plus en plus fragile car vieillissante et polypathologique. Cette demande croissante d'accès veineux central s'inscrit dans un contexte de crise démographique médicale et a amené jusqu'à maintenant à adresser ces patients dans d'autres établissements (externalisation) dont les compétences et disponibilités sont limitées. D'autre part, le suivi d'indicateurs est indispensable pour une optimisation de la prise en charge des patients.</p>
<p><b>2) <u>Préciser en quoi la problématique identifiée justifie une dérogation au titre de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?</u></b></p>	<p>Le temps médical disponible intra ou extra établissement ne permet pas la pose en temps et en heure des VVC: certains patients voient leur mise en route de traitement décalée, avec éventuellement un impact sur le pronostic, ou la mise en route sur une voie veineuse périphérique avec une prise de risque en cas d'extravasation. La pose des VVC par une infirmière déléguée permettra d'augmenter le nombre de poseurs et de raccourcir les délais d'accès aux VVC.</p> <p>L'importance du suivi des indicateurs et l'amélioration de la prise en charge des patients nécessitent du temps et de la coordination que la nouvelle équipe infirmière pourra organiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- planifier et récupérer les données de suivi des accès veineux.</li> <li>- prévenir les complications en planifiant des formations infirmières intra et extra muros concernant les pansements, les manipulations autour des accès veineux</li> <li>- tenir à jour les indicateurs de qualité (infection, ablation, thrombose, etc.).</li> </ul> <p>Aujourd'hui, le manque de temps médical empêche le recueil et l'analyse des complications liées aux cathéters et le développement des actions de prévention les concernant. Le temps médical étant concentré sur la pose et le traitement des complications quand elles surviennent.</p>

**NB :** La HAS pourra vous demander le ou les texte(s) réglementaire(s) à l'appui de votre argumentation.

**① Zone info**

*Documents / outils /  
instances pouvant être  
utilisés ou consultés*

- *Projet régional de santé (PRS).*
- *Agence régionale de santé (ARS).*
- *Union régionale des professions de santé (URPS).*
- *Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).*
- *Programme de formation, textes réglementant la profession, etc.*
- *Consultation des instances ordinales ou des associations professionnelles concernées.*
- *Etc.*



## III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

## B) Description du fonctionnement ACTUEL

1) Organisation des professionnels de santéa) Informations concernant le profil du DÉLÉGAN :

Spécialité	Médecin Anesthésiste réanimateur
Profession du délégué	Médecin spécialiste
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Qualification ordinaire (médecin)	Médecin
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	9,30 ETP

b) Informations concernant le profil du DÉLÉGUÉ :

Spécialité	Infirmière ou infirmière spécialisée
Profession du délégué	Infirmière
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input checked="" type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Qualification ordinaire (médecin)	
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	198 infirmières

**Zone info**

Voir à la fin de ce document la définition de délégué et de délégué.

<b>III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)</b>	
<b>B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)</b>	
1) <u>Organisation des professionnels de santé (suite)</u>	
c) Existe-t-il un système d'information partagée entre les professionnels de santé ?	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si possible, expliquez le processus de partage de l'information entre les différents professionnels :	
L'information est partagée par le dossier du patient informatisé, le programme informatisé du bloc opératoire, les demandes d'examens informatisées ainsi que les prescriptions. L'informatisation complète des données concernant les patients permet un partage d'informations en temps réel auprès des différents acteurs Dans le cas particulier des accès veineux centraux, dans le dossier du patient, la demande d'accès veineux est demandée par le médecin en charge du patient: oncologue médical, chirurgien, radiothérapeute. Le type de voie veineuse est argumentée par celui-ci; les éléments liés à la nature de l'indication, les éléments de choix (durée, nature du traitement, traitement associé, pathologie associée, anomalies biologiques...) sont précisés (annexe III). L'information est donnée au patient par le médecin prescripteur (Annexe IV). Un arbre décisionnel est validé.	
d) Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes à ce jour ? – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »	
e) L'accès aux soins	
La continuité des soins est-elle organisée ?	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
La permanence des soins est-elle organisée ?	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quels sont les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous ou de prise en charge ?	Actuellement Entre 15 et 21 jours hors urgence médicale

**III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)**

**B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)**

**2) Chiffrer la file active de patients**

Les informations demandées doivent permettre d'identifier le flux de patients pris en charge par les professionnels de santé en précisant la période considérée

La file active est de 3000/an

**3) Décrire le processus clinique actuel – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »**

**Ø Zone info**

**Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés**

- Toutes les études réalisées dans ce domaine.
- Données du PMSI.
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

#### IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

##### A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

###### 1) Information du patient

Expliquer les modalités prévues pour l'information du patient et pour le recueil de son consentement éclairé dans le cadre du protocole de coopération

Le patient est informé par le médecin prescripteur de la réalisation potentielle de l'acte par une infirmière dans le cadre d'un protocole de coopération. Les documents d'information exposent la nature du geste, les complications envisageables, les modalités et la nature des équipes. Une fiche d'information expliquant la nature de l'acte, le caractère dérogoatoire, les conditions de réalisation et la proposition faite en cas de refus est délivré au patient. (Annexe IV). L'information est tracée dans le DPI (dossier patient informatisé).

Le médecin anesthésiste délégué décide de l'inclusion ou de l'exclusion du patient en regard des résultats des examens cliniques et biologiques ainsi que de la prescription initiale

Avant la pose, l'infirmière revoit le patient, reformule l'information relative à l'acte et s'assure de l'accord du patient (Check list HAS Annexe VI).

Après la pose, l'infirmière éduque le patient sur la gestion de cet accès veineux (toilettes, bains, douche, prévention des retraits accidentels, informations sur les pansements, leurs fréquences ... la prévention des infections, des thromboses et la conduite à tenir en cas d'éruption, de suintements, de douleurs, d'écoulement, de fièvre...) et fournit un livret sur le matériel.

###### 2) Expliquer les objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération entre professionnels de santé

Diminuer le délai d'accès aux voies veineuses centrales,

Eviter des hospitalisations, ou diminuer certaines durées de séjour chez des patients nécessitant cette voie veineuse pour un retour à domicile en SAD HAD ou autres institutions.

Améliorer le confort du patient par une attitude proactive, sécuriser la qualité de vie et la qualité des soins

Assurer la continuité des soins en interne par une relation continue entre infirmières. Coordonner la prise en charge avec les infirmières libérales; création d'une hotline téléphonique permettant en direct les conseils aux patients ou professionnels de santé

Economiser du temps médical d'anesthésiste; l'un de ceux-ci restant en permanence accessible pour conseils et aides sur simple appel de l'infirmière

Supprimer l'externalisation de cette activité pour permettre la Qualité, le contrôle de la Qualité de la prestation et un suivi. Les patients comprennent mal "l'externalisation" de ce geste et demande une prise en charge globale. Cf ANNEXE 11:Préambule historique du projet

La maîtrise de la Trajectoire patient est l'objectif clé de ce projet avec la composante sécuritaire qui en découle.

**B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel****1) Présenter les professionnels de santé qui soumettent le protocole de coopération à l'ARS**

*Les informations demandées doivent permettre d'identifier au moins (prénom, nom, profession) un référent pour chaque profession à l'origine de la création du protocole de coopération ainsi qu'une personne à contacter (prénom, nom, téléphone, adresse mail) pour l'instruction du protocole de coopération.*

Réfèrent médical: Dr Rosay Hervé coordonateur du département d'anesthésie 04 78 78 29 84  
rosay@lyon.fnclcc.fr

Réfèrent infirmier:  
Mme Cellupica Mary, infirmière 04 78 78 29 63

<b>IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)</b>	
<b>B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)</b>	
<p>2) <b>Préciser le cadre de la coopération envisagée.</b> Les informations demandées doivent permettre de comprendre les caractéristiques médicales et/ou sociales des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</p>	<p>La pose de VVC s'adresse à des patients devant recevoir un traitement intraveineux. De nombreux traitements intraveineux, et notamment les produits de chimiothérapie étant extrêmement corrosifs pour les veines périphériques, pouvant donner des nécroses, escarres ou des handicaps majeurs en cas d'extravasation, les injections ne sont réalisées que sur des voies veineuses centrales pour préserver le capital veineux. L'âge vieillissant, la polyarthropathologie entraînant une diminution du capital veineux, la pose de VVC s'adresse aussi pour des perfusions prolongées d'antibiotiques, de solutés hydroélectrolytiques, de nutrition parentérale, d'antalgiques intraveineux...</p> <p>Le médecin anesthésiste délégué décide de l'inclusion et l'exclusion du patient, en regard des examens cliniques et biologiques ainsi que de la prescription initiale</p>
<b>Lieu de réalisation de la coopération</b>	
<input type="checkbox"/> Cabinet d'exercice libéral de groupe <input type="checkbox"/> Cabinet d'exercice libéral individuel <input type="checkbox"/> Centre de santé <input checked="" type="checkbox"/> Établissement de santé <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Maison de santé <input type="checkbox"/> Pôle de santé <input type="checkbox"/> Réseau de santé	
<p>Liste non exhaustive, préciser le lieu s'il ne figure pas dans la liste :</p>	

**🕒 Zone info**

**Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés**

- Données du PMSI.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

#### IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

##### B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

###### 3) Répondre aux questions suivantes

Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?	Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »
Quel est le système d'information informatisé utilisé ?	Dossier informatisé du patient, prescription informatisée unifiée de la demande de pose, programme du bloc opératoire, biologie du patient, compte rendu de pose
Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?	Une salle d'intervention au niveau du bloc opératoire, un échographe, un appareil de localisation de l'extrémité distale du cathéter (ECG ou scopie), matériel de pose
Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?	Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »
Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?	non

#### IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

##### B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel ( suite)

- 4) Décrire les actes de soins, les activités de soins, ou la réorganisation des modes d'intervention n'incluant pas d'entente illicite dérogatoire au regard des dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions de santé concernées et les modalités de surveillance qui en découlent  
Les actes de soins, les activités ou la réorganisation des modes d'intervention seront décrits ci-après. Dès la phase de création d'un protocole de coopération, les professionnels doivent être vigilants sur le fait que la mise en œuvre d'une pratique dérogatoire aux conditions légales d'exercice devra prendre en compte les interdictions telles que le compérage figurant dans les règles déontologiques ou règles déontologiques applicables aux professionnels (lorsqu'elles existent).



<b>IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)</b>	
<b>B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)</b>	
<b>5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients</b>	
a)	Description de la prise en charge du patient et de l'acte(s) de soins ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient
<p><i>Décrivez le processus global de prise en charge du patient, indiquez qui fait quoi, à quel moment se réalise(nt) l'acte(s) ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, décrire comment s'articulent les professionnels de santé entre eux et quel est leur niveau de responsabilité.</i></p> <p>Le patient est informé par son médecin prescripteur de la nécessité du geste qu'il a prescrit (Annexe III), des modalités de celui-ci, de la possibilité de la réalisation de la pose par une infirmière. Les documents d'information au patient lui sont remis (Annexe IV), et cette information est tracée dans le DPI. Les assistantes médicales du département d'anesthésie adressent au patient la confirmation de son rendez-vous ainsi qu'une ordonnance de biologie signée du médecin, et de douche préopératoire (Annexe IV). Le médecin délégué vérifie les examens biologiques et confirme son inclusion au protocole, en fonction de la prescription initiale et détermine le type de dispositif et de site d'accès. En cas d'exclusion du patient du protocole, il organise la pose de la voie veineuse centrale.</p> <p>L'infirmière déléguée réalise alors la check list HAS KT (Annexe VI).</p> <p>Avant la pose, l'infirmière déléguée vérifie la présence de son médecin délégué. L'infirmière déléguée revoit le patient, reformule l'information relative à l'acte et s'assure de l'accord du patient. Elle pose la voie veineuse centrale, en sachant qu'un médecin anesthésiste est présent dans une salle à proximité immédiate et peut intervenir à tout moment.</p> <p>Après la pose, une radio de contrôle est réalisée puis vérifiée par le médecin délégué. L'infirmière éduque le patient sur la gestion de cet accès veineux (toilettes, bains, douche, prévention des retraits accidentels, informations sur les pansements, leurs fréquence, la prévention des infections, des thromboses et la conduite à tenir en cas d'éruption, de suintements, de douleurs, d'écoulement, de fièvre...), et fournit les ordonnances de pansements et un livret sur le matériel. (Annexe VIII).</p> <p>Elle contacte le patient dans les 48h qui suivent le geste pour répondre à ses questions (pansements, ...).</p>	

<p><i>Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.</i></p>	<p><i>Précisez pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégué pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).</i>  <b>Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :</b></p>
<p>L'infirmière est autonome sur cet acte.</p>	<p>4. Le rôle et la place du délégué</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dans l'articulation entre le délégué et le médecin primo-prescripteur de la nécessité de réaliser l'acte.</li> <li>o Rôle du médecin primo-prescripteur : il justifie la nécessité de l'accès veineux central : chimiothérapie, médicaments veinotoniques (pH, osmolarité), patients au faible capital veineux, durée de traitement long...</li> <li>o Rôle du médecin délégué : il confirme l'inclusion et détermine le type de dispositif et de voie et site d'accès. Par ailleurs, il élabore les arbres décisionnels permettant de déterminer le type de dispositif et le site d'accès. [6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16]...</li> <li>o Rôle du délégué : il pose le dispositif ; initie l'éducation thérapeutique du patient en regard de celui-ci.</li> <li><input type="checkbox"/> Au moment de la réalisation de l'acte et sa capacité à intervenir immédiatement en cas de besoin.</li> <li>o Le praticien délégué est capable d'intervenir à tout moment. La proximité immédiate et la disponibilité du praticien sont les garants d'une réelle sécurité pour le patient.</li> <li>o Comme stipulé dans le dossier de coopération, l'infirmière appelle en cas de difficultés non prévues : aspect échographique, 3 ponctions avec difficultés de canulation, refus du patient d'une pose par le délégué, complications...</li> <li>o Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation : Résultats (ANNEXE 13)</li> </ul> <p>Une permanence du Médecin Anesthésiste Réanimateur permet de répondre aux questions ponctuelles de l'infirmière ou d'intervenir en urgence.</p>

*Quels sont les moyens utilisés par le délégué pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui réorganisent leur mode d'intervention auprès du patient ?*

Evaluation imprévue d'une pose en cours

Compte rendu informatique de l'acte en temps réel et accessible par le délégué (Annexe VII)

Radio pulmonaire relue par le délégué

Tenue à jour d'un livret de matériel avec le suivi des éléments de difficultés et des complications immédiates. Ce carnet est rempli par l'équipe de poseurs ramené par le patient, rempli à chaque utilisation de la VVC

Fiche de déclaration d'incidents indésirables en cas de difficultés

RMM en cas d'événements indésirables graves

Debriefing réguliers (mensuel) avec le médecin délégué responsable du service et de l'unité vasculaire

Observatoire des VVC (Annexe IX)

<b>IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)</b>	
<b>B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)</b>	
<b>5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)</b>	
<b>a) Description de la prise en charge du patient... (suite)</b>	
<i>Décrire ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de santé se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?</i>	
Après installation du patient sur une table opératoire, l'infirmière réalise une évaluation échographique du capital veineux puis confirme la possibilité de mise en place du dispositif choisi. L'infirmière réalise le check list HAS KT (annexe VI). L'infirmière pose l'accès veineux. A la remise des ordonnances de pansements, elle s'assure de la compréhension du patient sur les précautions à prendre concernant cet accès veineux. L'infirmière met aussi en place le suivi d'indicateurs précoces (infection, thrombose, accidents mécaniques...): création de l'observatoire des VVC (annexe IX)	
<i>Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégué à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.</i>	
<i>Temps estimé pour le délégué :</i>	60 mn
<i>Temps passé par le délégué avant le transfert :</i>	60 mn
<i>Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :</i>	
<i>Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?</i>	
Au bloc opératoire du centre léon bérard, sur des plages horaires spécifiques programmées.	

<b>IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)</b>	
<b>B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)</b>	
5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)	b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient
<p><i>Quels sont les critères d'alerte qui déclenchent l'intervention du délégué, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?</i></p> <p>Refus du patient d'être pris en charge par l'infirmière, malgré son accord initial; la pose sera alors reprise par le médecin</p> <p>Evaluation échographique faite par l'infirmière non compatible avec la pose du dispositif initialement demandé</p> <p>Dispositif non compatible avec la demande initiale du médecin: apparition d'un nouvel élément, changement d'avis, dégradation de l'état d'un patient....</p> <p>Echec de ponction veineuse après 3 tentatives sous echo...difficulté technique inhabituelle</p> <p>Survenue de tout élément clinique nouveau au moment de la pose</p> <p>Dans tous ces cas là, l'infirmière alerte le MAR présent à proximité immédiate</p> <p><i>Listez les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.</i></p> <p>Les risques de complication devant être pris en compte sont d'ordre: - traumatique,- hémorragique, - infectieux.</p> <p>Le risque immédiat et à distance n'est pas plus élevé lors de la pose par une infirmière par rapport à celle d'un médecin. Certaines études montrent même le contraire.</p> <p>Concernant les risques liés à l'acte : ils sont identiques que le technicien de pose soit infirmier ou médecin ; c'est l'expérience, le niveau de formation, le caractère attentif du soin qui engendre une différence. Ce sont les suivants par ordre de fréquence décroissante : malaise vagal, douleur, arythmie, hématome, échec de pose, ponctions répétées, plicature et dysfonctionnement immédiat du cathéter, pneumothorax, embolie gazeuse, embolie pulmonaire, saignement, réaction allergique, lésion vasculaire. Ces risques immédiats ne sont pas nuls mais tendent vers zéro surtout lorsque la ponction est réalisée sous échographie. Dans l'étude de faisabilité, réalisée dans notre centre de 2010 à 2011, aucune complication n'a été relevé.</p> <p>Concernant les risques liés à la délégation, nous n'avons pas retrouvés de risques spécifiques. Il dépend du niveau de formation requis pour accéder à cet acte.</p> <p>En France, seulement et environ 50% des actes de poses sont réalisés sous échographie ; dans l'exercice de la délégation, cette pose sous échographie étant un préalable, le niveau sera amélioré, les risques diminués.</p> <p>Concernant la possibilité d'une erreur d'interprétation d'une échographie, celle ci est expérience dépendante, et celle de nos infirmières techniciennes est équivalente à celle des médecins poseurs.</p> <p>Le seul risque potentiel est le retard diagnostic d'une complication potentiel; la proximité et la disponibilité du délégué, l'appel devant tout élément anormal doit minimiser ce risque.</p> <p>Dans la littérature, le risque infectieux à distance semble moins grand quand le geste est réalisé à distance. Probablement c'est l'adhésion franche aux mesures d'hygiène, la rigueur dans ce domaine qui explique cette différence.</p>	

<p><i>Quelles sont les actions préventives mises en œuvre eu égard aux risques identifiés ?</i></p>
<p>Les actions préventives sont :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Une formation exigente</li><li>Une permanence de délégués disponibles</li><li>La mise en place d'une check liste préalable à la pose (Annexe VI - check list HAS) : vérification de la présence du délégué.</li><li>Les éléments permettant d'évaluer l'absence de risques supplémentaires encourus par le patient (ANNEXE 16)</li></ul>
<p><i>Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?</i></p>
<p>Les fiches incident seront faites systématiquement concernant cette coopération même pour déclarer les événements précurseurs: elles seront analysées par la cellule qualité.</p> <p>Les événements indésirables graves seront revus dans le cadre des RMM. La procédure de signalement auprès des autorités est rédigée confère Annexe ??</p>
<p><i>Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?</i></p>
<p>Bluemedi ( logiciel informatique des fiches incidents et de gestion documentaire)</p>

#### IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

##### B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

###### 5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

###### b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?

<i>Modalités d'analyse des pratiques du délégué</i>		<i>Modalités d'analyse des pratiques du déléguant</i>	
<i>Avant la coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	Le délégué ne participait pas à cet acte auparavant	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques
	<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire		<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	mensuel avec le délégué annuel avec la DSI. Comptes rendus formalisés	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi
	<input checked="" type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	en cas d'évènement indésirable grave. Comptes rendus formalisés	<input checked="" type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé		<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu		<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	enquêtes auprès des patients	<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre
		enquêtes auprès des patients Observatoire des cathéters	

**④ Zone info**

*Avant la coopération, les professionnels de santé peuvent être engagés dans des modalités d'analyse des pratiques différentes. Pendant la mise en œuvre du protocole de coopération, il est fortement recommandé que les professionnels de santé s'inscrivent ensemble dans un même processus d'analyse des pratiques.*



<b>IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)</b>	
<b>B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel ( suite)</b>	
<b>5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)</b>	
b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient ( suite)	
<i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques Fréquence: trimestrielle <input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire <input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi Fréquence: trimestrielle <input checked="" type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité En cas d'évènements indésirables graves <input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé <input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu <input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre enquête auprès des patients
<b>Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?</b>	
indicateurs de suivi au niveau des infections, des thromboses, etc.	
<b>Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération</b>	
<b>Pour le patient :</b>	Prise en charge globale du patient avant, pendant et après l'acte; Répondre aux appels téléphoniques des patients. Education du patient. Raccourci du délai de prise en charge
<b>Pour le délégué :</b>	Evolution de carrière des professionnels paramédicaux (acquisition technique, évolution dans les responsabilités, évolution dans les contacts avec le patient, valorisation financière,...) Le protocole et la formation du délégué seront ajustés en fonction de l'évolution technique.
<b>Pour le délégant :</b>	Gain de temps réinvesti dans un autre travail médical (développement d'autres activités anesthésiques: radiologie interventionnelle sous AG, développement d'autres actes chirurgicaux, diminution de l'externalisation, ...)

### V. – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

<p>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</p>	<p>MAR /IDE/DSI/ DRH / Juriste /</p>
<p>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, citer la référence : IUS , Angleterre , Pays Bas , Suède , Italie , Espagne, australie.... il existe 2 sociétés savantes infirmières: l'AVA, Infusion Nurse Society) Bibliographie exhaustive impossible tant cette activité est infirmière dans les autres pays anglosaxons: pub med, google Dernier article en date: Nic YacopettiEvan Alexandrou, Tim R Spencer, Steven A Frost, Patricia M Davidson, Greg O'Sullivan and Ken M Hillman; critical care and resuscitation ; vol12:Number2: june 2010 Central venous catheter by a clinical nurse consultant or anaesthetic medical staff: a single-centre observational study. ANNEXE 17</p>
<p>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? <b>Si oui</b> : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, dans quel pays ? Angleterre Cambridge Coordonnées personne contact : Carmel Streeter: carmel.streeter@addenbrookes.nhs.uk Dr DA SOUZA: Steve.DSouza@lthtr.nhs.uk</p>

## VI. – EXPÉRIENCES ACQUISES ET/OU FORMATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUIVIES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS

### Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

<p><i>Décrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Compétences théoriques ( anatomie, matériel, physiologie veineuse, indication, contreindication, complications, prise en charge initiale, échographie, connaissance d'un bloc, tables opératoire, sutures ...)</p> <p>Compétences techniques ( repérage échographique, vérification de l'endroit de ponction, dextérité et savoir faire: manipuler l'appareil d'échographie en notre possession: Site rite 5, avoir manipulé le matériel par différentes séances sur mannequin et cuisse de dinde, savoir conseiller les patients pour la prévention de ces complications, savoir faire des pansements de ces VVC, sutures).</p> <p>le protocole et la formation du délégué seront ajustés en fonction de l'évolution des techniques.</p> <p>Le médecin formateur évalue l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en oeuvre du protocole, selon une grille explicite, datée et signée par ce dernier. L'ensemble des compétences doivent être acquises (niv 3 pour chaque item) pour que l'infirmière puisse adhérer au protocole</p>
---	---

<p><i>Décrivez le contenu <u>minimum</u> de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>La formation minimum nécessaire. Ce protocole de coopération s'adresse aux infirmier(e)s quelque soit leur spécialité ; le métier socle étant infirmière.</p> <p>La formation est donc la même quelque soit l'origine de la formation de l'infirmière déléguée.</p> <p>Le délégué est infirmière de 5 ans d'ancienneté ayant une compétence technique et relationnelle avérée auprès des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation comprend un contenu théorique et pratique adapté à chaque voie d'abord.</li> </ul> <p>Contenu théorique. (20h)</p> <p>Il comprend :</p> <p>Compétences 1 : Mise en œuvre d'action préventive</p> <p>Connaître les risques infectieux</p> <p>Connaissances + application des règles d'asepsie</p> <p>Respect des bonnes pratiques de l'utilisation du matériel stérile</p> <p>Connaître les contre-indications</p> <p>Compétences 2 : Connaître, rechercher, traiter les données et normes scientifiques</p> <p>Connaître et maîtriser l'anatomie vasculaire du membre supérieur et de la région cervicale</p> <p>Connaître les normes numération, formule, plaquettes + hémostases</p> <p>Compétence 3 :</p> <p>Etre capable d'énoncer les signes cliniques</p> <p>Conduite à tenir en cas de pneumothorax + détresse respiratoire + ponction artérielle</p> <p>Compétences 4 : Analyser l'adéquation entre qualité du matériel et l'indication retenue</p> <p>Pertinence de l'utilisation du matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> différents types de sutures, instrument, dispositifs</li> <li><input type="checkbox"/> ceux retenus dans l'établissement</li> </ul> <p>Compétences 5 : Maîtriser l'arbre décisionnel théorique des indications de pose de VVC</p> <p>Connaître les indications générales, et celles retenues dans l'établissement</p> <p>Compétences 6 : Mise en œuvre de la technique de l'échographie</p> <p>Fiabilité et pertinence des principes fonctionnels de l'échographie</p> <p>Compétences 7 : Connaître les limites de son champ de compétences</p> <p>Savoir quand appeler le médecin délégué. Pertinence et justesse de l'appel</p>
--	--

<p><i>Décrivez la formation pratique <u>minimale</u> suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Cette acquisition se fait par accompagnement en 4 temps:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation de la pratique médicale à distance du patient, (30 patients minimum)</li> <li>- Aide du médecin par l'IDE, (30 patients minimum)</li> <li>- Aide de l'IDE par le médecin (30 patients minimum)</li> <li>- Mise en pratique seule en présence du médecin dans la salle (30 patients minimum)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 accès veineux dans chaque type de voie d'abord est donc le minimum retenu sous couvert d'un praticien expert et de ponctions réalisées sous échographie grâce à un guide aiguille. (Annexe X du document de coopération)</li> </ul> <p>La pose de 5 à 6 accès veineux centraux par semaine est le garant d'une compétence maintenue.(d'où l'intérêt d'un seuil d'activité minimal requis)</p> <p>Le tableau mensuel de suivi individuel pour chaque délégué et pour l'ensemble de l'unité déléguée garantit ce maintien de compétence. Annexe 13</p> <p>La participation à un congrès ou formation en rapport avec la pose et l'entretien de VVC, tous les 2 ans participe au maintien des compétences.</p> <p>La collaboration à des études de Recherche clinique, publications et l'analyse des pratiques professionnelles participe à ce maintien des compétences.</p>				
<p><i>Précisez le nombre d'heures <u>minimum</u> de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>140</p> <table border="1" data-bbox="1018 331 1118 1350"> <tr> <td data-bbox="1018 1093 1114 1350">Nombre d'heures de formation théorique</td> <td data-bbox="1018 837 1114 1093">Au moins 20</td> <td data-bbox="1018 582 1114 837">Nombre d'heures de formation pratique</td> <td data-bbox="1018 331 1114 582">Au moins 120 actes dont 30 pour chaque voie d'abord</td> </tr> </table>	Nombre d'heures de formation théorique	Au moins 20	Nombre d'heures de formation pratique	Au moins 120 actes dont 30 pour chaque voie d'abord
Nombre d'heures de formation théorique	Au moins 20	Nombre d'heures de formation pratique	Au moins 120 actes dont 30 pour chaque voie d'abord		
<p><i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i></p>	<p>Expérience du délégué, minimale nécessaire à la mise en oeuvre du protocole : 5 ans dans un établissement réalisant au moins 1000 poses de voie veineuse centrale Seuil minimal d'activité de l'établissement appliquant le protocole : réalisation d'au moins 1000 poses de voie veineuse centrale</p>				

## VII. – INDICATEURS SELON LESQUELS L'EFFICACITÉ, LA SÉCURITÉ, L'UTILITÉ ET LE CÔTÉ DE MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE SERONT APPRÉCIÉS

### A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ?

Un indicateur n'a de sens qu'au regard de l'objectif poursuivi. Il appartient aux professionnels de santé, en fonction de la nature de leur activité, de l'objectif(s) poursuivi(s), de définir leurs indicateurs dans les 5 champs ci-dessous et lorsque cela est possible, ils fixeront un seuil d'alerte c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les professionnels de santé devront réagir. Dans certains cas, les seuils d'alerte ne pourront être fixés qu'au vu des résultats des indicateurs de suivi.

#### 1) Indicateurs proposés pour mesurer les résultats médicaux attendus pour les patients

Nombre de VVC posées par infirmière

Nombre de complications en lien avec le transfert d'actes de soins ou d'activité ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient: pneumothorax, hemothorax, ponction artérielle,

Nombre d'événements indésirables survenus chez les patients suivis dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre total de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération: EVA pendant le geste

Infections des VVC infirmière/ MAR

Thrombose des VVC/MAR

#### Zone info

- Pour vous aider, des exemples d'indicateurs sont proposés dans différents champs.
- Pour vous permettre d'élaborer vos propres indicateurs, vous trouverez dans le guide méthodologique et à la fin de ce document une fiche descriptive de présentation d'un indicateur\*. La HAS pourra vous demander ces fiches.

 Lien

\* [Cliquer ici pour voir la fiche descriptive de présentation d'un indicateur.](#)

VII. – INDICATEURS... (SUITE)	
A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)	
2) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des acteurs qui mettront en œuvre le protocole de coopération.	
<b>Obligatoire</b> : La formation théorique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?	Oui. La formation a permis de vérifier que le transfert théorique de compétence vers l'infirmière est possible.
<b>Obligatoire</b> : La formation pratique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?	Oui
<b>Obligatoire</b> : La durée prévue a-t-elle été modifiée. Si oui, pourquoi ?	Non
<b>Obligatoire</b> : L'expérience professionnelle prévue dans la spécialité concernée était-elle adaptée. Si non, pourquoi ?	oui, Entretien annuel d'évaluation
<b>Obligatoire</b> : Expliquer les modalités en œuvre pour le développement professionnel continu	Congrès spécialisés, EPP, RMM
<b>Autre(s) indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des acteurs :</b>	Nombre d'interventions du MAR pendant les permanences
3) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des usagers qui seront pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	Bilan du délégué exposé à son N+1 lors de l'entretien annuel d'évaluation (rencontre formalisée entre N et N+1 pour apprécier l'investissement personnel et l'acquisition de compétences)
<b>Indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des usagers :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer la satisfaction des usagers par l'observatoire des cathéters sur:               <ul style="list-style-type: none"> <li>La qualité de l'information du geste</li> <li>La qualité de l'éducation pour le suivi</li> <li>La qualité de vie par suivi téléphonique: EVA immédiat et à distance du geste, toilette, image corporelle...</li> </ul> </li> <li>Ces données peuvent être reprises dans l'observatoire des cathéters</li> </ul>

**① Zone info**

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un protocole de coopération, l'évaluation de la formation reçue et l'évaluation de la satisfaction des usagers sont obligatoires. Vous devez élaborer, par ailleurs, les indicateurs qui rendent compte de la satisfaction des acteurs et des usagers.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)	
A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)	
4) Indicateurs proposés pour mesurer l'impact organisationnel lié à la mise en œuvre du protocole de coopération	
Nombre de refus de participation des patients par rapport au nombre de patients informés de la mise en œuvre du protocole de coopération	
Nombre de patients sortis du protocole de coopération pour une prise en charge par le déléguant sur le nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération: refus+ impossibilité infirmière	
Nombre de patients externalisés pour pose de VVC	



VII. – INDICATEURS... (SUITE)	
A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)	
5) <u>Indicateurs pour mesurer l'impact économique lié à la mise en œuvre du protocole de coopération</u>	l'impact économique représente la différence de salaire entre une infirmière et un MAR; nombre de VVC posées dans l'établissement mais également le délai d'attente avant la pose de VVC retardant la sortie de l'établissement, le nombre d'hospitalisation évitées.
6) <u>Les professionnels élaborent eux-mêmes les critères à partir desquels la fin de l'application du protocole de coopération devrait être envisagée</u>	Les événements indésirables graves seront suivis d'une RMM. La direction générale pourra décider de la suite à donner à ce protocole de coopération en fonction des conclusions de ces RMM.
7) <u>Les professionnels expliquent ici les modalités prévues pour la prise en charge du patient s'il est mis fin à la mise en œuvre du protocole de coopération</u>	Si le protocole de coopération doit se terminer, la prise en charge des patients sera assurée de nouveau par des médecins en interne ou en externe dans d'autres établissements

**Ø Zone info**

*Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés*

- Sociétés savantes.
- Conseils nationaux professionnels spécialisés.
- HAS.
- AFSSAPS.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Etc.

## VII. – INDICATEURS... (SUITE)

## B) Calendrier de mise en œuvre

<p><i>Étapes préalables au démarrage (décrire ces étapes : recrutement, formation, travaux d'aménagement, acquisitions de matériel d'équipement, ...)</i></p>	<p>Le recrutement s'adresse à une infirmière avec une ancienneté au centre Léon Bérard de 5 ans, correspondant à la validation des acquis de base en cancérologie. Celui-ci a été réalisé par cooptation.</p> <p>Une formation théorique de 20 h a été réalisée avec le MAR référent</p> <p>La formation pratique est en cours. L'infirmière regarde les différents gestes du MAR. Puis l'infirmière, en présence du MAR réalise certains gestes. Les compétences techniques ont été acquises, elle réalise aujourd'hui l'acte complètement</p>
<p><i>Date de démarrage effective prévue</i></p>	<p>Expérimentation en cours depuis 2010</p>
<p><i>Montée en charge éventuelle</i></p>	<p>Une vacation tous les jours, comme les MAR</p>
<p><i>Durée prévue de la mise en œuvre</i></p>	<p>4 mois</p>

### VIII. – COMPÉTENCES COMPLÉMENTAIRES À INSCRIRE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

*Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale*

Anatomie veineuse,  
Pansement des VVC  
Anesthésiques locaux,  
Sutures.

*Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)*

Complications liées aux cathéters,  
Prévention de ces complications: pansement des VVC

### ESPACE À DISPOSITION POUR TOUTE(S) INFORMATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) SUR LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Ce geste technique est réalisé dans de nombreux pays par les infirmières dont la formation initiale est moins technique que celle réalisée en France; Nos infirmières dont la formation technique de base est plus importante trouveront plus facilement leur place dans une organisation similaire pour peu qu'elles soient bien formées.

Dans ce protocole de coopération, l'accent est également mis sur la prise en charge globale du patient. Le relationnel a aussi beaucoup d'importance dans la réussite de ce protocole et le savoir être est un impératif qui sera évalué dans notre expérience par l'intermédiaire du vécu du patient.

## ANNEXE I. – FICHE DESCRIPTIVE DE PRÉSENTATION D'UN INDICATEUR\*

<i>Libellé de l'indicateur</i>	
<i>Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	
<i>Population concernée par le protocole de coopération</i>	
<i>Objectif à atteindre</i>	
<i>Définition de l'indicateur</i>	
<i>Modalités de recueil des données</i>	
<i>Numérateur</i>	
<i>Dénominateur</i>	
<i>Périodicité</i>	
<i>Seuil d'alerte</i>	
<i>Recommandation professionnelle</i>	
<i>Remarque(s)</i>	

**ACTIVITE**

**Taux d'adhésion des patients à leur prise en charge par les IDE dans le cadre du protocole de coopération suite à l'information donnée sur les modalités de cette prise en charge.**

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de patients proposé à la population infirmière*

*Objectif à atteindre : 95%*

*Définition du numérateur : Nombre de patients acceptant la pose par le délégué*

*Modalités du recueil de données : déclaration par l'équipe de poseurs + données de l'observatoire*

*Numérateur : Nombre de patients acceptant la pose par le délégué*

*Dénominateur : nombre de patients proposé à la population infirmière*

*Périodicité : annuelle*

*Seuil d'alerte :*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques*

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 36/120

**\*Part de l'activité liée au protocole de coopération.**

*Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération = nombre de patients ayant une VVC posées par le délégué(s)*

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de VVC posées dans l'établissement*

*Objectif à atteindre : 70%*

*Définition du numérateur : Nombre de VVC posée par le délégué*

*Modalités du recueil de données : Déclaration par la direction de l'établissement (DIM-UCTI)*

*Numérateur : Nombre de VVC posée par le délégué*

*Dénominateur : Nombre de VVC posées dans l'établissement*

*Périodicité : annuelle*

*Seuil d'alerte :*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques*

**Nombre de patients pris en charge externalisés pour VVC**

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de patients pris en charge pour pose de VVC*

*Objectif à atteindre : tendre vers 0*

*Définition du numérateur : Nombre de patients pris en charge externalisés pour VVC*

*Modalités du recueil de données : Nombre de RDV donnés à l'extérieur par les assistantes d'anesthésie qui ont les demandes centralisées*

*Numérateur : Nombre de patients pris en charge externalisés pour VVC*

*Dénominateur : nombre de VVC total posées pour les patients pris en charge au sein de l'établissement (externalisées + posées au sein de l'établissement)*

*Périodicité : Annuelle*

*Seuil d'alerte : 10%*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques : Dimensionnement de l'équipe dédiée à l'activité*

**QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE****Taux d'appel au délégué(s)**

*Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération = nombre de patients ayant une VVC posées par une infirmière*

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de patients pris en charge au CLB*

**Objectif à atteindre : tendre vers 0**

**Définition du numérateur :** somme de l'ensemble des interventions médicale où le médecin est à de prendre la main et faire le geste à la place de l'infirmière aboutissant à la mise en place d'une VVC bien placée

**Modalités du recueil de données :** déclaration par l'équipe de poseurs

**Numérateur :** Nombre d'appel du délégué(s) par le délégué(s)

**Dénominateur :** Nombre de VVC initiées par le(s) délégué(s)

**Périodicité :** mensuelle et cumulé e

**Seuil d'alerte :** 5%

**Recommandation professionnelle**

**Remarques :** Evaluer l'efficacité de l'application de la coopération. Analyse dans le cadre du groupe d'analyse des pratiques

**GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION**

JUILLET 2010

PAGE 39/120



**Nombre de patients avant bénéficié de pose de VVC avec complication traumatique ou hémorragique**

*Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération = nombre de patients ayant une VVC posées par une infirmière*

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de VVC posée par le(s) délégué(s)*

*Objectif à atteindre : celui de la littérature : tendre vers 0*

*Définition du numérateur : somme de l'ensemble des complications potentielles (pneumothorax, ponction artérielle, hématome, perforation péricardique)*

*Modalités du recueil de données : déclaration par l'équipe de poseurs + déclaration des médecins de l'établissement concernant les complications des 24 premières heures*

*Numérateur : Nombre de pneumothorax + nombre de ponction artériel + nombre d'hématome + nombre de perforation péricardique*

*Dénominateur : nombre de VVC posées par les infirmières.*

*Périodicité : annuelle*

*Seuil d'alerte : 1%*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques : indicateur comparé à celui de la littérature*

**GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION**

JUILLET 2010

PAGE 40/120

**Nombre de complications infectieuses à type de tunellite, suppuration au point de ponction, bactériémie sur KT**

*Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération = nombre de patients ayant une VVC posées par une infirmière*

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de patients pris en charge au CLB*

*Objectif à atteindre : celui de la littérature : tendre vers 0*

*Définition du numérateur : somme de l'ensemble des complications infectieuses aiguë (des 8 premiers jours) déclarées*

*Modalités du recueil de données : déclaration par l'équipe de poseurs + déclaration des médecins de l'établissement concernant les infections +*

*Numérateur : Nombre de patients avec VVC ayant connu un épisode d'infections sur KT (tunellite, suppuration au point de ponction, bactériémie sur KT) posées par infirmière*

*Dénominateur : nombre de VVC posées par les délégués*

*Périodicité : mensuelle et cumulée*

*Seuil d'alerte : 5%*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques*

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 41/120

**Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération**

*Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération = nombre de patients ayant une VVC posées par le(s) délégué(s)*

*Objectif à atteindre : tendre vers 0*

*Définition du numérateur : Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération*

*Modalités du recueil de données : déclaration par l'équipe de poseurs + déclaration des médecins de l'établissement les événements indésirables.*

*Numérateur : Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération*

*Dénominateur : Nombre d'événements indésirables dans le cadre de l'application du protocole de coopération*

*Périodicité : Annuelle*

*Seuil d'alerte : 1%*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques*

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 42/120

**Douleur : EVA pendant le geste > 40. VVC posée par les infirmières.**

*Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération = nombre de patients ayant une VVC posées par une infirmière*

*Population concernée par le protocole de coopération = nombre de patients pris en charge au CLB*

*Objectif à atteindre : < 40 : tendre vers 0*

*Définition du numérateur : Nombre de patients ayant une EVA > 40*

*Modalités du recueil de données : déclaration par l'équipe de poseurs*

*Numérateur : somme des patients ayant une EVA > 40 en rapport avec les VVC posées par infirmière*

*Dénominateur : nombre de VVC posées par le(s) sélégué(s)*

*Périodicité : annuelle*

*Seuil d'alerte : 5%*

*Recommandation professionnelle*

*Remarques*

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 43/120

**IMPACT ORGANISATIONNEL**

**1/ Délai médian d'obtention de Rendez-Vous pour pose de VVC**

*Délai médian d'obtention de Rendez-Vous des patients selon leur statut hospitalisés ou externe*

**2/ Délai d'intervention entre l'appel au délégué (en cas de doute ...) et son intervention effective**

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 44/120

**SATISFACTION**

*Taux de satisfaction selon 4 dimensions (implication, organisation, activité, formation, relation délégué/délégant)*

*Pour le(s) délégués*

*Nombre d'infirmière ayant satisfait à la formation*

**GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION**

JUILLET 2010

PAGE 45/120

**Pour le médecin prescripteur**

Objectif à atteindre : tendre vers 0

Définition du numérateur : *fiche d'évènement indésirable imputé par l'instance qualité de l'établissement à l'activité de pose de VVC*

Modalités du recueil de données : *déclaration recueillies par l'équipe qualité*

Numérateur : *fiche d'évènement indésirable imputé par l'instance qualité de l'établissement à l'activité de pose de VVC*

Dénominateur : *Nombre global de fiche d'évènement indésirable imputé par l'instance qualité de l'établissement*

Périodicité : *annuelle*

Seuil d'alerte : *30%*

Recommandation *professionnelle*

Remarques

**Pour le délégant :**

**Plainte d'un délégué sur un acte donné**

**Objectif à atteindre : tendre vers 0**

**Définition du numérateur : fiche d'évènement indésirable déclaré avec plainte d'un délégué sur un délégué**

**Modalités du recueil de données : déclaration recueillies par l'équipe qualité**

**Numérateur : fiche d'évènement indésirable imputé par l'instance qualité de l'établissement à l'activité de pose de VVC**

**Dénominateur : Nombre de VVC posées**

**Périodicité : annuelle**

**Seuil d'alerte : 30%**

**Recommandation professionnelle**

**Remarques**

**GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION**

JUILLET 2010

PAGE 47/120



**Pour le patient****Taux de satisfaction des patients ayant accepté de rentrer dans le cadre du protocole de coopération***Objectif à atteindre : tendre vers 0**Définition du numérateur : fiche de plainte de patient (CRU), EVA réalisées**Modalités du recueil de données : Déclaration recueillie par la CRU et Nombre de VVC par la Direction**Numérateur : fiche de plainte de patient (CRU), EVA réalisées**Dénominateur : Nombre de VVC posées par déléguée**Périodicité : annuelle**Seuil d'alerte : 5%**Recommandation professionnelle**Remarques*

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 48/120

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Commentaires
Activité						
Qualité et sécurité de la prise en charge						
Impact organisationnel						
Satisfaction						

\* Fiche téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

**Zone info**

Des exemples d'indicateurs formulés selon la fiche descriptive de présentation d'un indicateur sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

## ANNEXE II. – DÉFINITIONS\*

<b>Délégant :</b>	<i>Professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.</i>
<b>Délégué :</b>	<i>Professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant.</i>
<b>Astreinte :</b>	<i>Le délégant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</i>
<b>Supervision :</b>	<i>Le délégant est informé à des moments clés du processus</i>
<b>Validation :</b>	<i>Le délégant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</i>

\* Source : « Concevoir un projet de coopération : Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante » - HAS 2010.

Annexe III

Formulaire de demande d'accès veineux central

PAGE 51/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Prescriptions d'interventions - Windows Internet Explorer fourni par Centre Léon Bérard

Adresse: http://sb918kcf/pres\_frm.asp?nodos=87009778&Pov\_Lusi=ROSAV8&accs=KT

Dossier: 870037Z  
 Né le 07/01/1950  
 Médecin responsable MEDECIN HORS CLB

Nom SERVICE INFORMATIQUE  
 Âge 61 ans et 5 mois  
 Sexe M

Périmon PIERRE ALAIN MARCEL DENIS  
 Situation ABS  
 Médecin en charge Dr ALEKSIC Yvan

Date 15/06/2011  
 Demandeur MAR031 DROSAY Hervé  
 Etablissement (Logo prescription): CLB HOP

Diagnostic  
 Lymphome lymphoblastique B - Leucémie lymphoblastique B

Date soumise de pose de KT  
 Avant le 15/06/2011

Indicatif de la pose dans un délai < 3 jours : Malade inquiète et traitement urgent

Date du début de traitement  
 15/06/2011

Type de système  
 PAC  
 KT double lumière  
 KT cervical simple  
 KT cervical luminié  
 KT fémoral SHELDON  
 KT brachial (PCC)

Commentaires  
 Pour un KT, la pose plus de 48h avant l'utilisation est déconseillée.

Patent autonome  
 Oui  
 Non

Antécédent de cathétérisme central  
 Oui  
 Non

Chimo, programmée 15 jours avant la pose, aplasie en cours ou possible.  
 Oui  
 Non

Anesthésie générale  
 Oui  
 Non

Antécédents de cervicotomie ou rachidienne cervicale, anéurysme, dérivation cérébrale, accumbator, présence d'athéromathes cervicales.  
 Oui  
 Non

Gros mélanin  
 Oui  
 Non

Thrombopénie, CIVD  
 Oui  
 Non

Geste associé pendant l'AG  
 Oui  
 Non

Activité de traitement proposé Nutrition, hydratation  
 Oq jours  
 Oq semaines  
 Oq mois

Activité de traitement  
 Oui  
 Non

Syndrome septique de - de 30 jours  
 Oui  
 Non

(A limiter le plus possible, consultation anesthésiste à programmer)

En cas de traitement antivitamine K, héparinique, Plavix ou Ticlo: - arrêter ce traitement 5 jours avant la date, - proposer et prescrire un relais si besoin.

Applet CSAppPhoxyApplet started

demarter

Boîte de réception - ...

candidate au poste la...

dossier patient EPP p...

http://sb918kcf/Prescriptions d'interv...

SERVICE INFORMATI...

Intranet local

FR

11:23

Annexe IV  
Courrier de confirmation  
Ordonnance de Biologie  
Ordonnance Bétadine douche

PAGE 53/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION



Dépt ANESTHESIE-REANIMATION  
Tél : 04.78.78.27.53

Lyon, le

Madame, Monsieur,

Nous vous confirmons votre rendez-vous pour :

Pose de voie veineuse centrale

Ablation de voie veineuse centrale

Ce geste peut être réalisé par un Médecin ou une Infirmière dans le cadre d'un protocole de coopération.

Vous êtes attendu(e) le :

à

Service :

Après le geste, une surveillance d'environ une heure sera réalisée.

**Veillez faire pratiquer un examen biologique dans un laboratoire d'analyses médicales** (ordonnance ci-jointe) :

la semaine précédant l'intervention

le .....

**En l'absence de ce bilan, nous ne pourrions pas réaliser le geste chirurgical.**

Résultats à faxer **le plus rapidement possible** par le laboratoire au **04.78.78.27.09**.

Merci de rapporter également les résultats imprimés.

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 54/120

Après l'intervention, vous ne devez pas conduire, prévoyez un retour accompagné.

**Le secrétariat d'anesthésie peut être amené à changer la date ou l'heure de votre rendez-vous. Aussi, nous vous demandons de rester joignable la veille de l'intervention pour confirmation de votre horaire.**

En cas de problème, vous pouvez contacter le secrétariat d'anesthésie au 04.78.78.27.53.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

**Dépt ANESTHESIE-REANIMATION**

PS : En cas de refus de ce protocole de coopération, une prise en charge, selon les modalités habituelles par un Médecin, sera organisée.



FINESSE 690000860 CATEG 128  
 SIRET 77692413300019 STATUS 29  
 APR 8404 IMFT 4  
 Dept ANESTHESIE-REANIMATION  
 Tel : 04.78.27.53

Coordonnateur : Docteur Hervé ROSAY  
 Docteur Patrick BACHMANN  
 Docteur Anne-Laure DALINZEAU  
 Docteur Frédéric JAZZES  
 Docteur Fabrice MONTANGE  
 Docteur Veronique PERES-BACHELOT  
 Docteur Stéphanie POUDEROUX  
 Docteur Henri SEBBAN  
 Docteur Hélène SERLIS  
 Docteur Aline STEGHENS

Faire pratiquer par un laboratoire d'analyses médicales :

- NFS Plaquettes.
- TP (INR) – TCA.

**Merci de bien vouloir nous faxer les résultats au 04.78.27.09.**  
 (Si d'autres examens biologiques vous sont prescrits, merci de les réaliser en même temps que ceux-ci, soit 3 jours avant votre rendez vous).

Nom du prescripteur :  
 Lyon, le

Prescription relative à une affection longue durée reconnue.



Docteur Catherine HAOND  
 Médecin hygiéniste  
 Tél. : 04 78 28 27 77  
 ADELI 69 11 06 298

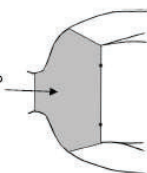
EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION A 100%

**1) - BETADINE SCRUB** Flacon de 125 ml.

Prenez la veille et le matin de l'intervention une double douche en suivant les recommandations prescrites au verso.

*(Peut être utilisée même en cas d'intolérance à l'iode)*

**2) – Seulement si vous présentez une pilosité très visible dans la zone grisée**



Appliquez une crème dépilatoire hypoallergénique (type KOLORANE)  
*(vous n'avez pas à dépiler les aisselles)*

Lyon, le 03/08/2011  
 Docteur Catherine HAOND  
 Médecin hygiéniste

AFFECTION SANS RAPPORT AVEC L'AFFECTION A 100%

38, rue Lavoisier 69173 LYON cedex 08  
 Téléphone 04 78 28 28 28 – Télécopie 04 78 28 29 29 – E-mail c.haond@lyon.fr

Annexe V

Feuilles d'information patients

Douche bétadinée

Cathéter veineux central brachial : PICC

Cathéter veineux central

Accès veineux central avec chambre implantable PAC

PAGE 58/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION



Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré(e) au Bloc Opérateur et nous vous demandons d'effacer chez vous un soin préalable indispensable :

**UNE DOUCHE AVEC UN SAVON ANTISEPTIQUE**

Savon à acheter (ordonnance jointe)

Nous insistons sur le fait qu'il s'agit d'une précaution très importante et spécifique, différente des soins d'hygiène habituels. Cette douche permet de réduire le risque d'infections post-opératoires.

**COMMENT PROCEDER ?**

**1. 48 H avant votre admission à l'hôpital**  
 Réaliser si besoin une dépilation cunée de la zone d'intervention avec une crème dépilatoire hypostérilgénique de type Klorane® (en pharmacie), en utilisant la spatule pour éliminer la crème.

**2. La veille et le matin de l'admission**  
 Prendre une douche avec le savon liquide antiseptique que vous aurez acheté en l'utilisant comme un shampooing douche.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1<sup>er</sup> LAVAGE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mouiller le corps entier y compris les cheveux et réaliser les étapes suivantes de 1 à 5 en utilisant le quart du flacon de savon antiseptique</li> <li>- Laver le corps de haut en bas en insistant sur les zones de forte contamination (aisselle, nombril, aine, pli interfessier, régions genou et anale).</li> <li>- Rincer.</li> </ul> </li> <li>• <b>2<sup>ème</sup> LAVAGE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommencer le lavage avec un quart du flacon et le rinçage comme pour le 1<sup>er</sup> lavage.</li> </ul> </li> <li>• <b>SECHAGE</b> soignons avec un linge propre.  <i>Mettez des vêtements propres après chaque douche.</i></li> </ul>	
--	--

**NOUS VOUS RECOMMANDONS :**

- de ne pas aller chez le coiffeur avant votre séjour à l'hôpital (sauf pour une coupe de cheveux éventuelle) puis que vous devez faire un shampooing.
- d'ôter le vernis à ongles (mains et pieds) la veille et de ne pas vous maquiller le matin de l'intervention.

**Cathéter veineux central brachial ou PICC**

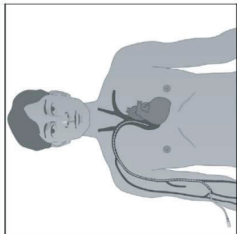
Cette information est destinée aux patients devant bénéficier de la pose d'un Cathéter veineux central brachial ou PICC

Du fait de votre traitement, nous devons mettre en place un cathéter veineux central ou cathéter veineux central (aussi dénommé voie centrale ou voie veineuse profonde). Il s'agit d'un petit tuyau (cathéter) introduit dans votre cas dans une grosse veine du bras. Ce geste est couramment réalisé sous anesthésie locale par les médecins anesthésistes ou par des infirmières formées. Cet acte est systématiquement respectueux de votre vie privée à cet effet au bloc opératoire afin d'éviter les risques infectieux et de bien positionner le cathéter.

Un certain nombre de conditions sont nécessaires afin que ce geste se passe au mieux pour vous et afin que ce dispositif puisse servir aussi longtemps que possible pour votre traitement.

Vous voudrez donc bien signaler le plus tôt possibles si vous présentez :

- Une allergie aux anesthésiques locaux, aux produits de contraste de radiologie,
- Un état infectieux, de la fièvre ou un traitement antibiotique,
- Des antécédents de chirurgie au niveau du cou, de l'épaule, ou au creux axillaire,
- Des traitements anticoagulants (HÉPARINE, PÉRIUCAN®, SYNTHROB®,) ou anti-agrégants plaquettaires (par exemple PLAVIX),
- Des antécédents de saignement anormal (par exemple lors d'opérations ou dans votre famille),
- Des problèmes pulmonaires,
- Un système implanté (pacemaker, valve de dérivation du liquide céphalo-rachidien par exemple),
- Si vous pratiquez un sport ou une activité mettant à risque le système du fait de sa position,
- Si vous êtes en aplasie (globules blancs bas) ou si vous avez eu des infections à venir du fait de vos traitements.



La veine est ponctionnée sur le bras. Le cathéter est alors introduit dans la veine. Le cathéter est tenu par un pansement collé. Le bon fonctionnement du système est vérifié lors de la pose. Le système est utilisable pour les traitements immédiats. Un pansement est laissé en place.

Les problèmes lors de la mise en place sont généralement très rares (moins de 1%) si les conditions requises dans le texte ci-dessus ont été satisfaites. Lors de la mise en place, il peut arriver exceptionnellement que la ponction veineuse atteigne des éléments de proximité.

Les risques de cette voie d'accès, en dehors du site de ponction sera éliminé avec vous, le plus souvent au niveau du cou. Le cathéter est cependant un corps étranger sur lequel une infection peut se fixer, ou une phlébite survenir. Vous devez donc signaler toute douleur locale intense, tout gonflement anormal, rougeur, écoulement au niveau du point de ponction, toute fièvre ou frisson, toute gêne respiratoire, tout gonflement d'un bras, du visage ou du cou.

Un carnet de suivi doit vous être remis. Vous devez le porter sur vous et le présenter à toute personne désirant utiliser ce système, ceci afin que les règles de bonne utilisation et d'entretien soient respectées. Toutes les manipulations doivent être consignées sur ce carnet. Des examens de laboratoire (hémogramme, des pansements peuvent être nécessaires et vous seront alors prescrits. Les traitements que vous recevez diminuent souvent les capacités de défense contre les infections.

Rappelez le service UGEI en cas de fièvre ou de frissons et pensez à signaler votre dispositif et présenter votre carnet à chaque fois. N'utilisez donc pas de récipient votre cathéter. Ce système ne contre-indique pas le port de la ceinture de sécurité. Il convient cependant d'éviter les mouvements violents répétés (fendre du bois par exemple), d'éviter les chocs.

Département d'anesthésie réanimation

Dr Hervé Rossy,  
Coordonnateur du  
Département

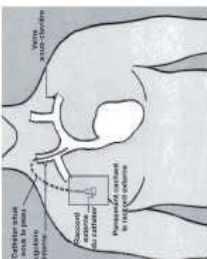
Secrétariat  
Tél.: 04 78 78 27 53

Réalisation : Mai 2011 - Centre Léon Bérard Département d'anesthésie réanimation

Cathéter veineux central

Du fait de votre traitement, vous devez mettre en place un accès veineux central ou cathéter veineux central (aussi dénommé voie centrale ou voie veineuse profonde). Il s'agit d'un petit tuyau (cathéter) introduit dans une veine jugulaire, le plus souvent sous-clavière ou autres veines profondes.

- Vous voudrez donc bien signaler le plus tôt possible si vous présentez:
- Une allergie aux anesthésiques locaux, à l'iode ou aux produits de contraste de radiologie.
- Un état infectieux, de la fièvre ou un traitement antibiotique,
- Des antécédents de chirurgie au niveau du cou ou au niveau du thorax,
- Des traitements anticoagulants (HÉPARINE, PRÉVICOR, SYMPTOM, etc.) ou des plaquettes (par exemple TICLODIP, ASPIRINE) à arrêter plus de 10 jours avant,
- Des antécédents de saignement anormal (par exemple lors d'opérations ou dans votre famille),
- Des problèmes pulmonaires,
- Un système implantaire (pacemaker, valve de dérivation du liquide céphalo-rachidien par exemple).



La veine est ponctionnée à la base du cou. Le cathéter est introduit dans la veine, puis son extrémité est introduite dans le thorax (record externe du cathéter). Le cathéter est tenu par des points qui doivent être remplacés s'ils viennent à céder (en général au bout de quelques semaines). Un fil au niveau du cou, à l'endroit de la ponction de la veine, est à enlever au bout d'une semaine. Le bon fonctionnement du système est vérifié lors de la pose. Le cathéter est utilisable pour les traitements immédiatement. Un pansement est laissé en place.

Département d'anesthésie réanimation
Dr Hervé Roissy
coordonnateur du département
Secrétariat
Tél.: 04 78 78 27 53



Rédaction : Mai 2011 - Centre Léon Béraud Département d'anesthésie réanimation

- Si vous pratiquez un sport ou une activité mettant à risque le système du fait de sa position (voir au dos; chaise par exemple)
- Si vous avez subi une intervention de chirurgie radiologique ou une chirurgie du cou ou du thorax.
- Si vous êtes en splaisie (taux de globules blancs bas) ou risquez de l'être dans les 10 jours à venir du fait de vos traitements.

Pour l'intervention, le risque principal réside à savoir, il sera de ne pas avoir le cathéter en place pendant 30 à 60 minutes pendant la pose et vous pourrez à tout moment discuter avec le médecin responsable. Demandez dans le service, avant de descendre au bloc opératoire, un calmant pour votre anxiété, vos douleurs, vos nausées ou vomissements si vous croyez ne pas pouvoir supporter confortablement de rester dans cette position allongée.

toute personne désirant utiliser ce système, ceci afin que les règles de bonne utilisation et d'entretien soient respectées. Toutes les manipulations doivent être consignées sur ce carnet de suivi. Un rinçage régulier, des pansements, pour les extrémités et vos points d'accès, doivent être réalisés. Vous recevrez des conseils et des conseils de défense contre les infections. Rappelez le service en cas de fièvre ou de frissons et pensez à signaler votre système et présenter votre carnet à chaque fois. N'oubliez donc pas de récupérer votre carnet et de toujours l'avoir avec vous.

Ce système ne constitue qu'un point de la chaîne de sécurité, il convient cependant d'éviter les mouvements vidents relatifs (fendre du bois par exemple), d'éviter les chocs (recul de fusil par exemple).

Carnet de suivi
Un carnet de suivi doit vous être remis. Vous devez le porter sur vous et le présenter à

Accès veineux central avec chambre implantable (PAC)

Du fait de votre traitement, nous devons mettre en place un accès veineux central avec chambre implantable (PAC). Il s'agit d'un petit réservoir (chambre) placé sous la peau et raccordé à un tuyau (cathéter) introduit dans une veine jugulaire le plus souvent (sous-clavière ou autres veines parfois). Ce geste est couramment réalisé sous anesthésie locale par les médecins anesthésistes ou des infirmières formées (plus de mille fois par an au Centre L. Béard). Cet acte est systématiquement effectué dans une salle prévue à cet effet (au bloc opératoire) afin d'éviter les risques infectieux et de bien positionner le cathéter.

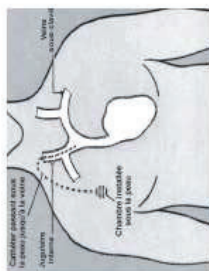
Un certain nombre de conditions sont nécessaires afin que ce geste se passe au mieux pour vous et afin que ce dispositif puisse servir aussi longtemps que possible pour votre traitement.

Vous voudrez donc bien signaler le plus tôt possible si vous présentez :

- Une allergie aux anesthésiques locaux, à l'iode ou aux produits de contraste de radiologie.
- Un état infectieux, de la fièvre ou un traitement antibiotique.
- Des antécédents de chirurgie au niveau du cou ou au niveau du thorax.
- Des traitements anticoagulants (HEPARINE, PREVICANE, SINTROMB...) ou anti-agrégants plaquetaires (par exemple TICLIDR, ASPIRINE à arrêter plus de 10 jours avant).
- Des antécédents de saignement anormal (par exemple lors d'opérations ou dans votre famille).
- Des problèmes pulmonaires.
- Un système Implanté (pacemaker, valve de dérivation du liquide céphalo-rachidien par exemple).
- Si vous pratiquez un sport ou une activité mettant à risque le système du fait de sa position (voir au dos : chasse par exemple)
- Si vous avez eu ou devez avoir une radiothérapie ou une chirurgie du cou ou du thorax.
- Si vous êtes en aplasie (taux de globules blancs bas) ou risquez de l'être dans les 10 jours à venir du fait de vos traitements.

Pour l'intervention il n'est pas utile d'être à jeun. Il sera nécessaire de rester allongé pendant 30 à 60 minutes pendant la pose et vous pourrez à tout moment discuter avec le médecin responsable. Demandez dans le service, avant de descendre au bloc opératoire, un cabinet pour votre angiotensin, vos crouteaux, vos nausées ou vomissements si vous croyez ne pas pouvoir supporter confortablement de rester dans cette position allongée.

La chambre sera donc située sous la peau du thorax au dessus du sein. La veine sera ponctionnée à la base du cou. La mise en place de la chambre nécessite une courte incision de 3 à 4 cm sous anesthésie locale. Des points seront à enlever après 7 à 10 jours. Le bon fonctionnement du système est vérifié lors de la pose. Le système est utilisable immédiatement pour les traitements. Un pansement est laissé en place jusqu'à l'ablation des points. Les problèmes lors de la mise en place sont généralement très rares (moins de 1%) si les conditions requises dans le texte ci-dessus ont été satisfaites.



Département d'anesthésie réanimation  
Dr Hervé Rosay,  
coordonnateur du département  
Secrétariat  
Tél.: 04 78 78 27 53

Lors de la mise en place, il peut arriver exceptionnellement que la ponction veineuse atteigne des éléments de proximité (par exemple pèvre pour la voie sous-clavière avec risque de pneumothorax, risque de saignement...). Le PAC est cependant un corps étranger sur lequel une infection peut se fixer, ou une phlébite survenir. Vous devez donc signaler toute douleur locale (tumeur, tout gonflement anormal, rougeur, ecoulement au niveau du site), toute fièvre ou frisson, toute gêne respiratoire, tout gonflement d'un bras, du visage ou du cou.



Annexe VI  
Check list HAS KT

PAGE 63/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION





CHECK-LIST / POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV)

<p><b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b> Etiquette du patient ou Nom, Prénom Date de naissance</p>	<p>DATE : ..... LIEU DE MISE EN PLACE : ..... URGENCE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OPERATEUR</b> Nom ..... Si junior, encadré par ..... CHECK-LIST RENSEIGNEE PAR .....</p>	<p><b>TYPE DE MATERIEL</b> CVC <input type="checkbox"/> CVC tunnelisé <input type="checkbox"/> CVC Dialyse <input type="checkbox"/> CVC bioactif <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Autres (PICC...) <input type="checkbox"/></p>	<p><b>VOIE D'ABORD VASCULAIRE</b> Autres renseignements utiles</p>
<p><b>AVANT LA MISE EN PLACE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identité du patient vérifiée OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Patient / famille informé OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Évaluation des risques</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Risque hémorragique, allergie, contre-indications anatomique ou pathologique</i></li> <li>• Choix argumenté du site d'insertion OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Choix concerté du matériel OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Préparation cutanée appropriée OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Monitoring approprié OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Vérification du matériel OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Date de péremption, intégrité de l'emballage</i></li> <li>• Echographie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> </ul>	<p><b>PENDANT LA MISE EN PLACE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Procédures d'hygiène</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Désinfection/désinfection avec antiseptique alcoolique - Conditions d'asepsie chirurgicale</li> <li>• <b>Vérifications per opératoires des matériels</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Mécanique - Solidité des connexions OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Étanchéité du système OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>- <b>Positionnelle</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Extrémité du cathéter OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>- <b>Fonctionnelle</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Reflux sanguin OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Système perméable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Vérification de la fixation du dispositif</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Pose d'un pansement occlusif</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Si utilisation différée, fermeture du dispositif</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - en accord avec la procédure locale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> </ul>	<p><b>APRES LA MISE EN PLACE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contrôle CVC/DV</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Position du CVC vérifiée OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> - Recherche de complication. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Traçabilité / compte rendu</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Matériel, technique, nombre de ponctions, incident.</li> <li>• <b>Prescriptions pour le suivi après pose</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Documents remis au patient</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Commentaire (en cas de réponse négative)</p>		

CETTE CHECK-LIST N'EST PAS EXHAUSTIVE (ET CE D'AUTANT QU'ELLE CONCERNE DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS ET MODES D'UTILISATION DES ABORDS VASCULAIRES CENTRAUX), C'EST POURQUOI TOUTES MODIFICATIONS SONT ENCOURAGÉES POUR S'ADAPTER AUX PRATIQUES SPÉCIFIQUES DE VOTRE SPÉCIALITÉ OU DE VOTRE ÉTABLISSEMENT. NEANMOINS, SELON L'AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL, TOUTE GRILLE COMPORTANT UNE RÉDUCTION OU UN ÉLARGISSEMENT DES CRITÈRES VÉRIFIÉS DEVRAIT COMPORTER TOUS LES ITEMS SURLIGNÉS EN JAUNE

GROUPE DE TRAVAIL : HAS ET REPRÉSENTATION DES SOCIÉTÉS SAVANTES ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES D'ANESTHÉSIE, RÉANIMATION, CHIRURGIE VASCULAIRE, NEPHROLOGIE, HÉMATOLOGIE, ONCOLOGIE, NUTRITION PARENTERALE, D'INFECTIOLOGIE ET D'HYGIÈNE HÔPITALIÈRE

Annexe VII  
Compte-rendu type

PAGE 65/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Création d'un acte de chirurgie - Windows Internet Explorer fourni par \*\*\*\* Centre Léon Bérard \*\*\*\*

Dossier : 820387Z  
 N° : 07011950  
 Nom : SERVICE INFORMATIQUE  
 Age : 61 ans et 5 mois  
 Sexe : M  
 Prénom : PIERRE ALAIN MARCEL DENIS  
 Situation : ABS  
 Médécin en charge : Dr. ALEKSIĆ Yvan

Intervention : CH11603030  
 Titre : Pose de KT brachial (PICC)  
 Prescription : EB1109400Z le 15/06/2011 16:00:00  
 CS Anesthésie - Pas de CS d'Anesthésie.

Accueil | Intervention | Acte | Matériel | SSPI | Compte-rendu

CR Type : PICC

Titre :  
 Opérateur: Hervé  
 Poids : kgs Taille : m;  
 Antécédents de VVC :  
 Indication :  
 Diamètre de la veine : mm.  
 Opacification :  
 Dose totale reçue (si radio) : mGj/cm²  
 Sous anesthésie, pose d'un cathéter brachial PICC de type en veine.  
 Repérage sous échographie de la veine.  
 Ponction échoguidée. Dilatation de la veine. Montée du cathéter.  
 Contrôle sous scopie de la bonne place de l'extrémité distale à l'entrée de l'oreillette droite.  
 La longueur du cathéter insérée est de : centimètres.  
 Une longueur de cathéter de : centimètres est laissée libre à l'extérieur pour favoriser les soins infirmiers.  
 Fixation du cathéter par un colloïde (Stadlock).  
 Bon retour veineux. Rançage abondant par du sérum physiologique.  
 Carnet de suivi rempli et donné au patient. Informations concernant l'entretien du cathéter et la douche fournies. Pas d'incident particulier au décours du geste.

Conclusion

Association d'un document PDF : RAZ

Echap | Suppression | Enregistrement

démarrer | Boîte de ré... | candidats... | RE rappell... | http://db9... | SERVICE I... | Création d'... | Prescriptio... | Prescriptio... | Document7... | FR | 11:40

Annexe VIII

Exemples d'ordonnances de pansement :

-Pansement PICC

-Feuille de pansement

Pansement KT cervical et thoracique

Pansement PAC



## PICC – Cathéter de bras

FINESSE 690000880 CATEG 128  
 STREET 77992413300019 STATUS 29  
 APR 8404 MFT 4

Dépt: ANESTHÉSIE-REANIMATION  
 Tél : 04.78.78.27.83

Coordonnateur : Docteur Hervé ROSAY

Etiquette  
 du  
 patient

EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION A 100%

Lyon, le

Un dispositif « d'accès veineux central brachial » (PICC) vient de vous être posé pour permettre la réalisation de votre traitement dans les meilleures conditions.  
 Ce cathéter est fixé par un dispositif appelé « STATLOCK » ou FIXATION DE PICC.

Faire pratiquer par IDE à domicile, l'entretien et la réfection du pansement (cf. Protocole) chaque semaine et en fonction de son état (détaché ou souillé) :

ASEPSIE cutanée en cinq temps avec : BETADINE SCRUB  
BETADINE DERMIQUE

En cas d'intolérance à l'iode, utiliser la gamme : HIBISCRUB  
HIBITANE

### ENTRETIEN :

Eviter à tout moment une traction ou une plicature.  
 Vérifier le retour veineux.  
 Procéder à un rinçage pulsé (par petits à-coups) du PICC avec du SERUM PHYSIOLOGIQUE 20 ml une fois par semaine et après chaque manipulation.

Ordonnance à renouveler trois mois.

Docteur H. ROSAY



Désinfection des mains par friction avec PHA

Retirer le pansement transparent à mains nues (gants ou si souillé) par étirement latéral avec les 2 mains à l'horizontal de façon à décoller le centre du pansement.

Friction avec PHA



Vérifier le nombre de repères du zéro à la peau. Ouvrir les fenêtres du Statlock®.

Déloger le cathéter, enlever le Statlock® présent.

Coller le strip® le plus loin possible du point de ponction.

Nettoyage, rinçage, séchage. Du point de ponction jusqu'à l'extrémité du cathéter. Mains nues ou pince.

Retirer le strip® par étirement latéral.

Friction avec PHA



**Gants stériles ou autre pince.**  
Désinfection avec antiseptique alcoolique.  
Attente de 30 secondes (séchage)

Ajuster le PICC dans le nouveau Statlock®.  
Flèches orientées vers le point de ponction

Fermer les fenêtres du Statlock® en appui sur les  
mains.

Boucle conseillée si possible.

Retirer le film de protection du Statlock® d'un côté  
puis de l'autre.

Placer le pansement transparent largement sur le  
cathéter et le Statlock® (sens brassard)  
Le nombre de repère reste le même qu'au départ.

Manipulation avec compresses imbibées de Bétadine  
Alcoolique.  
Vérification du retour veineux.

**Rincage pulsé** avec 20 ml de sérum physiologique.  
Et après chaque manipulation.



VVC cervicale tunnélisée

FITNESS 690000880 CATE6 128  
 SIRET 7799241330019 STATUS 29  
 APR BAO4 MFT 4  
 Dépt. ANES THESIE-REANIMATION  
 Tél : 04.78.78.27.53  
 Coordination : Docteur Hervé ROSAY

Etiquette  
du  
patient

EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION A 100%

Lyon, le

Un dispositif « d'accès veineux cervical tunnélisé » vient de vous être posé pour permettre la réalisation de votre traitement dans les meilleures conditions

Faire pratiquer par l'IDE à domicile, la réflexion du pansement une fois par semaine et en fonction de son état (désolite ou souillé).  
 Rinsage puisé (par petits a-coups) du cathéter avec du SERUM PHYSIOLOGIQUE 20ml une fois par semaine et après chaque manipulation.

Ablation du fil au niveau du cou (si besoin), dix (10) jours après la pose.

Fixation du cathéter par :

- Fil
- « STAT-LOCK »

Pansement stérile : (si « STAT-LOCK » et protobole)

- Asepsie cutanée en cinq temps avec : **BETADINE SCRUB**  
**BETADINE DERMIQUE**
- En cas d'intolérance, utilisation de la gamme : **HIBICRUB**  
**HIBITANE**

Ordonnance à renouveler trois mois.

Docteur H. ROSAY

NB : Héparinisation selon prescription médicale

28 - rue Lattre de Tassigny 69333 LYON cedex 08





PAC

FINESSE 690000880 CATE6 128
SIRET 77992413300019 STATUS 29
APR 8404 MFT 4
Dépt ANESTHESIE-REANIMATION
Tel: 04.78.78.27.53
Coordonnateur : Docteur Hervé ROSAY

Etiquette du patient

EN RAPPORT AVEC L'AFFECTION A 100%

Lyon, le

Un dispositif à d'acés veineux central implantable » (Port A Cath ou PAC) vient de vous être posé pour permettre la réalisation de votre traitement dans les meilleures conditions.

Faire pratiquer par IDE à domicile, la réfection du pansement dans trois et six jours et selon l'état (déchollé ou souillé).

La peau a été refermée (suturee) par :

- Points séparés ; à faire enlever dans dix jours.
- Suture ; couper éventuellement les extrémités des fils résistants dans dix jours.
- Colle biologique ; cf document joint.

Pansement stérile :

- Asepsie soignée en cinq temps avec : BETADINE SCRUB, BETADINE DERMIQUE
- En cas d'intolérance, utilisation de la gamme : HIBISCRUB, HIBITANE

ENTRETIEN DU PAC :

- \* PAC perfusé ; pansement stérile hebdomadaire avec changement d'aiguille « gripper »
\* Après chaque manipulation : rinçage pulsé (par petits à-coups) avec du sérum physiologique 20 ml
Ordonnance à renouveler trois mois.

Docteur H. ROSAY

NB : Héparinisation selon prescription médicale

28, rue Lavoisier 69373 LYON cedex 08

Annexe IX

Observatoire des KT : suivi voies veineuses centrales

PAGE 73/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

**SYNOPSIS – ETUDE Voies Veineuses Centrales**

<b>TITRE</b>	Etude clinique observationnelle, prospective, immunocritériale, de la survenue de complications postopératoires consécutives à la pose d'une voie veineuse centrale chez l'adulte par des médecins anesthésistes ou des infirmières anesthésistes formés.
<b>INDICATION THERAPEUTIQUE</b>	Patients allant bénéficier de la pose d'une voie veineuse centrale au Centre Léon Bérard par un médecin anesthésiste ou par une infirmière anesthésiste formée.
<b>PROPOSANT</b>	Centre Léon Bérard, 28 rue Lacaze, 69373 Lyon Cedex 08
<b>INVESTIGATEUR COORDONNATEUR</b>	Dr Hervé ROSAY
<b>PATRONNEL</b>	Département d'anesthésie-réanimation, Centre Léon Bérard
<b>INDICATION</b>	La prise en charge des patients atteints de cancer revêt un caractère particulier du point de vue des traitements de la maladie et de ses symptômes. Il s'agit souvent de thérapies administrées par voie veineuse, à intervalles réguliers, pendant une durée importante. La qualité du traitement, et le respect du schéma thérapeutique dépendent alors du capital veineux initial du patient et de sa dégradation progressive.
<b>INDICATION</b>	Dans ce contexte, l'apport des voies veineuses centrales (VVC) est considérable. Elle permettrait d'administrer tous types de traitements anticancéreux et/ou symptomatiques pendant une durée importante sans risque d'altération des accès veineux périphériques. Elles participent également au maintien de la qualité de vie des patients.
<b>INDICATION</b>	Selon l'indication de la pose de VVC, la durée du traitement envisagé, ainsi que certains paramètres relatifs au patient, différents types de VVC sont installés (Port-A-Cath® (PAC), cathéter Central Invenio en polyéthylène (PCC), cathéter tunnel).
<b>INDICATION</b>	Malgré un intérêt majeur, ce type de geste est invasif et n'est pas dénué de risques pour le patient.
<b>INDICATION</b>	Éventuelles complications apparaissent précocement ou à distance de l'intervention et différents facteurs peuvent expliquer leur survenue. Ceci-ci pourrait être lié à geste en lui-même (bon utilisation de l'imagerie ou plusieurs tentatives de ponction), comme à d'autres facteurs (anesthésie, traitement antibiotique ou antifongique de VVC, du moins CCO) [1].
<b>INDICATION</b>	Un accompagnement personnalisé lors à l'intervention permet donc la survenue d'un hématome ou d'un phlébotrombose (dans le cas d'une insertion sous-décolleté), d'hématomes, de douleurs liées à la pose ou à la position du patient sur la table d'opération, ou complications atroces. Intéressamment, sont d'ordre mécaniques, applicables ou thrombotiques [2] [3] [4].
<b>INDICATION</b>	La gravité de ces divers événements est variable, de même que l'incidence moyenne qui se situe chez l'adulte aux alentours de 15%, toutes complications confondues. L'incidence des complications aiguës se situe aux alentours de 7% [1]. Ces données contribuent donc, de manière prépondérante, à la décision de réaliser la pose de VVC.
<b>INDICATION</b>	Résumant, Yacqy et al. ont démontré que l'intervention consistant à poser une VVC pouvait être réalisée à des infirmières anesthésistes préalablement formées. En effet, le taux de complications consécutives à la pose de VVC est comparable à celui des groupes témoins [5]. Intéressamment les VVC étaient posés au Centre Léon Bérard par les médecins anesthésistes. Mais doivent le nombre croissant de demandes de poses de VVC et les problèmes de disponibilité de ces personnes a été envisagé de former cette fois à certaines infirmières de spécialité Diplômées d'Etat, préalablement formées à ce geste.
<b>INDICATION</b>	Ces actions, au nombre de trois, ont toutes reçu une formation théorique et pratique à la pose de VVC, gérée par le service anesthésie-réanimation du Centre Léon Bérard. Cette formation a été ensuite validée par le responsable de service, le Dr Hervé ROSAY.
<b>INDICATION</b>	Le Centre Léon Bérard va fonctionner à été repris chez l'adulte dès le mois de février 2010. Depuis janvier 2011, tous infirmières diplômées aux poses de VVC sont en poste. Ces personnes ne sont donc plus seulement affectés à la surveillance et l'entretien des VVC mais également à leur installation.

Voies Veineuses Centrales\_Synopsis\_v1.0\_2011-05-11  
- Strictly confidential

<p><b>HOUSBRE DE PATIENTS</b></p>	<p>Le but de cette étude observationnelle prospective est d'évaluer précieusement sur un an la qualité des interventions réalisées chez l'adulte par les médecins anesthésistes ou les infirmières en termes de survie ou de complications.</p>
<p><b>HOUSBRE DE CENTRES</b></p>	<p>étude monocentrique</p>
<p><b>PLAN EXPERIMENTAL</b></p>	<p>Etude observationnelle, prospective, monocentrique, en ouvert, non randomisée.</p>
<p><b>SCHEMA DE L'ETUDE</b></p>	<p><b>Bilan standard</b> (à J0, J1, J3, J6, J12)  <b>Bilan qualité</b> (à J1, J3, J6, J12)  <b>Bilan sécurité</b> (à J1, J3, J6, J12)  <b>Bilan efficacité</b> (à J1, J3, J6, J12)</p> <p>Interventions :          - Prophylaxie des thromboses veineuses (VTE)          - Analgésie épidurale          - Analgésie multimodale</p> <p>Legend:          - Cercles bleus : Bilan standard          - Cercles verts : Bilan qualité          - Cercles rouges : Bilan sécurité          - Cercles jaunes : Bilan efficacité</p>
<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<p><b>Objectif principal</b>          Estimer avec précision le taux de complications aiguës liées à la pose d'une voie veineuse centrale par un médecin anesthésiste ou une ADE.</p> <p><b>Objectifs secondaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier des facteurs pronostics de complications aiguës</li> <li>Evaluer et comparer entre les deux bras de l'étude :             <ul style="list-style-type: none"> <li>Le taux de complications aiguës</li> <li>L'anxiété préopératoire du patient (inventaire d'anxiété de Beck)</li> <li>Le degré de satisfaction du patient au décours de l'intervention (questionnaire EORTC N-PAT323) et à J7 (questionnaire QASCC modifié)</li> <li>Evaluer la douleur postopératoire à J1 (échelle visuelle analogique) et à J7 (échelle numérique)</li> <li>Evaluer le taux de complications tardives</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>TRAIEMENT DE L'ETUDE</b></p>	<p>L'étude ne modifie en rien l'intervention qui sera réalisée sur les patients.          Les patients inclus pourront être des patients ambulatoires, hospitalisés ou en cours de soins à domicile. Aucune restriction n'est faite sur l'indication de la pose de voie veineuse centrale.          L'intervention sera effectuée indifféremment par un anesthésiste ou une infirmière, soit au bloc opératoire, soit au bloc principal, soit aux soins intensifs.          Selon l'indication, différents types de voies pourront être installés (PAC, PICC, cathéter tunnelisé) à l'exception des artères/Murrayau.</p>
<p>Voies Veineuses Centrales_Synopsis_v1.0_2011-05-11          Cindy Colombier</p>	<p>2</p>

	<p>Les différents matériels utilisés sont :</p> <p><b>PAC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BARD 878 réf. 6606150</li> <li>- BARD 878 réf. 0603810</li> <li>- FENCUSE PFK Polyflex 3000</li> </ul> <p><b>PCC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BARD 578 power PCC polyurethane simple voie réf. 6175115</li> <li>- BARD 578 power PCC polyurethane double voie réf. 6275118</li> <li>- BARD 578 greiflung double voie silicone réf. 7887586</li> <li>- BARD 578 greiflung simple voie silicone réf. 791405</li> <li>- BARD 578 greiflung simple voie silicone réf. 7715105</li> <li>- COOK 478 polyurethane réf. 049172</li> </ul> <p><b>Cathéter tunnelisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VISION MEDICAL S</li> <li>- PULSAMED 878 réf. 6344520</li> </ul> <p>Le protocole opératoire est identique à la pratique courante de chaque médecin anesthésiste. Les infirmières savent de manière stricte le protocole qui leur a été enseigné. Les différents sites d'insertion sont la veine jugulaire interne, la veine sous-clavière, la veine brachiale et la veine basilique (la veine fémorale n'a pas été retenue). Aucun protocole d'antibio prophylaxie n'est prévu.</p> <p>Tout patient présentant une complication fera l'objet d'une prise en charge, selon les pratiques courantes, quelle que soit la nature de cette complication.</p> <p><b>Critères d'inclusion</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient âgé de 18 ans ou plus</li> <li>2. Patient allant bénéficier de la pose d'une voie veineuse centrale de type Port-Cath (PAC), Cathéter Central Inséré en Périgénaire (PCC) ou Cathéter tunnelisé</li> <li>3. Patient capable de comprendre, lire et écrire le français</li> <li>5. Affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale</li> </ol> <p><b>Critères de non inclusion</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>E1. Présence d'une infection active au moment de la pose de la voie veineuse centrale</li> <li>E2. Patient ne pouvant être contacté par téléphone</li> <li>E3. Patient chez lequel accès par voie fémorale est autorisé</li> </ol> <p>La prise des rendez-vous pour la pose de voies veineuses centrales se déroule de la même manière qu'en routine. Les patients sont pris en charge aléatoirement soit par des anesthésistes soit par une des trois infirmières formées, selon les places disponibles au bloc. Un courrier de confirmation du rendez-vous sera adressé au patient ainsi que les ordonnances pour les examens à réaliser avant l'intervention, le retour d'information de l'étude et les questionnaires à remplir le jour de l'intervention et à J7. Ce questionnaire sera renvoyé au centre de coordination avec une enveloppe T préalablement fournie.</p> <p>A J1, il est demandé au patient de compléter avant le geste l'inventaire d'anxiété de Beck. Le pose de la voie veineuse se déroule de manière standard. L'opérateur prendra soin de colliger les informations requises dans le cadre de l'étude (type de matériel utilisé, indication, site d'insertion, latéralité, complications per opératoires...), sur une fiche de recueil dont les données seront retrasmises dans une base de données spécifique sécurisée.</p> <p>A la suite du geste, le patient en charge standard continue de s'opérer, c'est-à-dire que le patient retourne le jour même s'il est en ambulatoire, ou ultérieurement s'il est en hospitalisation. Le patient aura préalablement complété le questionnaire de satisfaction (EDRC (N-PAISAT32) et évalué le douleur au moment de l'intervention (échelle visuelle analogique).</p>
POPULATION DE L'ETUDE	
DEROULEMENT DE L'ESSAI	

Voies Veineuses Centrales\_Synopsis\_v1.0\_2011-05-11  
 Strictly confidential

<b>CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES</b>	<p>Un contact téléphonique sera réalisé par une des infirmières de l'étude au 7<sup>e</sup> jour postopératoire (J+24h) pour d'une part le recueils des signes et symptômes liés à d'éventuelles complications, d'autre part l'évaluation de la douleur (échelle numérique). L'infirmière s'assurera de la complétion et de l'envoi du questionnaire QASCC.</p> <p>L'infirmière qui réalisera cet appel téléphonique sera systématiquement différente de la personne qui aura effectué le geste.</p> <p>Un suivi d'événements complications tardives sera effectué par le personnel du service d'anesthésie qui procédera à une veille postive de ces événements.</p> <p>L'alimentation de la base de données sera assurée par un Attaché de Recherche Clinique. L'étude n'étant pas randomisée, aucun calcul de nombre de sujet nécessaires n'est effectué. Cependant, la taille de la cohorte (1200 patients environ) permettra d'estimer le taux de complications de façon très précise.</p> <p>Le taux estimé par les données de la bibliographie est de 10% de complications sévères, toutes complications confondues.</p> <p>Ce taux sera présenté avec son intervalle de confiance à 95%, en situation bilatérale avec une précision de 1,7% (calcul effectué avec le logiciel nQuery Advisor®).</p> <p>Les facteurs pronostics explicatifs seront établis à l'aide d'un modèle logistique multivarié, dans lequel seront recherchés des variables explicatives telles que l'âge, le sexe, la nature de l'opérateur, l'état général du patient....).</p> <p>Les données qualitatives seront décrites par leur fréquence et leur pourcentage. Le nombre de données manquantes sera présenté si nécessaire. La comparaison entre les sous-groupes sera réalisée par un test de <math>\chi^2</math> ou un test exact de Fisher.</p> <p>Les données quantitatives seront décrites par le nombre de présents, la moyenne, l'écart-type, le minimum, le maximum et le nombre de données manquantes si nécessaire. La comparaison entre les bras sera réalisée par un test T ou par un test non paramétrique des rangs de Wilcoxon.</p> <p>Seront considérées comme complications immédiates :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Echec des ponctions, caractérisé par 3 tentatives ou plus,</li> <li>- Pneumothorax (un pneumothorax révélé dans les jours suivants la pose sera considéré comme une complication immédiate),</li> <li>- Hémothorax</li> <li>- Douleur liée au geste, caractérisée par un score supérieur ou égal à 3/10 à l'échelle visuelle analogique.</li> </ul> <p>Les patients seront considérés soit comme indemnes de complications, soit comme ayant eu une ou plusieurs complications sévères.</p> <p>Au-delà de trois tentatives de ponctions, les infirmières feront appel à un médecin anesthésiste qui prendra le relais de l'intervention. Cette situation sera considérée comme un échec de la part de l'opérateur et l'intervention du médecin ne sera pas considérée comme une nouvelle intervention.</p> <p>La notion de complications tardives, définies en objectifs secondaires, concerne les différentes complications survenues à partir du lendemain de l'intervention. Elles sont recueillies lors de l'appel à J+7 et sur déclaration du patient ensuite.</p> <p>Elles sont de nature variables (évoquer problèmes cutanés, notamment de la plaie, non résorption des fils, déplacement de la VVC, occlusion de la VVC, douleurs à l'inspiration, syndrome thrombotique, extravasation, infection, absence de reflux...). Ces complications ne sont pas utilisées dans l'évaluation du critère de jugement principal car elles ne sont pas directement liées à l'opérateur. En revanche, elles seront évaluées comme critère de jugement secondaire car elles peuvent en partie, résulter de la qualité du geste réalisé.</p>
------------------------------------	---

Voies Veineuses Centrales\_Synopsis\_v1.0\_2011-05-11  
 Strictly confidential

<b>CALÉNDRIER</b>	<p>Soumissions administratives [CCTIMS, CPP] du protocole de l'étude : Mai 2011.                  Début des Inclusions dans l'étude : Juin 2011.                  Durée d'inclusion : 12 mois.                  Durée de suivi : 7 jours pour la survenue de complications retardées – Surveillance passive des complications de survenue tardive.</p>
<b>INVESTIGATEURS PARTICIPANTS</b>	<p>Centre Léon Bérard, 28 rue Jeanne, 69573 Lyon Cedex 08,                  Service d'anesthésie-réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr Patrick Bachmann</li> <li>• Dr Anne-Laure Chauveau-Walker</li> <li>• Dr Nicolas Mallo</li> <li>• Dr Jean-Edmond Michéris</li> <li>• Dr Anas Mezour</li> <li>• Dr Fabienne Montagne</li> <li>• Dr Valérie Pires-Schubert</li> <li>• Dr Stéphane Poulainou-Martin</li> <li>• Dr Georges Rousseau</li> <li>• Dr Hervé Royer</li> <li>• Dr Hervé Sobhan</li> </ul> <p>L'arrivée d'un assistant anesthésiste réanimateur est prévue pendant la durée de l'étude.</p> <p>Centre Léon Bérard, 28 rue Jeanne, 69573 Lyon Cedex 08,                  Service d'anesthésie-réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anne-Laure Bozza</li> <li>• Marie-Claudia</li> <li>• Camille Thoumasset</li> </ul>
<b>PERSONNEL INFIRMIER IMPULSÉ</b>	
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<p>[1] L.Gambetti, D.Peyrol, B.Faivre et al. <i>Safety of percutaneous internal jugular catheterization in cancer patients: prospective observational study.</i> J Vasc Access. 2004; 5(4):161-167.</p> <p>[2] D.Maki, D.Augerand et C.Gnani. <i>The risk of blood stream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies.</i> Mayo Clin Proc. Sep 2006; 81(9): 1159-1171.</p> <p>[3] K. Burns and A. McLaren. <i>Catheter-related right atrial thrombus and pulmonary embolism: A case report and systematic review of the literature.</i> Can Respir J. Sep/Oct2009. 16(5): 163-165.</p> <p>[4] H.Kim, J.Yun, H.Jim et al. <i>Safety and effectiveness of central venous catheterization in patients with cancer: prospective observational study.</i> J Korean Med Soc.2010. 25: 1748-1753.</p> <p>[5] A. Srinivasan, M.Wiss, M.Bell et al. <i>Vital signs: Central line-associated blood stream infections – United States, 2007, 2008, 2009.</i> Morbidity and Mortality Weekly Report. March 4, 2011. 60(8): 243-248.</p> <p>[7] N. Vaccopoli, E. Alexandrou, Th.Spencer et al. <i>Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant or anaesthetic medical staff: a single-centre observational study.</i> Critical Care and Resuscitation. 2010. 12(2):90-94.</p>

Voies Veineuses Centrales\_Synopsis\_v1\_0\_2011-05-11  
 Strictly confidential

Annexe X  
Grilles de compétence délégation VVC

PAGE 79/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION



- Pré-requis : Diplôme d'infirmière
- Formation théorique**
- Connaître l'hygiène au bloc opératoire
  - Connaître les tenues de bloc opératoire
  - Savoir réaliser un lavage chirurgical des mains
  - Savoir s'habiller chirurgicalement
  - Savoir enfiler des gants chirurgicaux
  - Savoir chaper la zone d'insertion
  - Connaître les antiseptiques et la préparation cutanée
  - Connaître les sutures et ligatures chirurgicales
  - Connaître l'anatomie et la physiologie veineuse du membre supérieur, du membre inférieur, du thorax, de la région cervicale.
  - Connaître les rapports anatomiques avec les structures adjacentes (nerfs, artères...)
  - Connaître l'anatomie radiologique (RP, tomodynamométrie)
  - Connaître le matériel, les dispositifs
  - Connaître les bases de l'échographie, l'échographe, les principes physiques, les images à voir, les variantes....
  - Connaître les indications des VVC
  - Savoir réaliser l'examen clinique en vue de la pose de VVC
  - Connaître les algorithmes de la littérature et de son établissement
  - Connaître les contre-indications des VVC
  - Connaître les normes biologiques, hémostase, leucopénie...
  - Connaître les complications des VVC et leur sémiologie :
    - Aigues : hématome, ponctions artérielles, pneumothorax...
    - Tardives : infectieuses, thrombotiques, mécaniques...
  - Connaître la pharmacologie des anesthésiques locaux (lidocaïne) complication
  - Connaître la Gestion informatique de son établissement
  - Posséder les notions des caractéristiques des traitements intraveineux

## Grille d'évaluation des compétences des postulants à la délégation de pose des accès veineux centraux.

	0	1	2	3	Commentaires
<b>Examiner le dossier des patients pour connaître :</b>					
Le médecin en charge du patient, les caractéristiques du traitement programmé					
Les intolérances du patient : allergie, incapacité, compréhension					
Le bilan de coagulation du patient					
Les contre- indications de placement d'accès vasculaire					
Les antécédents					
<b>Expliquer au patient :</b>					
Le geste					
La gestion du cathéter après la pose					
<b>Avant la pose, être capable de</b>					
Identifier la veine appropriée					
Evaluer la zone d'insertion appropriée					
Repérer l'emplacement de l'artère					
Déterminer la longueur approximative du cathéter et sa taille en gauge					
Vérifier la position adéquate du patient					
<b>La pose de VVC . Etre capable de :</b>					
Installer le patient					
Réaliser le repérage échographique					
Se laver les mains chirurgicalement					
S'habiller avant le geste					
enfiler les gants stériles					
Réaliser (si besoin) la seconde préparation cutanée (polyvidone iodée alcoolisée)					
Réaliser la préparation et vérification du matériel					
Réaliser l'anesthésie locale					
Réaliser les gestes opératoires et vérifier la position du cathéter. (ponction écho guidée)					
Vérifier la position adéquate du cathéter					
Pour le pansement (discuter une boucle de sécurité)					
Expliquer au patient le matériel mis en place					
Informé le patient des difficultés et des complications immédiates					
Réaliser les premiers gestes en cas de complications					
Gérer son stress pendant l'acte					

<b>Fin de la pose. Tracer dans le dossier du patient</b>								
Informé le patient sur le carnet de suivi								
Remette au patient le carnet de suivi								
<b>Le lendemain de la pose</b>								
Appel du patient pour évaluer les douleurs résiduelles, la présence d'un hématome, d'un saignement...								

Les évaluations sont notées de 0 à 3 : 0 non acquis, 3 Parfaitement acquis.  
 Le seuil nécessaire pour valider la compétence est de 3 pour chaque item.

**ANNEXE 11 :  
Préambule : historique du projet**

PAGE 83/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

### ANNEXE 11 : Préambule : historique du projet

Le Centre Léon Bérard est un centre de lutte contre le cancer. L'accès veineux central fait parti de son cœur de métier pour l'administration des chimiothérapies mais aussi pour les soins de support avec les hydratations, la nutrition parentérale, les antibiothérapies prolongées, les produits hyperosmolaires, les prélèvements fréquents et les transfusions itératives. Les patients au capital veineux altéré, parfois d'âge élevé sont les premiers bénéficiaires de ces dispositifs.

Le projet de délégation de pose des voies veineuses centrales (VVC) est parti du constat que le besoin de ces dispositifs était croissant avec l'activité, que le nombre des poseurs médecins était un facteur limitant, que l'externalisation dans les établissements voisins moins spécialistes amenait plus de complications et de mécontentements auprès des patients que des prescripteurs. Les délais de pose étaient trop longs pour certains patients. L'hospitalisation était parfois prolongée pour obtenir cette VVC avant le retour à domicile en Soins à Domicile ou en Hospitalisation à Domicile (HAD). Certains maintiens à domicile ne pouvaient être réalisés faute d'accès veineux sécurisés.

Une des particularités du centre est qu'il est un gros poseur français de VVC, que la demande est particulièrement bien organisée et centralisée sur un département unique.

#### **La maîtrise de la Trajectoire patient est l'objectif clé de ce projet avec la composante sécuritaire qui en découle.**

En 2008, le projet a été proposé à la Direction générale et à la direction des soins infirmiers. L'engagement de celles-ci a été rapide en regard des expériences étrangères et des enjeux pour les patients de notre établissement. Le projet est inscrit dans le projet d'établissement 2009-2014 et présenté à l'ARS.

En 2010, ce sont 3 infirmières volontaires pour participer à cette coopération médico infirmière qui auront bénéficiée d'une formation déclinée ci après. Une évaluation « expérimentale » est débutée dès 2010 afin d'étudier les capacités de la structure à ce type de coopération.

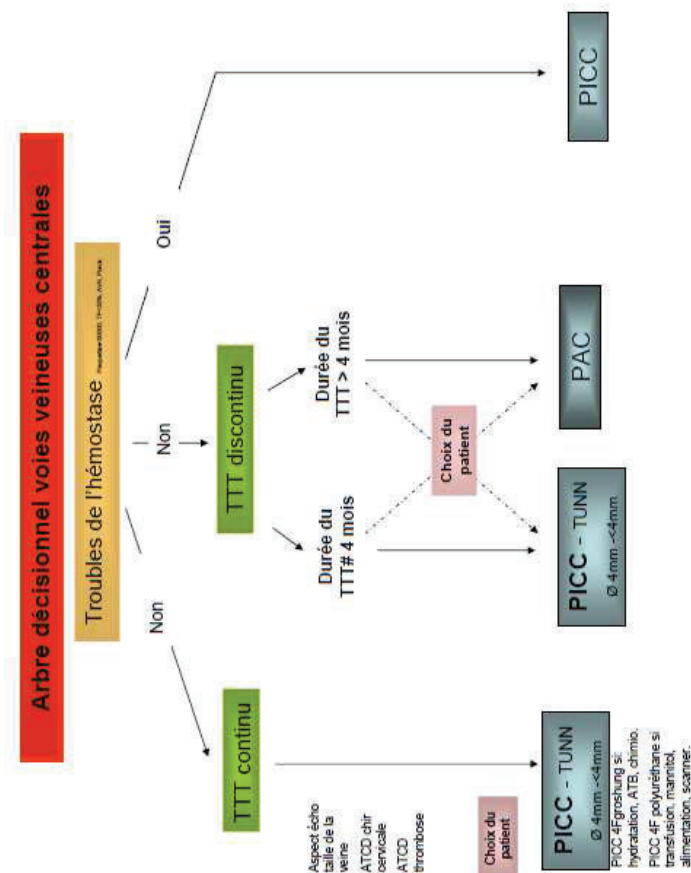
ANNEXE 12 :  
Arbre décisionnel Choix VVC

PAGE 86/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

ANNEXE 12 : Arbre décisionnel Choix VVC



**ANNEXE 13**  
**Tableau de bord individuel et d'unité**

PAGE 87/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION



ANNEXE 13

Tableau de bord individuel

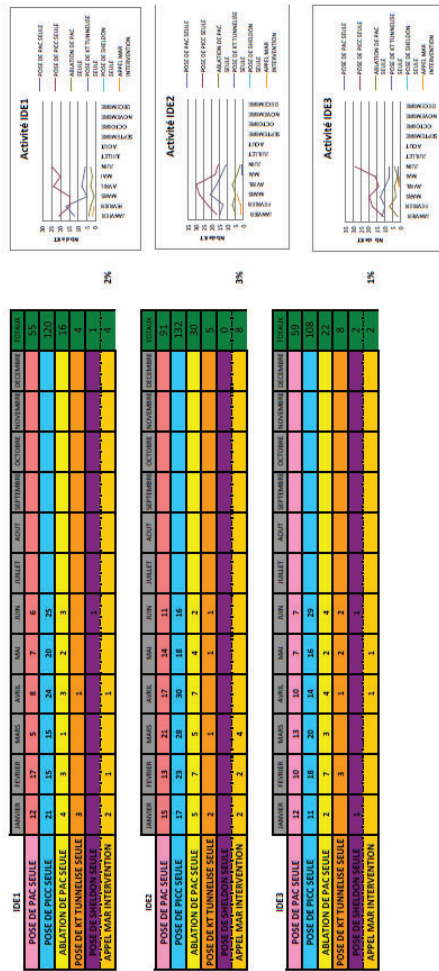
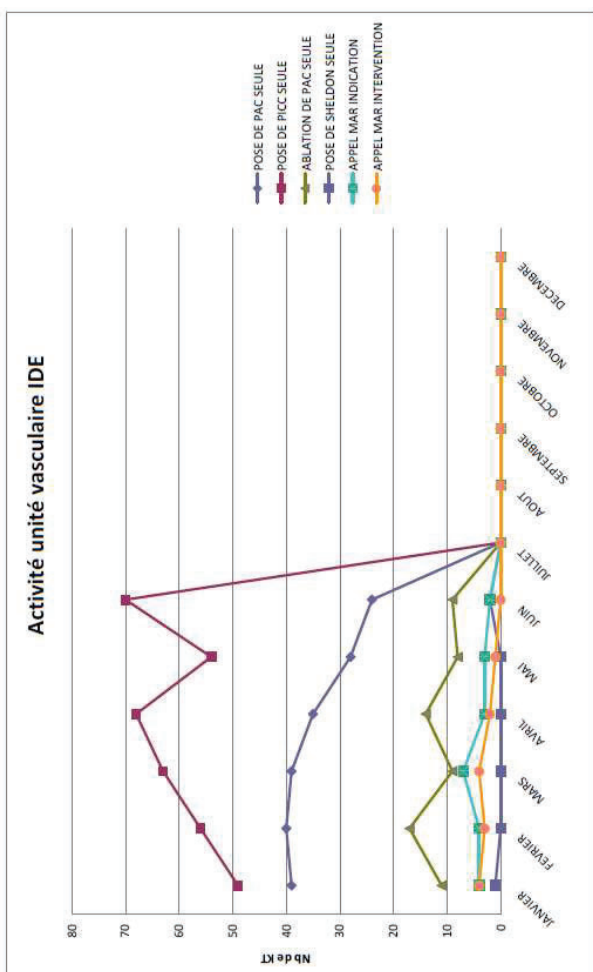


Tableau de bord unité

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010



ANNEXE 14: Retour d'expérience

PAGE 90/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

## ANNEXE 14: Retour d'expérience

Les infirmières posent les voies veineuses centrales. Un exemple de délégation médico-infirmière.  
 M.Ceulipica<sup>1</sup>, C.Thourmazel, AL Boiza, Unité d'Accès Vasculaire et E. Aubert<sup>1</sup>, A. Daunizeau<sup>1</sup>, G. Romero Poudieroux<sup>1</sup>, J. Mazeret<sup>1</sup>, H. Sebban<sup>1</sup>, P. Bachmann<sup>1</sup>, F. Montange<sup>1</sup>, H. Clement<sup>1</sup>, V. Peres-bachelot<sup>1</sup>, N. Mailige<sup>1</sup>, A. Talon<sup>2</sup>, H. Rosay<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centre Léon Bérard, DAR, <sup>2</sup>Centre Léon Bérard, DSI, Lyon, France

**Introduction:** En France, la pose des cathéters veineux centraux (CVC) est un acte exclusivement médical. Dans d'autres pays, les infirmières (IDE) sont autorisées à placer ces dispositifs [1]. En collaboration avec les médecins, elles participent à la surveillance et établissent des recommandations. L'objectif de notre travail a été d'évaluer la capacité des IDE et des IADE à poser les cathéters centraux dans une démarche de coopération médico-infirmière au sein d'un Département d'Anesthésie posant plus de 2200 CVC/an.

**Matériel et Méthodes:** Pendant l'année 2010, trois IDE mi-temps volontaires ont été formées à la ponction sous échographie des veines brachiales, basiliques, jugulaires internes et fémorales chez des adultes. Une formation complémentaire aux indications médicales, aux repères anatomiques et radiologiques, au champage chirurgical, à l'habillage et au pansement a également été réalisée. Les patients sont informés par le prescripteur oncologue de la possibilité de pose par une IDE; le site internet de l'établissement et les documents d'information concernant le cathéter choisi rappellent cette possibilité. Les bilans biologiques préopératoires sont validés par un médecin. Avant la pose, l'opérateur se présente et recueille le consentement du patient. Pendant l'année 2011, les IDE ont assuré la pose des CVC dans une salle dédiée, un médecin anesthésiste à proximité répondant sur appel devant toutes difficultés et après trois tentatives de ponctions. La pose est effectuée sous échoguidage (Bard Site Rite 5, guide aiguille). Entre le 01/01/2011 et le 31/12/2011 et de manière prospective, le nombre de ponctions, la survenue d'une ponction artérielle, d'un pneumothorax, la bonne place du cathéter, le nombre d'appel ont été recueillis.

**Résultats:** Au cours de l'année 2011, les trois IDE mi-temps ont effectué 155 journées de poses sur les 265. 155 Journées médicales ont donc été économisées. Elles ont posé 1113 CVC sur les 2074: 642 Picclines (Bard P/CC Groshung 4F, PowerPICC5F), 463 jugulaires internes (Plastimed 5F, BARD Port 8F), 8 fémorales (gamcath GAMBRO 6.5F-8F). Aucun pneumothorax ou hémithorax n'ont été répertoriés. Deux ponctions carotidiennes ont été rapportées (0,36%). Le dispositif a été placé à la jonction atroceve dans 100%. Les médecins anesthésistes ont été appelés dans 3,60% des cas pour modifier la nature du dispositif demandé par les oncologues, dans 3,59% des cas pour des difficultés de mise en place du guide. Dans 50% de ces derniers cas, le médecin renonce à la pose de CVC et demande un bilan vasculaire pour proposer un autre site. Les externalisations pour pose de CVC sont passées de 880 à 250 entre 2010 et 2011.

Tableau: Activité de l'unité vasculaire infirmière

Type de CVC	Nombre	% de ponction artérielle	% de ponction unique
PICCs	642	0	90,5
Jugulaire interne	463	0,36	88,4

**Discussion:** Les infirmières, sous couvert d'une formation complémentaire rigoureuse, dans une organisation structurée, sont capables de placer les dispositifs veineux centraux, longue durée avec efficacité et sans complication.

### Our nurses are able to place CVC , PICC and Port. An example of cooperation between nurses and physicians.

E. Aubert<sup>1</sup>, A. Datunizeau<sup>1</sup>, G. Romero<sup>1</sup>, S. Poudroux<sup>1</sup>, J. Mazerès<sup>1</sup>, H. Sebban<sup>1</sup>, P. Bachmann<sup>1</sup>, F. Montange<sup>1</sup>, H. Clement<sup>1</sup>, V. Peres-bachelot<sup>1</sup>, N. Maille<sup>1</sup>, A. Talon<sup>2</sup>, H. Rosay<sup>1</sup> et M Cellupica, C Thourmazet, AL Boiza; Unité d'Accès Vasculaire  
<sup>1</sup>Centre Léon Bérard, DAR, <sup>2</sup>Centre Léon Bérard, DSI, Lyon, France

**Introduction:** In France, the placement of CVC is exclusively a medical act whilst in other countries, nurses are authorized to place these devices. The objective of our study: to estimate the nurses and anaesthesiologist nurses' capacity to place catheters to be able to implement a medical nursing cooperation in the Anesthesia Department of the Center Léon Bérard LYON.

**Methods:** during the year 2010, 3 part-time nurses were trained to puncture the veins under echography. The patients were informed about the possibility of placement by a nurse. Before the insertion, the operator came and collected the patient's consent. During the year 2011, the nurses placed central venous accesses in a dedicated room, with an anesthesiologist nearby to answer on call after 3 attempts of punctures and in case of difficulties. The puncture was made under echo (Bard Site Rite 5, guide needle).

**Results:** between 01/01/2011 and 31/12/2011, the nurses made 155 operating days on 265, 1113 VVC were placed by these nurses out of 2074. The CVC details are as follows : **642 Picclines** (Bard PICC Groshong 4F, PowerPICC5F), **463 ports in internal jugular vein** (Plastimed 5F, BARD port 8F), 8 in femoral vein. There was **no pneumothorax, nor hemothorax**. The device was placed in central position in the atriocave junction in 100 % of the cases. The doctors were called in 3.60 % of the cases to modify the nature of planned devices, in 3.59 % of the cases for difficulties of placement. For 50% of these, an impossibility to place the CVC was concluded and the insertion postponed to get a vascular evaluation: scanner, doppler, and to propose another site. **No suture dehiscence has been reported.**

**Tableau: Activity of nurse vascular access unit.**

Type of CVC	Number	% of arterial puncture	% of single puncture
PICCs	642	0	90,5
Internal Jugular (Port)	463	0,36	88,4

**Discussion and conclusion:** With a specific training, in a structured organization, french nurses are able to place CVC (**PICC and Ports**) with efficiency and without complication

**Références:** [1] *Critical care and resuscitation 2010; 12:90-95*:Yacopetti:Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant ou anaesthetic medical staff: a single centre observational study.

**ANNEXE 15:**  
**Montée en puissance de l'IV Team**

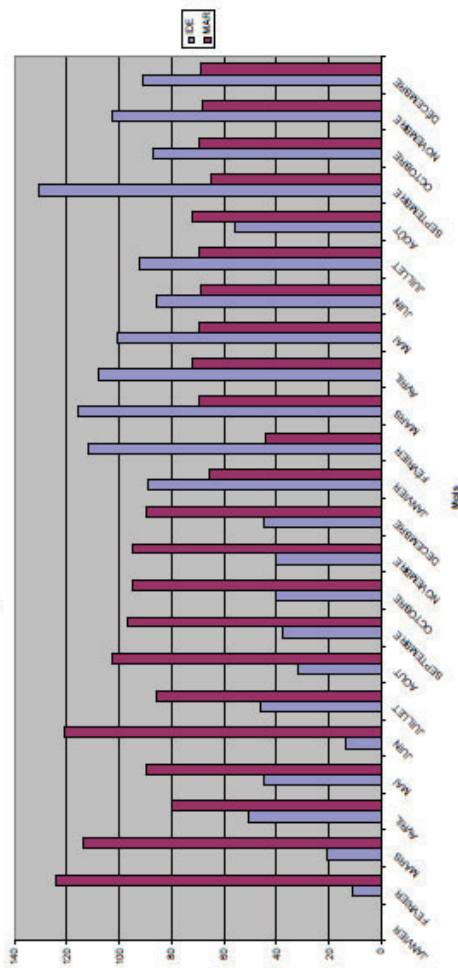
PAGE 93/120

JUILLET 2010

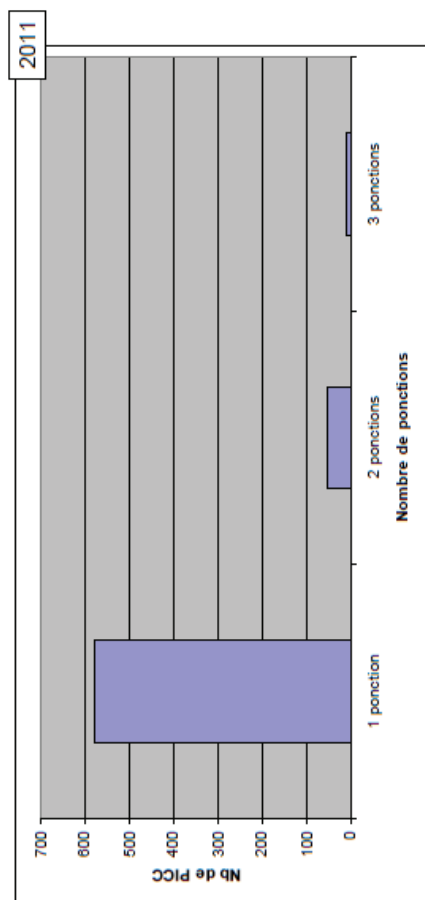
GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

ANNEXE 15 : Montée en puissance de l'IV Team

### Répartition mensuelle des 1190 VVC en 2011 activités de poses. 2010-2011



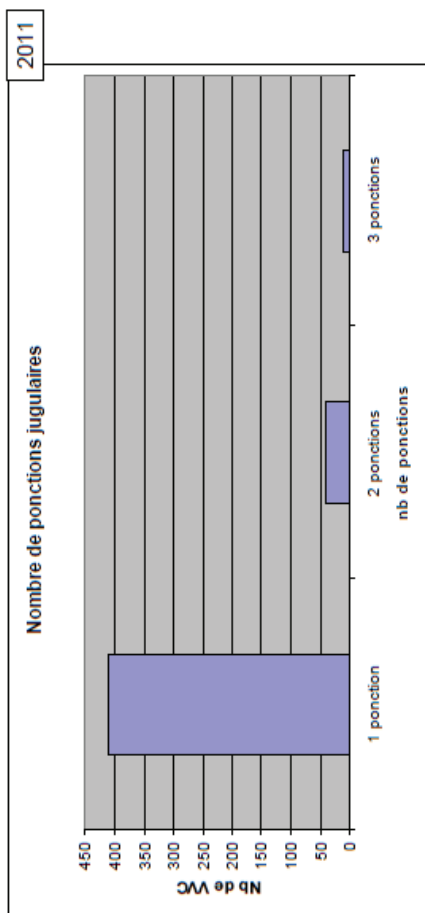
## Répartition du nombre de ponctions lors des poses de PICC



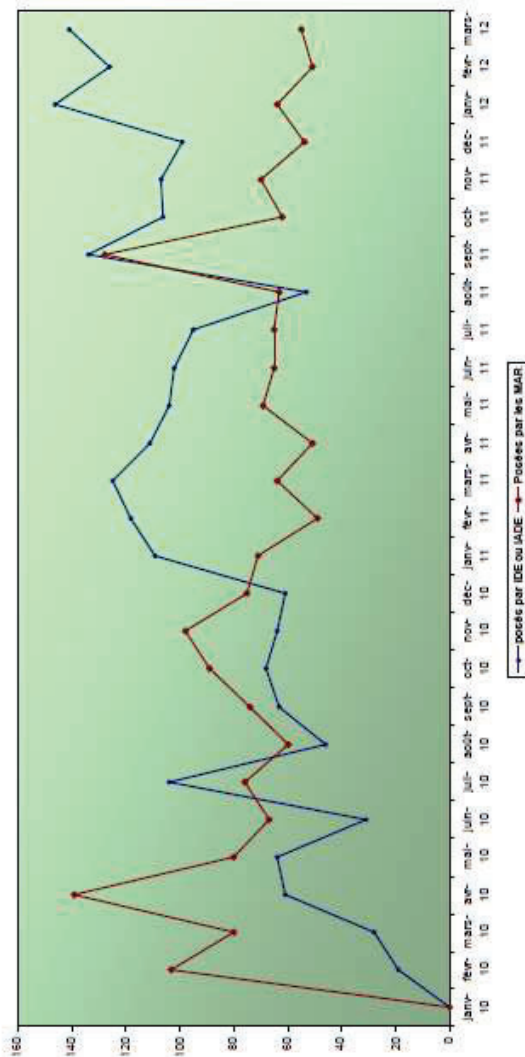
**90.5% des 642 PICCs réussis dès la première ponction**



# Répartition du nombre de ponctions en jugulaire interne



## Evolution des poses de VVC entre Janvier 2010 et Mars 2012



ANNEXE 16 :

Les éléments permettant d'évaluer l'absence de risques supplémentaires encourus par le patient.

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

JUILLET 2010

PAGE 98/120

## ANNEXE 16 :

**1. Les éléments permettant d'évaluer l'absence de risques supplémentaires encourus par le patient.**

Pour rappel les objectifs fondateurs de la démarche sont :

- *Garantir l'accès aux soins des patients en termes de délais*
- *Optimiser le temps médical*
- *Garantir une prise en charge du patient sécurisée et adaptée dans le cadre de perfusion de traitements veino toxiques*

*L'analyse fine du processus de pose d'une VVC a permis de mettre en place un dispositif de maîtrise des risques à tous les niveaux de la prise en charge du patient. Aussi, depuis le début de sa mise en œuvre, il fait l'objet d'une évaluation continue.*

- **Maitrise du risque technique**

Les risques encourus par le patient lors de la pose de voies veineuses centrales (VVC) sont : le pneumothorax, la ponction artérielle, l'échec.

Ces risques sont directement proportionnels à la compétence de l'opérateur, c'est-à-dire à sa formation initiale, et à son expérience c'est à dire au nombre de VVC posées pendant une période déterminée. Si l'utilisation de l'échographie est fortement recommandée dans cette activité, afin de diminuer les complications [1-2], elle est systématique dans notre cas. L'avènement d'équipes d'accès vasculaire formées et dédiées devrait permettre cette pratique peu utilisée en France [3].

Une étude préliminaire réalisée dans notre centre [4] retrouve des taux de complications les plus bas, toute littérature confondue, et toute qualification de poseurs confondus. Ce taux de complications est un indicateur suivi en continu (tableau de bord). **Ce Tableau de bord individuel de suivi d'activité des délégués est réalisé depuis le début de notre expérimentation (annexe 12)**

De plus, les pneumothorax après pose de VVC sont très fréquemment de révélation secondaire notamment chez des patients en ventilation spontanée. Il apparaît que leurs diagnostics ne sont pas influencés par la nature du poseur.

Après une formation adaptée, avec une équipe dédiée et entraînée, ces risques pour le patient sont donc identiques voir inférieurs aux risques encourus par le patient qu'avec une équipe moins formée, moins expérimentée.

**A distance de la pose, l'infection et la thrombose pourraient être influencées par la qualité de la pose. Les équipes infirmières seraient meilleures dans cet indicateur [5].**

- **Maitrise du risque infectieux**

La formation longue et ciblée, l'établissement et la pratique de mesures préventives lors des poses avec un matériel adapté, associée à la surveillance des infections précoces sont les garants d'un taux d'infection lié au geste, minimal.

L'éducation thérapeutique du patient notamment vis-à-vis du maintien des conditions d'hygiène (douches, bains, précaution de la vie courante), consultation précoce devant des signes potentiels de complications apporte une plus value. Un numéro de téléphone hotline (9h-16h) est à disposition des patients et des soignants hospitaliers et libéraux pour répondre à leurs questions.

- **Maitrise du processus de formation infirmière**

L'établissement de grilles de validation des acquis pendant et à la fin de la formation certifie l'expertise du délégué.

Tableau de bord individuel de suivi d'activité des délégués (annexe 2) participe à la surveillance du maintien de cet acquis.

Formation d'infirmières libérales et salariées d'établissements régionaux.

Participation à la formation la pose pour des médecins nationaux.

- **Maitrise du dispositif de suivi des patients**

Un appel téléphonique au domicile du patient à J8 permet de s'assurer de la bonne compréhension par le patient de la surveillance de la VVC et donc de prévenir tout risque de complications.

### Les critères d'inclusion et d'exclusion des différentes voies d'abord

**La voie sous clavière est exclue** de la délégation en regard du risque de pneumothorax accru, du risque de ponction artérielle sans compression possible.

**La voie jugulaire interne et la voie brachiale sont les seuls sites retenus.**

Pour la pose de KT, le Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) est proposé en première intention. Il donne lieu à moins de complications immédiates et à distance.

Pour les PAC, la voie jugulaire interne (controlatérale à la tumeur si tumeur du sein) est retenue. Lorsqu'un KT cervical est inséré, il est systématiquement tunellisé.

Un arbre décisionnel, en accord avec la littérature et les utilisateurs, facilite les décisions ; une place est faite à la décision des patients après informations éclairées (Annexe 11) [6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15,16].

**Le délégué choisit le site et le dispositif. Le délégué pose. Les décisions sont tracées et argumentées dans le CR.**

## ANNEXE 17 Bibliographie :

1. John G. Agouties, Mahmoud Elbarbary, Thierry Piroette, Dimitrios Karakitsos, Jack LeDonne, Stephanie Doniger, Giancarlo Scoppettuolo, David Feller-Kopman, Wolfram Schummer, Roberto Biffi, Eric Desruennes, Lawrence A. Melniker, Susan T. Verghese
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (September 2002). "Technology appraisal: the clinical effectiveness and cost effectiveness of ultrasonic locating devices for the placement of central venous lines". <http://www.nice.nhs.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11474>. Retrieved 2008-06-01.
3. Ann Fr anesth Reanim 2010;29(2):104-12; Mimmoz O Moreira R, Frasca D, Boisson M, Dahyot-Fizelier C. Evaluation des pratiques de gestion des cathéters veineux centraux dans les reanimations chirurgicales universitaires françaises.
4. 2012 Wocova : Prix du meilleur Poster et communication orale. Our nurses are able to place CVC , PICC and Port. An example of cooperation between nurses and physicians. E Aubert, A Daunizeau, G Romero, S Poudroux, J Mazeret, H Sebban, P Bachmann, F Montange, H Clement, V Peres-bachelot, N Malige, A Talon, H Rosay et M Cellupica, C Thoumazet, AL Boiza; Unité d'Accès Vasculaire Centre Léon Bérard, DAR, Centre Léon Bérard, DSI, Lyon, France
5. Critical care and resuscitation 2010; 12:90-95.Yacopetti: Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant ou anaesthetic medical staff: a single centre observationnal study.
6. Camp-Sorrell, D. E. (1996). Access device guidelines: Recommendations for nursing practice and education. Pittsburgh, PA.: Oncology Nursing Press, Inc.
7. Canadian Intravenous Nurses Association (1999). Intravenous therapy guidelines. (2nd ed.) Toronto, ON: Canadian Intravenous Nurses Association.
8. Centers for Disease Control and Prevention (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Morbidity and Mortality Weekly Report, 51(RR-10), 1-29.

9. Centers for Disease Control and Prevention (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections.
10. EPIC (2001a). National evidence-based guidelines for preventing hospital-acquired infections associated with the use of central venous catheters. Technical Report Part A. [Online]. Available: <http://www.epic.tvu.ac.uk/epicphase/epic1.html>
11. EPIC (2001b). National evidence-based guidelines for preventing hospital-acquired infections associated with the use of central venous catheters. Technical Report Part B. [Online]. Available: <http://www.epic.tvu.ac.uk/epicphase/epic1.html>
12. EPIC (2001c). The epic Project: Developing national evidence-based guidelines for preventing hospital-acquired infections. Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of central venous catheters. *Journal of Hospital Infection*, 47(Suppl.)S1-S82.
13. Health Canada Population and Public Health Branch (1997). Preventing infections associated with indwelling intravascular access devices. Canada Communicable Disease Report [Online]. Available: [http://hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ecdr-rmtc/97vol23/23s8/iadb\\_e.html](http://hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ecdr-rmtc/97vol23/23s8/iadb_e.html)
15. Intravenous Nurses Society (2000). Infusion nursing: Standards of practice. *Journal of Intravenous Nursing*, 23(6S), S1-S88.
16. Nursing best practice guideline. Assessment and device selection for vascular access. Available: <http://www.rnao.org/bestpractices>.


**ANNEXE 17:**  
**Procédure et Feuille de signalement d'événements indésirables**

**GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION**

JUILLET 2010

PAGE 103/120



	Référence : GQR/PR/0001	Page(s) : 1 / 16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>				

**1-Objet**

1.1- Cette procédure décrit la gestion des événements indésirables de la déclaration à leur traitement par la Direction Qualité et les différents groupes d'analyse

La Direction qualité assure au quotidien la gestion des incidents au Centre Leon-Berard via le logiciel Blue Medi®. Elle s'appuie sur les personnes ressources du CLB (voir annexe en fin de procédure), et assure la coordination avec les vigilants de l'établissement, les CREX, les RMA, les membres du Comité Environnemental et du COVIRISO.

La «gestion des risques» en établissement de santé est règlementée par :

- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)
- le Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique, qui établit l'implication de la Commission Médicale dans la gestion des risques liés aux soins.
- Le décret 2010-1408 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et la circulaire d'application du 18 novembre 2011

Le signalement des incidents, accidents ou événements indésirables permet :

- de les identifier,
- de les caractériser,
- d'en analyser les causes immédiates et profondes,
- de mettre en place des actions préventives ou correctives et d'assurer leur suivi
- d'assurer l'information des patients en cas de dommage lié aux soins et d'éventuellement organiser le rappel des patients, il s'agit de plusieurs points concernés,
- de surveiller les événements porteurs de risques appelés « sentinelles »,
- de permettre leur suivi par des indicateurs d'amélioration de la qualité,
- de mettre à jour le système documentaire qualifié du CLB ?

1.2- Les circuits de signalement :

1. Les événements indésirables sont déclarés à la Direction Qualité de préférence via Blue Medi® ou sur support papier si ce n'est pas possible.

([http://intra1.lyon.fnolcc.fr/Examinaire/Finibest/qualite/fiche\\_incident.pdf](http://intra1.lyon.fnolcc.fr/Examinaire/Finibest/qualite/fiche_incident.pdf))

2. Les plaintes ou réclamations sont transmises à la CRU (cf. Procédure Gestion d'une plainte ou réclamation)

3. Les événements soumis à une veille sanitaire :

- les alertes montantes : l'établissement informe une autorité (ANSM, ASN, EFS, InVS, AFS, Préfet, HAS) d'un événement indésirable ou porteur de risque appelé aussi « presque-accidents »
- les alertes descendantes : une autorité (principalement l'ANSM) mais aussi (RNS, EFS, InVS) informe l'établissement des décisions, arrêtés de suspension, d'interdiction, de retrait ou d'incidents publics.

**2-Révision de la procédure**

Fréquence : tous les 2 ans

Responsable : A. Achache

Redacteur (s) :	Vérificateur (s) :	Approbateur :	Destinataires :
A. ACHACHE Ingénieur Qualité Visa :	Dr L. PHILIP Directeur qualité Visa :	Ph.ZROUNBA Président COME Visa :	Ensemble du personnel du CLB et del IHOP
V. ALDY Technicienne qualité Visa :	J.R. GRESLIN Directeur Général Adjoint Visa :	Pr.S.NEGRIER Directeur Général du CLB Visa :	
	Dr G. ROMERO Coordonnateur gestion des risques associés aux soins Visa :	Dr C. BERGERON Administrateur de l'IHOP Visa :	

Reference : GQR/PR/0001	Pagination : 2/16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
 			
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			

**3- Définitions, lexique**

**ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  
**Comité des vigilances Risques Sécurité B. Qualité COVRISQ** : Le comité a un rôle d'expertise pour l'ensemble du personnel et pour la Cellule qualité en matière de vigilances réglementaires. Il est composé d'experts et de référents sollicités lorsque l'incident déclare concerne une vigilance réglementaire.  
**CCRIIME** : Commission de Revue des Incidents Médicaux  
**DIVA** : Directeur Médical Adjoint

**Déclarant** : Toute personne exerçant au CLB y compris les personnes bénévoles, enseignant, représentants des oultes, etc.) qui a constaté un risque ou a été victime d'un incident.

**EFS** : Etablissement Français du Sang

**Incident ou événement indésirable** : accident, dysfonctionnement, événement indésirable, problème, non conformité, \* Tout événement survenant au sein de l'établissement de santé qui peut avoir des conséquences sur le patient, les professionnels, les visiteurs ou les biens de l'établissement de santé. Ces événements indésirables s'échelonnent d'un événement porteur de risque à un événement indésirable grave.

**ESG** : Evénement Indésirable Grave

**EPB** : Evénement porteur de risques ou « événement sentinelle »

**ASN** : Autorité de Sécurité Nucléaire

**InVS** : Institut de Veille Sanitaire

**PCR** : Personne compétente en radioprotection

**4- Annexes, documents associés, textes de références**

**4. a - Documents liés à la procédure**

	Où trouver ces documents ?
MO-327	Declaration électronique d'incident dans Blue medi@
MO-336	Consultation a posteriori des déclarations électroniques d'incident dans le logiciel Blue medi@
MO-148	Modalités de signalement aux instances des événements graves survenus au CLB
DG/UC/PR/003	Gestion d'une crise au Centre Léon-Bérard
MO-352	Constitution et mise à jour de l'annuaire des membres de la cellule gestion de crise
MO-337	Alimentation du plan d'action
SHH/UHH/PR/0005	Gestion d'un risque épidémique au CLB
QPR/PR/0002	Gestion des réclamations
SHH/UHH/PR/004	Signalement des infections nosocomiales et information des patients
MO-781	Organisation de la réunion des incidents médicaux (CRIME)
	Règlement intérieur du Comité vigilances gestion des risques sécurité qualité du CLB (COVRISQ)
A6360	Aide à la mise en place des revues de morbi mortalités

Reference : GQR/PB/0001	Pagination : 3/16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
 			
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			

4. b - Annexes

	Où trouver ces documents ?
Annexe 1 : Fiche unique de signalement V3	Fin de la procédure & Internet
Annexe 2 : NS : 2011-03 Vigilances : Qui contacter au CLB ?	Blue Medis
Annexe 3 : Consignes de diffusion des fiches incidents	Repertoire reseau Z- GQR / GQR / Fiches incidents

4. b - Textes de références

	Où trouver ces documents ?
Texte 1 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (site loi HPST)	
Texte 2 Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé	Internet
Texte 3 CIRCULAIRE N°DGOS/PPZ/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé	Internet
Texte 4 Guide de l'HAS (Mestre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé	Site HAS
Texte 5 Radiothérapie Circulaire n° DHOS/E4/2007/230 du 11 juin 2007 relative à la sécurisation de la pratique de la radiothérapie oncologique Arrêté du 22 janvier 2009 portant homologation de la décision n° 2008-DC-0103 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 1 <sup>er</sup> juillet 2008 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie définies à l'article R. 1333-59 du code de la santé publique	Internet
Texte 6 Accréditation Décret no 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé modifié Décret no 2006-1559 du 7 décembre 2006	Internet
Texte 7 Art. L 1142-4 du Code de la Santé Publique. L'information du patient en cas de dommage lié aux soins	Internet
Texte 8 Décret n° 2010-1325 du 3 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissements de établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique, qui établit l'implication de la CN dans la gestion des risques liés aux soins.	Internet




Référence : G36/PR/0001	Page(s) : 6 / 16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
 <b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			

6-Description des tâches

6.a.Circuit général

Responsable	Tâches	References Documents Equipement
Le déclarant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constate un incident ou risque d'incident.</li> <li>• Prend toutes les mesures immédiates nécessaires et adaptées</li> <li>• Complète une 'fiche d'incident' en précisant :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Le lieu, date,</li> <li>&gt; Le service concerné</li> <li>&gt; La / les personne(s), concerné(s)</li> <li>&gt; Les faits</li> <li>&gt; Et éventuellement les suites prévisibles (contenieux potentiels) et des suggestions pour le prévenir</li> </ul> </li> </ul>	Fiche incident électronique Blue (MediB) ou Fiche incident papier (reprographie) (annexe 1)
En plus de la Fiche Incident si l'incident concerne : <ul style="list-style-type: none"> <li>● un danger immédiat en lien avec la sécurité des biens et des personnes :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⚡ <b>avertir l'agent de sécurité</b></li> <li>⚡ <b>Poster : 7466</b></li> </ul> </li> <li>● une vigilance renforcée (surveillance, matériovigilance, pharmaco-vigilance, radioprotection, reaccovigilance, infocovigilance, AES, accident du travail...)</li> <li>⚡ <b>informer le vigilants concernés le plus rapidement possible. Cf. NS 2013-04 liste des vigilants</b></li> </ul>	MO-327 Déclaration électronique d'incident dans le logiciel Blue (MediB)	
La Direction Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réceptionne quotidiennement les fiches de signalement</li> <li>• Assure la gestion de chaque incident déclaré</li> <li>• Analyse l'incident</li> <li>• Demande si besoin des informations complémentaires au déclarant ou aux personnes ressources concernées</li> <li>• Oriente la fiche incident vers :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La CRIME s'il s'agit d'un incident lié aux soins</li> <li>- un CREX ou un groupe d'analyse spécifique</li> <li>- La / les personne(s) ressource(s) concernée(s) pour action ou information en fonction de l'incident</li> </ul> </li> </ul>	Echelle de notation (annexe 4) Liste des rôles consignés de diffusion des fiches incidents (annexe 5)
La CRIME/Le CREX ou groupe d'analyse/ La direction qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse l'incident</li> <li>• Détermine la typologie et la orbite</li> <li>• Propose les actions correctives et/ou préventives à mettre en place</li> </ul>	
La CRIME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• transmet si besoin les incidents vers un groupe d'analyse spécifique, Cf. 5.b.b</li> <li>• Demande si nécessaire la mise en place d'une RMM au responsable du secteur concerné ou d'une cellule de crise</li> </ul>	

Référence : GOR/PR/0001 		Page(s) : 7/16 Indice de révision : 6 Date d'approbation : 20/06/2013
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>		
Responsable	Tâches	Références Documents Equipement
La Direction Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transmet systématiquement au Directeur Général ou à son représentant les incidents :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- de gravité 3 (délés, tentatives, suicide, feu...)</li> <li>- Acte de violence sur les biens et/ou sur des personnes</li> <li>- à « risque médicamenteux »</li> <li>- d'origine médicamenteuse, graves ou mortels</li> </ul> </li> </ul>	NO 148 Modalités de signalement aux instances des événements graves survenus au CLB Délégation de signature (annexe 6)
La Direction Générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peut déclencher une cellule de crise pour mise en œuvre de mesures adéquates : information, rappel de patient, etc.</li> </ul>	DG/UC/PR/0003
La Direction Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablit :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Un tableau de bord qualité semestriel à destination de la Direction Générale, des membres du COVIRISQ, cadres,</li> <li>➢ Un bilan annuel des incidents à destination des instances du CLB, Conseil de Direction, CE, CHSCT, COVIRISQ, CIL</li> <li>➢ Un programme qualité annuel soumis à l'approbation du COVIRISQ</li> </ul> </li> </ul>	Info qualité
La Direction qualité et le coordinateur des risques liés aux soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Font une synthèse trimestrielle des incidents traités par la CRIME à destination de la Direction Générale, du COVIRISQ et de la CME</li> </ul>	

**6. b Gestion et suivi des incidents médicaux et paramédicaux**

- Les incidents médicaux sont analysés en réunion hebdomadaire par la CRIME
- En fonction de leur gravité ou de leur risque potentiel, les incidents sont orientés vers le CREX ou la RMAI concerné(e) :
  - RMAI : Cf. charte des RMAI au CLB,
  - CREX : Cf. MO-555 et MO-439

Les incidents qui doivent être vus par le Directeur Médical Adjoint(DMA) sont orientés vers la CRIME élargie qui se réunit mensuellement.

Référence : GQP/PRI/0001	Page(s) : 8/16	Indice de révision : 0	Date d'approbation : 20/06/2013
 <b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			

**6c- Mise en place et suivi des actions correctives et/ou préventives**

Les actions correctives et/ou préventives sont renseignées par la Direction Qualité sur proposition de cette dernière ou des instances (CREX, RMA, CRIME).

Responsable	Tâches	Références Documents Equipement
La Direction Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assure le suivi des actions décidées par la CRIME et les groupes d'analyse (CREX, RMA,...)</li> <li>Complète la rubrique « Action » dans l'onglet « Analyse » de la fiche incident (ex : Rappel des consignes, vigilance,...).</li> </ul> Pour les actions plus complexes nécessitant un suivi (modification d'une organisation, mise en place d'une RMA, d'un audit...) : <ul style="list-style-type: none"> <li>crée une fiche action dans Blue Max® en lien avec la fiche d'incident correspondante</li> <li>précise le responsable de l'action et la date prévisionnelle de réalisation</li> </ul>	IMO 337 Alimentation du plan d'action
Le responsable de l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reçoit une alerte automatique l'informant de l'action à réaliser.</li> <li>Lorsque l'action a été réalisée, en informe le groupe demandeur (CREX, CRIME,...) ou la Direction qualité</li> </ul>	
La Direction qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cléture la fiche action</li> </ul>	

**6.d Orientation des incidents nécessitant un signalement et un suivi spécifiques.**

Gestion et suivi des incidents en coordination avec les vigilances (réglementées ou non)
La Direction Qualité oriente les signalements en lien avec une vigilance réglementée vers la personne ressource qui en assure : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analyse,</li> <li>- l'enquête,</li> <li>- le suivi</li> <li>- la déclaration si nécessaire : alerte montante auprès des autorités compétentes : ANSA, BFS, IRSN, ASN.</li> </ul> Le vigilant informe la Direction et le service Qualité des actions mises en place dès que possible afin de clore la fiche incident.

	Référence : GQP/FR/0001	Page(s) : 9/16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
				
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>				

→ Incident de métrovigilance	Métrovigilance : gestion des incidents et suivi des alertes descendantes Voir /Mode opératoire 476
→ Incident de pharmacovigilance	Pharmacovigilance : gestion des incidents et suivi des alertes descendantes Voir /Mode opératoire 472
→ Incident de réactovigilance	Réactovigilance : gestion des incidents et suivi des alertes descendantes Voir /Mode opératoire 473
→ Incident transfusionnel	Déclaration d'incident transfusionnel désormais appelés "événements indésirables receveurs" (de produits sanguins) et suivi des alertes descendantes Voir /Mode opératoire 402
→ Incident d'infectiovigilance (	Infectiovigilance : gestion des incidents et suivi des alertes descendantes Voir /Mode opératoire 475
→ Incident de biovigilance	Biovigilance : Voir /Mode opératoire 474
<b>Vigilances non réglementées</b>	
→ Incident en lien avec l'environnement	Le responsable management environnemental en est systématiquement le destinataire pour action. Voir /Manuel Qualité Environnemental
→ Erreurs d'identité	Les incidents d'identitovigilance (vigilance non réglementée) sont gérés au titre selon leur gravité, mais font l'objet d'une transmission systématique au président de la commission d'identitovigilance.
<b>Autres incidents</b>	
Incident grave	Modalités de signalement d'événements majeurs aux autorités Voir mode opératoire 146
Accident d'exposition au sang	Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou produit biologique Voir mode opératoire 145
Accident du travail	Comment déclarer un accident du travail ? Voir mode opératoire 163
Incident de radioprotection (patient ou personnel)	Déclaration à l'ASN cf. Procédure

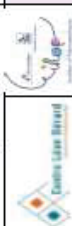


	Référence : GJS/FR/0001	Page/nation : 10/16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>				

**6e-Le suivi – veille des alertes descendantes**

On entend par alertes descendantes les alertes émises par des organismes institutionnels comme l'ANSM ou bien encore par les fabricants ou distributeurs de DM, à destination des établissements ou des professionnels de santé.

Responsable	Tâches	References Documents Equipement
Chaque vigilant : Hémovigilant Pharmacovigilant Infectovigilant Rescovigilant Biovigilant PCR Vigilent suppléant Membre de la Direction Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le responsable ou son remplaçant reçoit et gère l'applicabilité des alertes.</li> <li>Pour plus d'information, voir les modes opératoires détaillés de chaque vigilance, listés page 6.</li> </ul>	Principalement : <ul style="list-style-type: none"> <li>ANSM</li> <li>INRS</li> <li>EFIS</li> <li>INVS</li> <li>Fournisseurs</li> </ul>
Les alertes descendantes peuvent parvenir selon trois voies (qui peuvent être redondantes) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Par fax :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>au PC sécurité <b>04.78.78.51.04</b> (permanence 24h/24h) et/ou au secrétaire de la Direction Générale <b>04.78.78.37.40</b></li> </ul> </li> <li>Par messagerie électronique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>messagerie de chaque vigilant abonné à l'ANSM</li> <li>messagerie générale du CLB</li> </ul> </li> <li>Par courrier qui émane généralement d'un fournisseur (en général recommandé avec AR ou sans AR), adresse :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Au Directeur Général,</li> <li>Et/ou</li> <li>A un vigilant,</li> <li>A un biologiste,</li> <li>Au service achats ou matériel</li> </ul> </li> </ul>		
Le chef d'équipe du pool équipier	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realize tous les 15 jours un test de fonctionnement sur le fax dédié aux alertes sanitaires afin de prévenir tout risque de dysfonctionnement de ce fax.</li> <li>Envoie un document « test »</li> <li>Mis à jour le tableau de relevé de test</li> <li>Conserve les fax envoyés/reçus sur les 6 derniers mois.</li> <li>Signale les dysfonctionnements à la Direction Qualité</li> </ul>	Fax : <b>04.78.78.51.04</b> localisé au local sécurité
A noter que l'on peut également à tout moment retrouver toutes les alertes sur le site de l'ANSM : <a href="http://ansm.sante.fr/">http://ansm.sante.fr/</a>		

Référence : GQR/PR/0001	Page(s) : 11 / 16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
			
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			

**7-Information du patient en cas de dommage lié aux soins**

Une information est due à tout patient en cas de dommage lié à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins (conformément à l'article L. 1145-4 du code de la santé publique et dans le respect du code de déontologie) et selon les modalités définies par la HAS dans le « guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville de Mars 2011 ».

**7.a- Définition, lexique**

Un dommage est défini par « une blessure physique ou atteinte de la santé des personnes, ou atteinte aux biens ou à l'environnement (ISO/CEI 51, 1997) ».

**7.b Cas 1 : le dommage concerne un seul patient**


Rôle du praticien (en lien si possible) avec le référent du patient - identification du dommage

Responsable	Tâches	Références Documents Equipement
<b>Le médecin référent du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe la direction</li> <li>• Assure l'information du patient en lien si possible avec le médecin mediateur et éventuellement un témoin</li> </ul>	
<b>L'information doit :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- porter sur l'origine des causes du dommage, si possible</li> <li>- être donnée en des termes clairs et compréhensibles,</li> <li>- faire la part de ce qui pouvait être prévisible,</li> <li>- être donnée dans les plus brefs délais après la connaissance du dommage, et au plus tard dans les quinze jours suivant sa découverte.</li> </ul>		
<b>Le médecin référent du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigne le docteur médical avec :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- le déroulement des faits,</li> <li>- la nature de l'information donnée</li> <li>- les modalités de sa délivrance</li> </ul> </li> <li>Avant sa validation dans le DPI, le mot doit être relu par le chef de service ou le DMA et le service juridique.</li> <li>Il n'est en aucun cas habilité à engager la responsabilité du CLB.</li> </ul>	

**7.c Cas 2 : le dommage concerne plusieurs patients**

Lorsque plusieurs personnes ont été exposées au même risque, une information rétrospective est nécessaire ; elle peut concerner les patients encore hospitalisés ou ayant quittés l'établissement qui devront être rappelés.

Responsable	Tâches	Références Documents Equipement
<b>Les praticiens concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer, en lien avec la direction et les instances concernées (les modalités d'information, les moyens nécessaires à la mise en œuvre et, le cas échéant, au suivi des patients).</li> </ul>	
<b>Le DMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organise un groupe de travail interne avec les personnes et le responsable du département, implique et si possible la Direction qualité (CF procédure Cellule de crise).</li> </ul>	

Référence : GOR/PR/0001 Page 11 sur 12		Index de révision : 6 Date d'approbation : 20/06/2013	
 <b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			
Responsable	Tâches	Références Documents Equipement	
La cellule de crise / le DMA et le groupe de travail constitué	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initie une enquête pour retrouver l'ensemble des patients soumis au même risque (mesures de traçabilité).</li> <li>• La liste est établie au plus près.</li> <li>• Prévoit une communication sur l'évènement de manière anticipée pour permettre une information concertée en cas de médiatisation.</li> <li>• Etablit un rapport afin d'assurer la traçabilité de la mise en œuvre des actions définies.</li> <li>• Il peut être institué que chaque patient soit revu par son médecin référent.</li> </ul>		
La direction qualité Le médecin référent de chaque patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assure le suivi des actions mises en œuvre.</li> <li>• Missionne pour chaque patient concerné l'information donnée dans le dossier médical.</li> </ul>		

**7.d Dans les 2 cas : suites données**

Responsable	Tâches	Références Documents Equipement
Le médecin référent La Direction Générale / Direction qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoit dès que possible l'analyse du dossier en réunion RMM ou CBEI avec les médecins et les professionnels impliqués dans la prise en charge.</li> <li>• Informe le service juridique pour mise en place du suivi adapté.</li> <li>• Décide avec le service juridique de l'opportunité d'effectuer une déclaration de sinistre et du suivi à mettre en place.</li> </ul>	



Référence : GQR/PR/0001	Page(s) : 13 / 16	Indice de révision : 6	Date d'approbation : 20/06/2013
			
<b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>			

Annexe 1 - Fiche unique de signalement V3 Blue Meuf® ou \*

**FICHE INCIDENT**  
 à retourner à la cellule Quatre

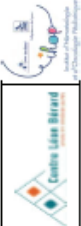

<b>1- PERSONNE DÉCLARANTE</b> Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....		<b>2- PERSONNE CONCERNÉE</b> Patient <input type="checkbox"/> Consultant <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> DUE <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Service : ..... N° de dossier : .....	
<b>3- DATE, HEURE, LIEU DE L'INCIDENT</b> Date : ..... Heure : ..... <input type="checkbox"/> Jour (9h30-19h30) <input type="checkbox"/> Nuit (21h00-09h00)			
<b>4- TYPE D'INCIDENT</b> Sélectionner la case qui décrit le mieux l'incident : <input type="checkbox"/> Ordonne de patient (consolidation, traitement, erreur de diagnostic, ...) <input type="checkbox"/> Médication/Prescription (médicament, type, dosage, durée, ...) <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement/ dommage matériel non médical <input type="checkbox"/> Choc ou arrêt (traumatisme, chute, ...) <input type="checkbox"/> Hygiène/Sécurité infectieuse (SIS, risque de contamination) <input type="checkbox"/> Dérèglement de matériel (matériel médical, ...) <input type="checkbox"/> Déroulement de soins (procédure, ...) <input type="checkbox"/> Organisation du travail et ressources humaines (absence non déclarée, présence des lits, conditions de travail, ...) <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement/dommage matériel non médical Décrivez brièvement les faits :			
<b>5- PRIORITÉ</b> Selon votre évaluation, quel est le niveau d'urgence de cet incident ? <input type="checkbox"/> Extrême <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible		Selon votre évaluation, quel est le niveau de risque de cet incident ? <input type="checkbox"/> Extrême <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible	
Indiquez les conséquences pour le patient, le personnel et l'établissement.			
Suggestions pour éviter que cet incident ne se reproduise :			

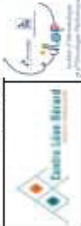
Pour toute demande, vous pouvez vous adresser au responsable de votre service ou à un membre de la Cellule Quatre B-3C (tél : 2484-5167-5168-5169)

	Référence : GQR/PR/0001	Page(s) : 14/16	Indice de révision : 0	Date d'approbation : 20/06/2013
 <b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>				

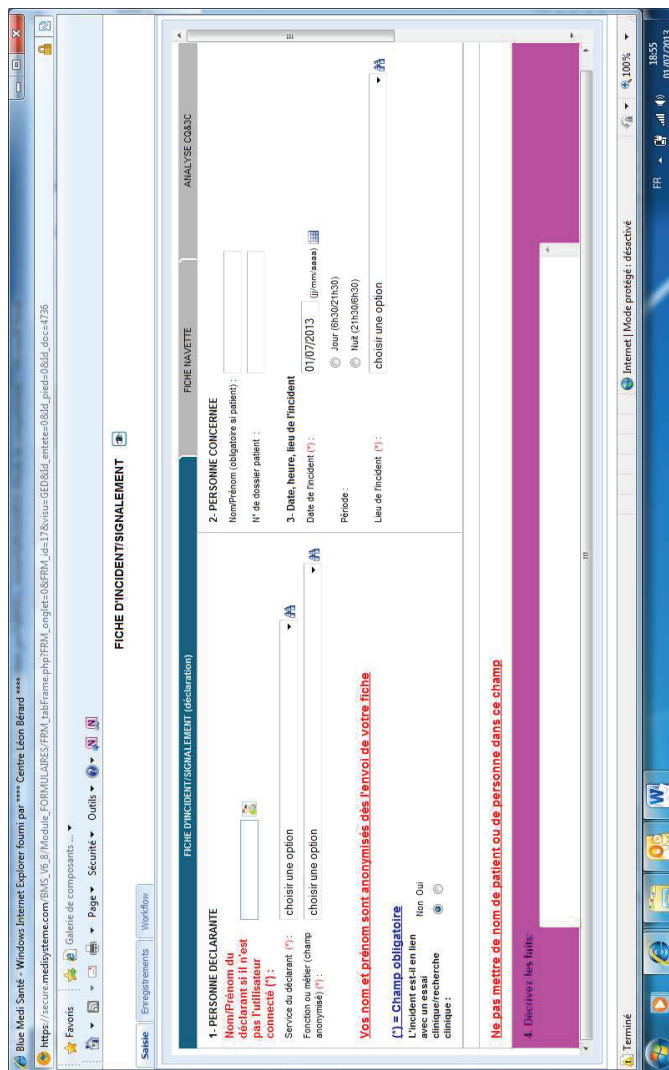
Annexe 3 : Consignes de diffusion des fiches incidents

Secteur concerné par l'incident ou type d'incident	Référénts
Accident du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable médecine du travail</li> <li>Personne chargée de l'évaluation des risques professionnels</li> <li>CHSCT (secrétaire)</li> </ul>
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable de l'accueil-réception</li> <li>Chef d'équipe</li> </ul>
AES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin du travail</li> </ul>
Anatomie et cytologie pathologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin référent des AES</li> <li>Responsable du département</li> </ul>
Anesthésie-Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre biologiste</li> <li>Responsable du département</li> </ul>
Approvisionnement/Achats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable achats</li> </ul>
Biovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biovigilant</li> </ul>
Bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biovigilant suppléant</li> <li>Responsable chirurgie</li> <li>Responsable département anesthésie-réanimation</li> <li>Cadre infirmier du bloc opératoire</li> </ul>
Bouteille d'oxygène ou gaz médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commission des gaz médicaux</li> <li>Pharmacien</li> </ul>
Charlots d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directrice des soins infirmiers</li> </ul>
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre infirmier référent</li> </ul>
Chute de patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable chirurgie</li> <li>Cadre du service</li> </ul>
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin</li> </ul>
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chargé communication</li> </ul>
Coordination des soins (HAD-SAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHSCT (secrétaire)</li> <li>Directeur des ressources humaines</li> </ul>
Coopération des soins (HAD-SAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin responsable du département</li> <li>Cadre infirmier</li> </ul>
Dechets	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable des services économiques et logistiques</li> <li>Chef d'équipe logistique</li> </ul>
Département Santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable département</li> </ul>
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmière référente douleur</li> </ul>
Essais thérapeutiques/Essais cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin responsable de la recherche clinique</li> <li>Responsable du BEC</li> </ul>
Entretien des secteurs cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable Bio nettoyage</li> <li>EOHH</li> </ul>
Entretien général	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable Entretien</li> <li>Entreprise sous-traitante</li> </ul>
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chargé de relation prestations laboliers</li> <li>Responsable management environnemental</li> </ul>
Gestion des lits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre infirmier en charge</li> </ul>
Hémodialyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hémodiglant</li> <li>Hémodiglant suppléant</li> </ul>
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin EOHH</li> <li>Cadre en hygiène hospitalière EOHH</li> </ul>
Identovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identovigilant</li> </ul>
Risque infectieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Président du CLIN</li> <li>Médecin référent en infectiologie</li> <li>Médecin EOHH</li> <li>Cadre en hygiène hospitalière</li> </ul>
Incident grade 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directeur général ou son représentant</li> </ul>

Référence : GQR/PR/0001		Page(s) : 15/16		Indice de révision : 6		Date d'approbation : 20/06/2013	
  <b>SIGNALEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>							
Secteur concerné par l'incident ou type d'incident	Référénts						
Informatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef de département impliqué</li> <li>• Directeur du système d'information hospitalière</li> <li>• Responsable de l'unité informatique</li> <li>• Chef de projets informatiques</li> <li>• Responsable DSI</li> </ul>						
Maintenance DPI							
Information médicale							
Kinésithérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable kinésithérapeute</li> </ul>						
Laboratoire de bactériologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin correspondant CLB</li> <li>• Responsable laboratoire</li> <li>• Référence qualité</li> </ul>						
Linge hôtelier et professionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Société sous-traitante</li> <li>• Responsables des services économiques et logistiques</li> </ul>						
Maintenance 1 <sup>er</sup> niveau matériel unités de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef d'équipe magasin</li> <li>• Responsable des services économiques et logistiques</li> </ul>						
Maintenance équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable maintenance</li> </ul>						
Maternovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable des services économiques et logistiques</li> <li>• Maternovigilant</li> <li>• Maternovigilant suppléant</li> </ul>						
Médical (problème)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N+1 pour action</li> <li>• Responsable de département pour information</li> </ul>						
Médecine nucléaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable département</li> </ul>						
Nutrition (CLAN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Président du CLAN</li> </ul>						
Pédiatrie /IHOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directrice</li> </ul>						
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur IHOP</li> <li>• Responsable département</li> <li>• Cadres infirmiers</li> <li>• Responsable département</li> <li>• Responsable chimio</li> <li>• Responsable pharmacien recherche clinique</li> <li>• Radiopharmacien</li> </ul>						
Pharmaco-vigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacovigilant</li> <li>• Pharmacien</li> </ul>						
Pool equipier transport de patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable du Pool</li> <li>• Responsable des services économiques et logistiques</li> </ul>						
Pool logistique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable du magasin</li> <li>• Responsable des services économiques et logistiques</li> </ul>						
Prescriptions informatisées et SRI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service informatique</li> <li>• Référent médecin CristalNet</li> <li>• Référent IBE CristalNet</li> </ul>						
Problème relationnel patient /personnel patient /US	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CRU</li> <li>• Médecin psychiatre (DISPRO)</li> </ul>						
Problème relationnel personnel /personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur des soins infirmiers</li> <li>• Médiateur médecin</li> <li>• Directeur des Ressources Humaines</li> </ul>						
Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable département</li> </ul>						
Radio-protection : secteur médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne compétente en radioprotection secteur médical (principale)</li> <li>• Personne compétente en radioprotection secteur médical (suppléants)</li> </ul>						
Radio-protection : laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne compétente en radioprotection laboratoires (principale)</li> <li>• Personne compétente en radioprotection laboratoires (suppléant)</li> </ul>						
Radio-protection : patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référent radiologie</li> <li>• Référent médecine nucléaire</li> <li>• Référent radiothérapie</li> </ul>						

Référence : GQR/PR/0001		Page(s) : 16/16		Indice de révision : 6		Date d'approbation : 20/06/2013	
		<b>SIGNALLEMENT ET GESTION DES RISQUES</b>					
Secteur concerné par l'incident ou type d'incident		Référents					
Radiothérapie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référent curiothérapie</li> <li>• Responsable département radiothérapie</li> <li>• Surveillant radiothérapie</li> <li>• Responsable GREY</li> </ul>					
Radiosurveillance		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable</li> </ul>					
Recherche en biologie fondamentale		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur du centre de recherche</li> <li>• Secrétaire générale de la recherche</li> </ul>					
Recherche clinique et appliquée		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur du pôle des sciences cliniques</li> <li>• BEC</li> </ul>					
Restauration (usine & distribution)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable restauration entreprise sous traitance</li> <li>• Commission restauration</li> <li>• Charge de relation prestations hôtelières</li> </ul>					
Secrétariat		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des relations humaines</li> <li>• Coordinatrice radiothérapie</li> <li>• Coordinatrice médecine</li> <li>• Coordinatrice imagerie médecine nucléaire- radiologie</li> <li>• Coordinatrice anapath/Chirurgie</li> <li>• Coordinatrice IRGP</li> </ul>					
Sécurité, intrusion		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur général adjoint</li> <li>• Coordonnateur sécurité</li> </ul>					
Soins infirmiers et paramédicaux		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directrice des soins infirmiers</li> </ul>					
Soins infirmiers et paramédicaux		<ul style="list-style-type: none"> <li>• N-1 du service concerné</li> </ul>					
Maintenance		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable services techniques</li> </ul>					
Travaux neufs		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable travaux neufs</li> </ul>					
Vol dans les unités de soins		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur général adjoint en charge des affaires administratives</li> <li>• Coordonnateur sécurité</li> </ul>					
Vol		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur général adjoint en charge des affaires administratives</li> <li>• Coordonnateur sécurité</li> </ul>					

Feuille d'incident informatisée.





PAGE 120/120

JUILLET 2010

GRILLE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

## **FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS EN VUE DE L'ÉVALUATION DU PROTOCOLE DE COOPERATION TOUTS LES 12 MOIS**

### **Rappel :**

Cf - Avis N° 2013.0050AC/SEVAM du 5 juin 2013 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération n°032 « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE » est favorable à l'autorisation du protocole de coopération sous réserve que :

- **la mise en œuvre du protocole soit limitée à un établissement posant au moins 1000 voies veineuses centrales/an dont au moins 5 par professionnel et par semaine et 20% par les médecins délégués.**

## FICHE N°1

## TYPE D'INDICATEUR : ACTIVITE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux d'adhésion des patients à leur prise en charge par les IDE dans le cadre du protocole de coopération suite à l'information donnée sur les modalités de cette prise en charge.
<b>Objectif à atteindre</b>	95%
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients acceptant la pose par le délégué
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients proposé à la vacation infirmière
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Evaluer l'acceptabilité des patients de leur prise en charge par les IDE dans le cadre du protocole de coopération. 1 seul refus sur une patiente connaissant l'opérateur délégué début 2010

## FICHE N°2

## TYPE D'INDICATEUR : ACTIVITE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Part de l'activité liée au protocole de coopération = Nombre d'actes de VVC posée par le(s) délégué(s)
<b>Objectif à atteindre</b>	70%
<b>Numérateur</b>	Nombre de VVC posées par le(s) délégué(s)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées par le(s) délégué(s) et délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Exemple : Périodicité mensuelle et cumulée VVC posées : 1200/an en 2011 Nombre d'externalisations évitées 400 en 2011 Il en reste encore 400

## FICHE N°3

## TYPE D'INDICATEUR : ACTIVITE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Nombre de patients pris en charge externalisée pour pose de VVC
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients pris en charge externalisée pour pose de VVC
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de VVC posées pour les patients hospitalisés au sein de l'établissement (externalisées + posées au sein de l'établissement)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	> 10%
<b>Remarque(s)</b>	Dimensionnement de l'équipe dédiée à l'activité

## FICHE N°4

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux d'appel
<b>Objectif à atteindre</b>	
<b>Numérateur</b>	Nombre d'appel du délégant(s) par le(s) délégué(s)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de poses de VVC initiées par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Evaluer l'efficacité de l'application de la coopération. Analyse dans le cadre du groupe d'analyse des pratiques

## FICHE N°5

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux d'appels non pertinents
<b>Objectif à atteindre</b>	
<b>Numérateur</b>	Nombre d'appels non pertinents du délégué(s) par le délégué(s) = plainte du délégué
<b>Dénominateur</b>	Nombre total d'appels par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Optimiser le protocole utilisé pour chaque type d'actes. Analyse dans le cadre du groupe d'analyse des pratiques (0 à ce jour)

## FICHE N°6

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux d'appel par le(s) délégué(s)
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0%
<b>Numérateur</b>	Nombre de poses de VVC réalisées en totalité ou partiellement par le(s) délégué(s) après intervention du(es) délégué(s)
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de poses de WC réalisées par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	> 10%
<b>Remarque(s)</b>	Exemple : 3.5% en 2011. Evaluer l'efficacité du protocole de coopération dans l'optimisation des ressources médicales en tenant compte de situations complexes (particularité des pathologies, complexité des votes d'abord... ). Peut être mesuré par délégué



## FICHE N°7

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Nombre de patients ayant bénéficié de pose de VVC, avec complication aigue à type de pneumothorax + nombre de ponction artérielle + nombre d'hématome + nombre de perforation péricardique
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients avec VVC posé ayant connu un accident aigu : pneumothorax + nombre de ponction artériel + nombre d'hématome + nombre de perforation péricardique
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	1%
<b>Remarque(s)</b>	Indicateur mesuré et comparé pour les délégués et médecins anesthésistes

## FICHE N°8

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Nombre de patients ayant bénéficié de pose de VVC, avec complication infectieuse à type de tunellite, suppuration au point de ponction, bactériémie sur KT
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients avec VVC ayant connu un épisode infectieux : tunellite, suppuration au point de ponction, bactériémie sur KT
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	5%
<b>Remarque(s)</b>	Indicateur mesuré et comparé pour les délégués et médecins anesthésistes

## FICHE N°9

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Nombre de patients ayant bénéficié de pose de VVC, avec complication thrombotique
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients avec VVC, ayant connu une complication thrombotique
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	5%
<b>Remarque(s)</b>	Indicateur mesuré et comparé pour les délégués et médecins anesthésistes

## FICHE N°10

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération ayant permis d'améliorer les pratiques
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0
<b>Numérateur</b>	Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération
<b>Dénominateur</b>	Nombre d'événements indésirables déclarés dans le cadre de l'application du protocole
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Exemple : 0 en 2010 0 en 2011 0 en 2012

## FICHE N°11

## TYPE D'INDICATEUR : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Nombre de patients ayant une pose de VVC avec EVA > 40
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 0
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients ayant une EVA > 40
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées par le(s) délégué(s)
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	>5%
<b>Remarque(s)</b>	Indicateur mesuré et comparé pour les délégués et médecins anesthésistes

**FICHE N°12**  
**TYPE D'INDICATEUR : IMPACT ORGANISATIONNEL**

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Délai médian d'obtention d'un rendez-vous pour une pose de VVC
<b>Objectif à atteindre</b>	
<b>Numérateur</b>	Délai médian de rendez-vous des patients selon leur statut (hospitalisé ou externe)
<b>Dénominateur</b>	
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Améliorer l'accès aux soins des patients en terme de délais de rendez vous. Inchangé mais augmentation d'activité en pose programmée. Prise en charge des urgences non programmées médiane du temps entre la décision de prise en charge et la date de rendez-vous avec le délégué.

**FICHE N°13**  
**TYPE D'INDICATEUR : IMPACT ORGANISATIONNEL**

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Délais d'intervention entre l'appel du délégant (en cas de doute ...) et son intervention effective
<b>Objectif à atteindre</b>	Sécuriser la prise en charge des patients
<b>Numérateur</b>	Délai médian de rendez-vous des patients selon leur statut (hospitalisé ou externe)
<b>Dénominateur</b>	
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	<5 mn
<b>Remarque(s)</b>	Améliorer l'accès aux soins des patients en terme de délais de rendez vous. Inchangé mais augmentation d'activité en pose programmée. Prise en charge des urgences non programmées médiane du temps entre la décision de prise en charge et la date de rendez-vous avec le délégué.

**FICHE N°14****TYPE D'INDICATEUR : IMPACT ORGANISATIONNEL**

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux d'adhésion des patients au protocole de coopération
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 100%
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients ayant donné leur accord pour bénéficier du protocole
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients éligibles et informés
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	>95%
<b>Remarque(s)</b>	



## FICHE N°15

## TYPE D'INDICATEUR : SATISFACTION

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux de satisfaction selon 4 dimensions (implication, organisation, activité, formation, relation délégué/délégant) pour le(s) délégué(s)
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 100%
<b>Numérateur</b>	Nombre d'IDE ayant satisfait à la formation
<b>Dénominateur</b>	
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	
<b>Remarque(s)</b>	Après validation des acquis théoriques et pratiques (cf grille d'acquisition des compétences). Suivi individuel d'activité de poses de VVC garant de l'entraînement de chaque délégué réalisé en routine

## FICHE N°16

## TYPE D'INDICATEUR : SATISFACTION

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux de satisfaction selon 4 dimensions (implication, organisation, activité, formation, relation délégué/délégant) pour le(s) médecin(s) prescripteur(s)
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 100%
<b>Numérateur</b>	Fiche d'événement indésirable imputé par l'instance qualité de l'établissement VVC
<b>Dénominateur</b>	Fiche d'événement indésirable réalisé
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	<1%
<b>Remarque(s)</b>	

## FICHE N°17

## TYPE D'INDICATEUR : SATISFACTION

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux de satisfaction selon 4 dimensions (implication, organisation, activité, formation, relation délégué/délégant) pour le(s) délégant(s)
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 100%
<b>Numérateur</b>	Plainte d'un délégant vers un délégué sur un acte donné
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	<1%
<b>Remarque(s)</b>	

**FICHE N°18**  
**TYPE D'INDICATEUR : SATISFACTION**

<b>Libellé de l'indicateur</b>	Taux de satisfaction des patients ayant accepté de rentrer dans le cadre du protocole de coopération
<b>Objectif à atteindre</b>	Tendre vers 100%
<b>Numérateur</b>	Fiche de plainte de patient (CRU) EVA réalisées
<b>Dénominateur</b>	Nombre de VVC posées/ délégué
<b>Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)</b>	<1%
<b>Remarque(s)</b>	Fiche CRU en lien avec le taux de retour des questionnaires – la moyenne des notes de chaque questionnaire de l'ensemble des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu (enquête par échantillonnage) selon 4 dimensions (contenu et compréhension de l'information donnée avant le recueil du consentement, réalisation de la pose de VVC par l'IDE, avis sur la démarche de coopération et son suivi, avis sur le rôle du médecin déléguant et du délégué).