**Le protocole de coopération comprend deux parties :**

 **- Fiche projet**

 **- Tableau « description du processus de prise en charge du patient »**

|  |
| --- |
| **FICHE PROJET** |
| **ITEMS** | **CONSEILS** | **ELEMENTS DE REPONSE**  |
| **Intitulé du Protocole de coopération (PC)**Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé? | L’intitulé est renseigné après avoir défini précisément le périmètre dérogatoire de la nouvelle prise en charge. | Repérage vasculaire par échographie et ponction écho-guidée d’une fistule artério-veineuse chez un patient hémodialysé réalisé par un infirmier |
| **Profession du délégant**Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégant inscrite à l’article L. 4011-1 du code de la santé publique ? | La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS [**Lien professionnels de santé (légifrance)**](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020897405&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100408) | Médecin néphrologue exerçant en centre d’hémodialyse ou en unité de dialyse médicalisée, formé à l’utilisation de l’échographe dans le cadre de sa spécialisation. |
| **Profession du délégué**Quelle est la profession du ou des délégué(s)  inscrite à l’article L. 4011-1 du code de la santé publique ? | La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS [**Lien professionnels de santé (légifrance)**](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020897405&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100408) | Infirmier diplômé d’état d’un service d’hémodialyse ayant au moins 6 mois d’ancienneté au sein de ce service. |
| **Objectifs** Quels sont les résultats attendus en termes de* qualité de la prise en charge du patient ? (délai de prise en charge, file active, gains pour les patients, objectifs de santé publique…)
* réorganisation de la prise en charge ?
* optimisation de la dépense de santé ?
* quelles sont les informations concernant la prise en charge, au niveau local ?, régional ?, national ? international ?
 | L’intérêt du protocole est précisé pour l’ensemble des parties prenantes : patient, délégué, délégant. Des informations doivent préciser la pertinence du sujet : intérêt médico-économique, intérêt local, régional voire national, données épidémiologiques, données internationales si elles existent | **Objectifs :*** Optimiser la qualité de la prise en charge du patient hémodialysé au moment de la ponction de la fistule artério-veineuse (FAV) tout en préservant l’intégrité de l’abord vasculaire.
* Eviter les poses de cathéters, et ainsi réduire le risque infectieux et limiter les gestes invasifs.
* Faciliter les premières ponctions de FAV (utilisation en systématique de l’écho-guidage pour les 3 premières ponctions)
* Améliorer la prise en charge de la douleur lors de la ponction :
	+ Permettre un repérage pré ponction de la FAV afin de positionner des patchs antalgiques lors des premières ponctions
	+ Permettre un réajustement du positionnement de l’aiguille en cas de nécessité après ponction et ainsi éviter une nouvelle ponction.
* Faciliter les ponctions de FAV difficiles et limiter le risque d’échec de ponction.

**Intérêt pour le médecin** :* Permettre la création de FAV les plus distales possibles (obligatoirement de plus petit calibre et plus difficilement ponctionnables), en prévention des vols vasculaires responsables d’une morbidité importante pour le patient (notamment les patients diabétiques avec artères calcifiées) : type de FAV difficile à ponctionner sans écho-guidage.
* Possibilité d’accueillir en même temps plusieurs patients à ponctionner sous écho-guidage car plusieurs infirmières formées.
* Limitation du nombre de pose de cathéters veineux centraux
* Disponibilité des infirmières auprès des patients
* Libérer du temps médical pour permettre au médecin de se recentrer sur les problèmes strictement médicaux du patient.

**Intérêt pour les infirmières ayant la délégation :*** Autonomie dans la prise en charge du patient tout au long de sa séance de dialyse
* Acquisition de nouvelles compétences
* Limitation du nombre d’échec de ponctions et amélioration de la prise en charge de leurs patients

**Intérêt pour les dépenses de santé** :* Limitation des dépenses liées aux complications possibles de la ponction des FAV chez le patient hémodialysé.

**Remarque :** Il ne s’agit en aucun cas d’un acte diagnostic et/ou thérapeutique. |
| **Actes dérogatoires** Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTEMODELE TYPE1. Pour un examen clinique, s’agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l’interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats…?
2. Pour une consultation de suivi, s’agit-il, par exemple, d’en décider l’opportunité, de détecter et d’interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l’indication d’un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d’adapter un traitement ou de le renouveler ?
3. Pour un acte technique, s’agit-il, par exemple, de poser son indication, de le réaliser, de l’interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?

**L’ensemble des actes/activités réalisé(e)s doit être listé, en mettant en évidence ceux/celles qui sont dérogatoires** | Un acte peut comprendre plusieurs étapes dont certaines ne sont pas dérogatoires. Sa décomposition est importante pour préciser quelle est la dérogation proposée et organiser le protocole. Lien exemples [**PC\_EXEMPLES\_ACTES DEROGATOIRES**](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/exemples_actes_derogatoires.pdf) | **L’acte technique délégué comprend 2 indications :****Repérage de la FAV : *(Annexe IV)**** Qui : Infirmier délégué
* Quand : Se réalise en amont de la première séance d’hémodialyse, lors de la présentation du service et des explications sur les modalités de prise en charge du patient.
* Pourquoi : Permet un repérage et un marquage par l’infirmier de la meilleure zone de ponction sur le trajet de la FAV, afin que le patient puisse poser ultérieurement ses patchs antalgiques au bon endroit et limiter la douleur lors de la première ponction de sa FAV.
* Modalités d’interprétation : L’infirmier visualise sur l’écran les données suivantes :
	+ Trajet de la FAV
	+ Aspect de la FAV
	+ Localisation (dont la profondeur par rapport aux téguments) et diamètre du vaisseau
	+ Visualisation d’éventuelles collatérales et fourches, sources d’échec de ponction.
* Conduite à tenir :
	+ L’infirmier trace dans le dossier patient les données recueillies.
		- Données conformes avec les critères établis par le déléguant (trajet, aspect, profondeur, diamètre) : l’infirmier programme la prochaine séance avec la ponction de la FAV et trace l’ensemble des informations et son interprétation dans le dossier patient
		- Données non conformes : l’infirmier transmet les informations au néphrologue, qui décidera de l’utilisation ou non de l’abord vasculaire, de l’indication éventuelle d’une prescription d’échographie-doppler diagnostique complémentaire (faite par un radiologue), et qui prescrira en regard le matériel de ponction le mieux adapté.
	+ L’infirmier explique au patient le déroulement de la première ponction et marque à l’aide de l’échographe les futures zones de ponction sur lesquelles le patient doit apposer les patchs antalgiques.

**Ponction écho-guidée de la FAV *(Annexes V et VI)**** Qui : Infirmier formé à l’écho-guidage
* Quand : Se réalise au début d’une séance d’hémodialyse :
	+ Lors des 3 premières utilisations de la FAV pour des séances d’hémodialyse
	+ Pour des FAV identifiées comme atypiques (très profondes, sinueuses, fragiles…)
	+ En relai d’un échec de ponction
* Modalités d’interprétation :
	+ L’infirmier visualise sur l’écran les données suivantes :
		- Trajet de la FAV
		- Aspect de la FAV
		- Localisation dont la profondeur par rapport aux téguments
		- Diamètre du vaisseau
	+ Données conformes avec les critères établis par le déléguant : l’infirmer peut réaliser la ponction écho-guidée
	+ Données non conformes avec les critères établis par le déléguant : l’infirmier transmet les informations au néphrologue, qui décidera de l’utilisation ou non de l’abord vasculaire, de l’indication éventuelle d’une prescription d’échographie-doppler diagnostique complémentaire (faite par un radiologue), et qui prescrira en regard le matériel de ponction le mieux adapté
* Conduite à tenir :
	+ L’infirmier explique au patient le déroulement de la ponction.
	+ L’infirmier, au moment de la ponction, visualise sur l’écran l’introduction de son aiguille et son bon positionnement au milieu de la lumière du vaisseau
	+ L’infirmier effectue la ponction écho-guidée dans les règles d’asepsie et de bonnes pratiques selon les protocoles en vigueur.
	+ Mesure la douleur induite avec une échelle de la douleur adaptée (EN, EVA) et l’inscrit dans le dossier du patient
	+ L’infirmier trace dans le dossier du patient toute observation permettant la continuité des soins pour les séances ultérieures
	+ L’infirmier transmet au néphrologue toutes difficultés ou observations utiles pour un diagnostic médical et une adaptation des prescriptions de modalité de dialyse.
 |
| **Lieu de mise en œuvre**Dans quel type de lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en œuvre ? Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ?Quelles sont les caractéristiques de l’équipe ? (nombre minimal, nombre d’actes minimal, type d’organisation) | Le bon déroulement d'un protocole peut dépendre de plusieurs facteurs liés à son lieu de mise en œuvre : * le type de lieu (cabinet médical, service hospitalier,…)
* la configuration des locaux (présence médicale sur place...),
* le matériel disponible nécessaire (trousse d'urgences...) et, le cas échéant, leurs caractéristiques (échographe...). Il convient de les identifier.
* Les caractéristiques concernant les professionnels : nombre minimal, nombre d’actes minimal – organisation (nécessité de présence ou astreinte, lien avec d’autres professionnels,…)
 | **Lieu de mise en œuvre :*** Le protocole de coopération a pour vocation d’être mis en œuvre au sein de structures réalisant des séances d’hémodialyse.
* Les effectifs paramédicaux présents dans les unités répondent aux obligations règlementaires
* Les plages de présence et d’astreintes médicales répondent aux obligations réglementaires
* Le médecin néphrologue peut être joignable à tout moment, ce qui garantit le bon déroulement des actes techniques concernés par ce protocole de coopération.

**Matériel disponible :*** Appareils type échographes mobiles permettent la réalisation de ponctions écho-guidées sur les unités d’hémodialyse.
* Caractéristiques des échographes utilisés :
	+ Mobile et peu encombrant et sur batterie
	+ Sonde avec possibilité de travailler stérilement (porte sonde adapté)
	+ Profondeur de champ de 0 à 5cm
	+ Ecran permettant de visualiser l’axe de ponction
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CONSEILS** | **ELEMENTS DE REPONSE** |
| **Références utilisées**Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ? Il s’agit des :* **Textes réglementaires**
* **Textes de références opérationnelles (recommandations de bonne pratique,…)**
* **Références bibliographiques**
 | Il peut s’agir de références scientifiques (recommandations, avis d’experts..), réglementaires (télémédecine,…), organisationnelles (éducation thérapeutique…)…Une attention particulière doit être portée à l’adaptation de la prise en charge en fonction de l’actualisation de ces références Les textes de références opérationnelles sont fonction du sujet et du profil professionnel (ex :BEH dans le cas des vaccinations, recommandations professionnelles, …)Le délégué doit s’assurer de la prise en compte de références actualisées | Le protocole sera révisé en fonction de l’actualisation des recommandations et des autres références utilisées.**Références professionnelles :*** Recommandations HAS sur la « qualité de prise en charge des patients hémodialysés chroniques » (DIA – 08/09/2015)

**Références scientifiques :*** Présentation congrès AFIDTN 2007 : « Ponction de la FAV écho-guidée : expérience du centre d’hémodialyse de la clinique Bethesda à Strasbourg » (GHSV)
* Etude réalisée à la clinique Bethesda (GHSV) du 01/02 au 31/07/2006 sur l’efficacité de la ponction écho-guidée versus ponction sans échographe.
* « Piquage écho guidé des fistules difficiles pour la séance d’hémodialyse » (présentation SFAV – Montpellier – Juin 2015)
 |
| **Type de patients concernés**Quelle sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre…)Quels sont les critères d’inclusion et d’exclusion ? Qui décide de l’inclusion ? A quel moment ? | Pour un même acte / activité, le choix des critères d’inclusion ou d’exclusion peut avoir un impact sur les risques à prendre en compte et par conséquent, les mesures particulières à envisager pour sécuriser la prise en charge des patients.**Lien exemples [PC\_EXEMPLES\_CRITERES D’INCLUSION](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/exemples_criteres_dinclusion.pdf)** | Le médecin décide de l’inclusion du patient, lors de la consultation médicale, avant la première séance de dialyse ou la première utilisation de la FAV.**Critère d’inclusion :*** Patients majeurs traités par hémodialyse :
	+ Ayant une FAV non ponctionnée à ce jour.
	+ Ayant une FAV identifiée comme atypique par le délégant :
		- FAV très profonde
		- FAV sinueuse
		- FAV fragile avec risque d’hématome
		- FAV avec lumière rétrécie
		- FAV ayant plusieurs collatérales
		- FAV à haut risque de sténose
	+ Ayant eu un échec de ponction la séance d’hémodialyse précédente
* Patients mineurs ou sous protection juridique après accord du représentant légal, du tuteur ou du curateur, traités par hémodialyse sur FAV et répondant aux critères ci-dessus

**Critère d’exclusion :*** Patients dont la FAV ne présente aucune difficulté de ponction
* Patients ayant une contre-indication médicale transitoire à la ponction (abrasions cutanées localisées aux points de ponction, eczéma, infection de FAV, thrombose de FAV)
* Refus du patient
 |
| **Information des patients** Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d’un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge? Comment est donnée l’information au patient ? Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ? Qui recueille le consentement du patient? Comment est-il tracé ? | L’information est centrée sur l’aspect dérogatoire de l’acte(s) ou l’activité(s).L’information donnée au patient doit lui permettre de comprendre les modalités de la nouvelle prise en charge, les alternatives proposées en cas de refus et lui être délivrée de telle sorte qu’il puisse exercer son libre choix.Le document écrit d'information, permet de renforcer l'information orale. En aucun cas, l’information du patient ne peut se résumer par le fait de donner un formulaire écrit. [**Lien fiche Information des patients**](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_information_du_patient.pdf) | **Information du patient : *(Annexe VII)**** Les patients sont informés par le néphrologue des modalités d’utilisation possible de l’échographe par les infirmiers dans le cadre de la ponction de leur FAV.
* S’agissant de patients chroniques dialysant plusieurs fois par semaine sur du long terme, ils peuvent à tout moment refuser cette modalité de prise en charge.

**Solution alternative en cas de refus du patient :*** Ponction sans échographe par l’infirmier ou orientation pour une ponction par le médecin.

**Si échec de ponction :** * Repiquage par l’infirmier ou le néphrologue
* Pose de cathéter veineux central par le médecin
* Séance d’hémodialyse différée si l’état médical du patient le permet, après avis du néphrologue.
 |
| **Formation des professionnels délégués*** Quelles sont les compétences nécessaires pour réaliser l’acte/activité
* Quelles sont les nouvelles compétences à acquérir pour réaliser  l’acte(s) ou l’activité(s) dérogatoire(s) ?

- Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?- Quel est le programme et les modalités de formation théorique * + Qui valide le contenu de la formation ?
	+ Quel volume horaire et type de formation (niveau minimal exigible) ?
	+ Comment sont validées les compétences acquises par le délégué à l’issue de la formation ?

- Quelles sont les modalités de la formation pratique ? (en une séquence, formation graduée…et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d’une séquence à une autre ? )Qui valide la formation et comment ?* Quels sont les pré-requis, notamment en termes d’expérience professionnelle ou de diplômes ?
* Formation continue : Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ? (fréquence, outil, …)
 | Les formations méritent d’être élaborées avec les responsables des formations des professionnels concernés et validées, si possible, par des référents universitaires[**Lien fiche Formation**](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_fiche_formation.pdf)Avant d’adhérer à un protocole, les professionnels délégués doivent participer à une formation spécifique correspondant aux actes ou activités dérogatoires. Par contre, il peut être décidé que les professionnels, pour participer à cette formation et, in fine, adhérer au protocole, doivent avoir une compétence particulière qui se traduit par exemple par une expérience professionnelle ou une formation. Les professionnels prévoient les moyens de garantir le maintien des compétences du délégué une fois qu’il a adhéré :* analyse de pratiques
* suivi d’indicateurs et des alertes
* formation continue

**Il est demandé d’annexer au protocole, les documents relatifs à la formation du délégué : programme, grille d’évaluation des compétences acquises, formation continue** …. | **Compétences à acquérir pour l’utilisation de l’échographe :*** Lecture d’une image échographique d’une FAV
* Geste de ponction d’une FAV sous écho-guidage

**Objectifs pédagogiques :**Programme de formation théorique et pratique :* Une formation spécifique est suivie par les infirmiers concernés, réalisée par un médecin.
* Un programme est défini ***(Annexe II),***

Modalités de formation pratique :* Les infirmiers concernés par la délégation sont formés par le néphrologue délégant.
* Pour les promoteurs ou si l’établissement adhérent au protocole le permet : l’équipe médicale délègue la formation théorique et pratique à un infirmier expert justifiant d’une expérience de la ponction écho-guidée de + de 5 ans. Cet infirmier aura été formé par le néphrologue délégant et est évalué tous les 2 ans par celui-ci.
* Le programme de formation compte 1h d’apport théorique et au moins 3h d’apport pratique au lit des patients. ***(Annexe II)***

Validation de la formation :* Par le formateur (si il y en a un) et/ou le délégant sur présentation de la grille de suivi de formation complétée. ***(Annexe III)***
* L’ensemble des compétences de la grille doivent être acquises pour pouvoir adhérer au protocole de coopération.
* La validation finale fait suite à une observation par le délégant de 10 ponctions écho guidées réalisées et réussies par le délégué.

Prérequis en terme d’expérience professionnelle et diplômes :* Les infirmiers doivent remplir l’ensemble des conditions suivantes :
	+ Infirmier diplômé d’état ayant une expérience professionnelle en hémodialyse depuis au moins 6 mois
	+ Infirmier pouvant justifier d’une excellente dextérité lors des ponctions de FAV sans Echographe : évaluation de la qualité de la ponction sans échographe par le médecin délégant avant toute possibilité de formation à la ponction écho-guidée.
	+ ayant une expérience professionnelle de ponction de FAV > 6 mois
	+ Infirmier volontaire pour obtenir cette formation et souhaitant adhérer à ce protocole de coopération.
* La décision d’inscrire les professionnels à cette formation spécifique est prise par le néphrologue délégant.

Modalités permettant le maintien des compétences acquises :* Utilisation régulière de l’échographe, soit au moins 1 fois par semaine.
* Efficacité de la ponction écho-guidée : taux de reprise sous ponction écho-guidée inférieur à 5% (après 2 ans)
* Formations continues spécifiques aux abords vasculaires réalisée par le délégant ***(Annexe II)*** si baisse de l’efficacité de la ponction écho guidée réalisée par le délégué (taux de reprise inférieur à 5%)
* Maintien des compétences par la pratique régulière (au moins 2 ponctions écho guidées réalisées par mois)
 |
| **Intervention du délégant** - Comment le délégant s’assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ?- Critères d’alerte au délégant : Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégant (ou à un médecin non délégant, en cas d’urgence) ? (lister les critères d’alerte et préciser les modalités d’alerte)- Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d’intervention du délégant - gestion des urgences : Quelles sont les modalités prévues en cas d’urgence : intervention du délégant ou d’un autre médecin en cas d’urgence, protocole- Quelles sont les modalités prévues pour s’assurer du maintien des compétences du délégant / dérogation ?- activité minimum- formation continue, …. | Le mode de supervision de la pratique du délégué par le délégant peut prendre la forme de : - Une astreinte : le délégant doit être présent ou joignable en cas de besoin identifié par le délégué- Une supervision : le délégant est informé à des moments clés du processus- Une validation : le délégant contrôle de manière régulière, l’acte ou l’activité du déléguéLes critères sur la base desquels le délégué fait appel au délégant doivent être précisés. Ces critères peuvent conduire à des interventions différentes en fonction de l’urgence, de la gravité ou des risques de chaque situation clinique identifiée. Dans tous les cas, il convient d’identifier, en lien avec l’analyse des risques, les situations qui nécessitent une intervention en urgence ou systématique du délégant ou d’un autre médecin, en cas d’urgence. Ces critères peuvent être définis sous la forme d’arbres décisionnels, qui seront annexés au protocole.Le maintien des compétences du délégant est fonction de la technicité et des risques liés à la dérogation | **Intervention du néphrologue :*** Lors de la consultation médicale, avant la première séance de dialyse ou la première utilisation de la FAV, le médecin propose au patient que le repérage de la FAV et sa ponction soient réalisés par un infirmier délégué et fait signer le consentement.
* Supervision de l’acte délégué par le néphrologue :
	+ Un néphrologue est joignable à tout moment sur la totalité de la séance selon le dispositif d’astreinte en vigueur dans l’établissement.
	+ Le néphrologue délégant est informé des difficultés rencontrées dans le cadre de la réalisation du geste par l’infirmier et détermine la conduite à tenir pour la séance en cours et/ou pour les séances ultérieures.
* Suivi d’indicateurs dans le cadre de réunions pluridisciplinaires trimestrielles.
* L’infirmier appelle le néphrologue sans délai dans les situations suivantes :
	+ - Difficultés à réaliser l'échographie (non fonctionnement de l’appareil, panne, sonde pas adaptée, matériel défectueux…
		- Observation à l’échographe d’une image de la FAV inhabituelle (absence de visualisation du réseau veineux ou artériel, image atypique ou difficile à analyser, agitation…),
		- Refus du patient
		- Absence de personnel formé à la ponction écho-guidée
		- 2 échecs successifs de la ponction écho-guidée.
* Modalités permettant la continuité des soins en cas d’absence des professionnels concernés :
	+ Tous les médecins néphrologues sont formés à la ponction écho-guidée et sont dans la capacité de relayer l’infirmier si besoin.
 |
| **Système d’information*** Quelles sont les informations partagées pour organiser la prise en charge du patient ?
* Quels sont les professionnels ayant accès aux informations ? quelles sont leurs actions (accès , renseignement d’informations, validation, …)
* Quelle est l’organisation permettant le partage de ces informations ? (Type de matériel, d’organisation…)
* Médecin traitant :
	+ Est-il informé ? Si oui, comment ?
	+ Est-il impliqué dans la dérogation ? si oui, Comment
 |  | L’intégralité des informations permettant le suivi de la prise en charge du patient figure dans le dossier médical informatisé.Les informations patients sont gérées par un logiciel informatique spécifique dialyse qui permet le lien entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. On y retrouve notamment :* Les transmissions médicales
* Les prescriptions médicales
* Les transmissions infirmières
* L’historique des séances de dialyse avec les incidents éventuels pendant celle-ci ou à la ponction de la FAV.

Les accès à ces informations partagées (médecin, infirmier) sont sécurisés, via un code utilisateur avec mot de passe personnalisé. Chaque infirmier délégué a accès, sur la durée de son poste, à un ordinateur disposant d’un accès à ce logiciel. |
| **Suivi du protocole**Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes - Quels sont les critères (congé de maternité …) ou résultats d’indicateurs à partir desquels l’arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ? | **Lien fiche Indicateurs** [**PC\_INDICATEURS\_CONSTRUCTION**](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/indicateurs_construction.pdf) **et PC\_INDICATEUR\_GENERIQUES** Un certain nombre d’indicateurs sont génériques et adaptés à la démarche. La HAS préconise d’utiliser les indicateurs génériques proposés D’autres indicateurs peuvent être élaborés si besoin en complément.  | Des questionnaires sont mis en place pour évaluer la qualité de l’acte et la satisfaction des personnes impliquées dans le protocole :* Le délégant ***(Annexe VIII)***
* Le délégué ***(Annexe IX)***
* Le patient ***(Annexe X)***

9 indicateurs annuels ont été sélectionnés pour suivre la qualité de mise en œuvre de ce protocole ***(Annexe XI).***Des seuils d’alerte ont été fixés, au-delà desquels la mise en œuvre du protocole sera réévaluée ***(Annexe XI)*** |
| **Retour d’expérience*****Les évènements indésirables*** - Quels sont les évènements indésirables qui font l’objet d’un recueil systématique et d’une analyse ? (liste)- Comment sont recueillis et analysés les EIG ?- Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des évènements indésirables ? - Comment cette analyse est-elle réalisée ? - Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ?***La qualité des soins*** - Quelles sont les modalités permettant d’améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants…) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ?Analyse des pratiques et retour d’expérience : Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants…)? | [**Lien Procédure de gestion des évènements indésirables**](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_doc_aide_professionnels_de_sante.pdf)Les professionnels prévoient d’analyser leurs pratiques vis à vis de la nouvelle prise en charge | L’équipe pluridisciplinaire de retour d’expérience se réunit au moins 1 fois tous les 2 mois. Elle réunit les intervenants suivants :* Au minimum 1 néphrologue délégant
* 1 médecin de radiologie vasculaire interventionnelle sur invitation
* 1 chirurgien vasculaire sur invitation
* 1 cadre du service
* Des infirmiers formés à la ponction écho-guidée

Cette réunion pluridisciplinaire a pour missions de :* Déterminer les patients à risque d’échec de ponction FAV
* Réaliser un suivi des abords vasculaires des patients et de la douleur évaluée
* Analyser les évènements indésirables ou les complications en lien avec les abords vasculaires des patients :
* Infection locale
* Hématome,
* Douleur,
* Mauvaise ponction,
* Lésion d’un nerf.

En lien avec : Mauvaise utilisation de l’appareil par le délégué, Insuffisance de compétence du délégué pour interpréter les images, Morphologie de la fistule artério-veineuse, * Décider, selon les avis des médecins experts présents, des démarches d’amélioration, des examens complémentaires ou des actes chirurgicaux à réaliser en lien avec l’abord vasculaire
* Valider la demande d’adhésion au protocole d’infirmiers remplissant les conditions d’inclusion.
* Suivre l’évolution des compétences des infirmiers délégués formés à la ponction écho-guidée. Pour se faire, suivi des indicateurs et réalisation au moins 2x/an de réunions d'analyse de compétences et de pratiques par le néphrologue délégant.
 |
| **Traçabilité et archivage** - Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures,,,) - Comment sont-ils archivés ? |  | Les protocoles et procédures sont inclus dans la gestion documentaire informatisée de l’établissement si celui-ci en est doté et sont accessibles à l’ensemble des professionnels concernés.La cellule qualité assure la mise à jour et l’archivage des protocoles informatisés.La traçabilité de l’acte par le(s) délégué(e)s figure dans le dossier patient informatisé. |
| **Processus de prise en charge**Complétez **le tableau « description du processus de prise en charge du patient »** du **modèle type** de protocole de coopération. Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge | Il s’agit de lister les étapes de la prise en charge incluant les actes dérogatoires. Ces étapes seront détaillées dans le **tableau « description de la prise en charge du patient »** du **modèle type** afin d’identifier à chaque étape de prise en charge les risques possibles pour le patient. Après avoir renseigné le tableau vous pourrez compléter la **fiche projet du modèle type -** [en vous aidant du Document d’aide à la gestion des risques](file://JERSEY/Themes/17_COOP/DOCUMENTS_PROCEDURE/MODELES_DOCS_JANVIER_2015/Local%20Settings/Temp/RELECTURES/2012-01-06_NV_MODELE_avis_juridique/10_annexe48guide%20GdR-PC-0312.pdf) dans les protocoles de coopération | **Le tableau « description du processus de prise en charge du patient » et la fiche projet** du modèle type de protocole de coopération sont renseignés Le processus est décrit à chaque étape de la prise en charge en lien avec les risques encourus par le patient ***(Tableau de description du processus de prise en charge du patient ci-joint)***Les protocoles en lien avec ce processus de prise en charge sont joints à ce dossier ***(Annexe IV, V et VI)*** |

|  |
| --- |
| **Tableau « description du processus de prise en charge du patient »**  |
| **1) Étapes de la prise en charge** | **2) Identification des risques** | **3) Causes associées**  | **4) Solutions à mettre en place** |
| **Décrivez précisément les étapes de la prise en charge concernées par le protocole de coopération** ***(Qui fait quoi, où, quand et comment ?)*** ***Intégrer les interfaces avec la prise en charge amont (ex : prise de rendez-vous par une secrétaire… orientation du patient par un médecin) et aval (ex : transmission des informations au médecin traitant …)******Dans tous les cas, expliciter les critères sur lesquels le délégant fonde ses décisions et joindre, le cas échéant, les protocoles thérapeutiques ou les arbres dé décision.*** | **Quels sont les risques qui peuvent survenir à chacune de ces étapes ?****Quelles peuvent en être les conséquences pour le patient (évènements indésirables) ?** | **Quelles sont les causes de ces risques ?** ***Différentes causes méritent d’être recherchées systématiquement :******-patient*** ***-tâches******-professionnels******-équipe******-environnement******-matériel, équipement******-management******-institutionnel*** | **Quelles solutions prévoyez-vous pour prévenir la survenue des risques identifiés et/ou les prendre en charge s’ils surviennent ?*****Certains aspects du protocole nécessitent une attention particulière :*** * ***Les modalités de continuité et de permanence des soins.***
* ***Les critères qui déclenchent l'intervention du délégant***
* ***Les modalités d’intervention du délégant***
* ***Les critères qui permettent d’identifier une situation d’urgence***
* ***La conduite à tenir en cas d'urgence.***
* ***Les évènements indésirables à signaler systématiquement***
* ***Les critères provoquant l'arrêt du PC***
* ***Les solutions alternatives proposées en cas d'exclusion d'un patient du PC***
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Étapes de la prise en charge** | **Identification des risques** | **Causes associées** | **Solutions à mettre en place** |
| 1. **Information du patient :**

Lors de la consultation médicale en préalable de la séance de dialyse : le délégant explique au patient les modalités de prise en charge induites par le protocole de coopération et laisse le choix au patient d’accepter ou de refuser que le repérage de la FAV et la ponction écho-guidée soient réalisés par le délégué.Le consentement du patient est recueilli via le formulaire « information patient et consentement » ***(Annexe VII).*** | Risque de refus du patient | Information insuffisance sur le bénéfice/risque. | Ponction écho-guidée réalisée par le délégant. |
| 1. **Repérage et marquage de la FAV avant la première ponction.**

Avant la première ponction de la FAV, l’infirmier formé à la ponction écho-guidée procède au repérage et au marquage des futures zones de ponction de la FAV selon l’arbre décisionnel (***Annexe IV)***Il explique au patient le déroulement de la première ponction. Il complète le schéma de FAV du patient et trace ses observations dans le dossier informatisé. | L’échographie en tant que tel ne présente pas de risques pour le patient. |  | Présence permanente d’un délégant. |
| 1. **Ponction écho-guidée selon arbre décisionnel** ***(Annexe V)***

Le délégué identifie la nécessité d’utiliser ou non l’échographe pour ponctionner la FAV. Il réalise la ponction écho-guidée selon le protocole en vigueur ***(Annexe VI)***Il mesure la douleur induite par la ponction selon l’échelle numérique simple.Le délégué trace l’acte dans le dossier informatisé. | Difficultés à interpréter les images d’échographie.Echec de ponction.Douleur supérieure à 4/10. | - mauvaise utilisation de l’échographe par le délégué.- manque de compétences du délégué pour l’interprétation des images.- Mauvaise manipulation de l’échographe.- morphologie atypique de la FAV (diamètre, collatérales etc…).- Oubli de mise en place des patchs analgésiques par le patient 1h avant la ponction.- Mauvais positionnement des patchs analgésiques par le patient. | - Possibilité d’intervention du délégant sur appel du délégué en cas de difficultés pour :- réaliser l’échographie,- interpréter les images,- réaliser la ponction.- Rappel au patient sur l’utilisation du patch. |
| 1. **Interface avec le délégant**

Le délégué trace l’ensemble des observations et actes délégués réalisés dans le dossier patient informatisé. Le néphrologue délégant peut accéder à tout moment à ces données et intervenir dans la prise en charge du patient. |  |  |  |

**Nota Bene : Le Document d’aide à la Gestion des risques dans les protocoles de coopération » permet une aide au remplissage du tableau et comporte des exemples.**