

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
Ablation de drains de Redon® pleuraux et médiastinaux par l’infirmier
Région Ile-de-France – GH Pitié-Salpêtrière

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION 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.	Ablation de drains de Redon® pleuraux et médiastinaux par l'infirmier.
Profession du délégrant Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégrant 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)	Chirurgiens de chirurgie thoracique et/ou cardio-vasculaire. Cardiologues.
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)	Infirmiers diplômés d'Etat.
Objectifs Quels sont les résultats attendus en termes de <ul style="list-style-type: none"> - 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, délégrant. Des informations doivent préciser la pertinence du sujet : intérêt médico-économique, intérêt local, régional voire national, données épidémiologiques, données internationales si elles existent	Intérêt pour le patient : Optimisation des délais d'ablation entraînant : <ul style="list-style-type: none"> - une reprise plus précoce de l'autonomie pour le patient (2h après l'ablation du drain de Redon®) sans attendre la disponibilité du chirurgien retenu par les urgences ou au bloc. - une baisse du risque infectieux. - une source de douleur éliminée. - une diminution de la durée moyenne du séjour. Intérêt pour le délégrant : <ul style="list-style-type: none"> - travail dans une relation de confiance. - gain de temps au profit des consultations et interventions chirurgicales.

		<p>Intérêt pour le délégué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonomie dans l'organisation des soins. - développement et valorisation des compétences infirmières.
<p>Actes dérogatoires</p> <p>Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 ? <p>L'ensemble des actes/activités réalisé(e)s doit</p>	<p>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.</p> <p>Lien exemples PC EXEMPLES ACTES DEROGATOIRES</p> <p>Un logigramme est conseillé ; il permet d'éclairer la prise en charge. Il doit intégrer les interfaces en amont et aval de la dérogation</p>	<p>Actes dérogatoires : logigramme annexe I</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation clinique du patient par le délégué : quantité et qualité du liquide recueilli en 24h à J2, température, pouls, pression artérielle, (actes non dérogatoires). - décision de l'ablation du drain de Redon® - prescription de l'ablation du drain de Redon® - ablation du drain de Redon® - prescription de la radiographie pulmonaire de contrôle avec les renseignements cliniques définis : « radiographie du thorax de face post ablation de drain de Redon® thoracique ».

<p>être listé , en mettant en évidence ceux/celles qui sont dérogatoires</p> <p>Page art 51 du Site HAS</p>		
<p>Lieu de mise en œuvre</p> <p>Dans quel type de lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en œuvre ?</p> <p>Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en œuvre ?</p> <p>Quelles sont les caractéristiques de l'équipe ? (nombre minimal, nombre d'actes minimal, type d'organisation)</p>	<p>Le bon déroulement d'un protocole peut dépendre de plusieurs facteurs liés à son lieu de mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>le type de lieu</u> (cabinet médical, service hospitalier,...) - <u>la configuration des locaux</u> (présence médicale sur place...), - <u>le matériel disponible nécessaire</u> (trousse d'urgences...) et, le cas échéant, leurs <u>caractéristiques</u> (échographe...). Il convient de les identifier. - <u>Les caractéristiques concernant les professionnels</u> : nombre minimal, nombre d'actes minimal – organisation (nécessité de présence ou astreinte, lien avec d'autres professionnels,...) 	<p>Caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le délégué (ou un médecin sénior) est présent et peut intervenir à tout moment. - Chariot à pansement, comprenant l'ensemble du matériel stérile de réfection de pansement. - Chariot d'urgence. - Lieu de prise en charge : salle d'hospitalisation ou chambre du patient. - Le nombre de délégué pour l'acte : un.

	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
<p>Références utilisées</p> <p>Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ?</p>	<p>Il peut s'agir de références scientifiques (recommandations, avis d'experts..), réglementaires (télémédecine,...), organisationnelles (éducation thérapeutique...)...Une attention</p>	<p><u>Bibliographie :</u> Berland Y, Bourgueil Y. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? Recommandations HAS en collaboration avec l'ONPDS. Avril 2008. www.has-santé.fr Berland Y, Bourgueil Y. Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante. Guide</p>

<p>Il s'agit des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Textes réglementaires - Textes de références opérationnelles (recommandations de bonne pratique,...) - Références bibliographiques 	<p>particulière doit être portée à l'adaptation de la prise en charge en fonction de l'actualisation de ces références</p> <p>Les textes de références opérationnelles sont fonction du sujet et du profil professionnel (ex :BEH dans le cas des vaccinations, recommandations professionnelles, ...)</p> <p>Le délégué doit s'assurer de la prise en compte de références actualisées</p>	<p>méthodologique HAS. Avril 2008. www.has-santé.fr</p> <p><u>Lois :</u> Loi du 4 Mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art51: coopération entre professionnels de santé Infirmiers: Code de la santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre III, Titre 1er, Chapitre 1er, Section 1, Article R4311-5, Article R. 4311-7 Code de santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre III, Titre 1er, Chapitre II, Section 1, Sous-Section 1, Article R4312-10</p> <p><u>Pansements et plaies :</u> Protocole Plaies et cicatrisation, CHU Pitié Salpêtrière Charles Foix. APHP.2015 Le bon usage des antiseptiques pour la prévention du risque infectieux chez l'adulte. CCLIN Sud-Ouest. 2013</p>
<p>Type de patients concernés</p> <p>Quelle sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...)</p> <p>Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?</p> <p>Qui décide de l'inclusion ? A quel moment ?</p>	<p>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.</p> <p>Lien exemples PC_EXEMPLES CRITERES D'INCLUSION</p>	<p>Critères d'inclusion des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les patients opérés depuis au moins 48 heures (J2) et porteurs d'au moins un drain de Redon® médiastinal et/ou pleural relié à un système de drainage à basse dépression. - personnes adultes de plus de 18 ans ayant signé le consentement (annexe II). - personnes mineures avec le consentement signé du parent (annexe II). - personnes sous tutelle avec le consentement signé par le tuteur (annexe II). <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les patients ayant une médiastinite (porteurs d'un ou plusieurs drains reliés à un système à haute dépression). - patient dont la pression artérielle est supérieure à 160 ou inférieure à 100mm de mercure de systolique.

		<ul style="list-style-type: none"> - patient dont la fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements par minute. - patient dont la température corporelle est supérieure à 37°5 C. - patient dont la quantité de liquide est supérieure à 60CC (ml) par drain dans les 8 dernières heures qui précèdent l'ablation. - personnes majeures de plus de 18 ans ayant refusé de signer le consentement. - Personnes mineures dont le parent n'a pas signé le consentement. - personnes sous tutelle dont le tuteur n'a pas signé le consentement.
<p>Information des patients</p> <p>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?</p> <p>Comment est donnée l'information au patient ? Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)</p> <p>Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ?</p> <p>Qui recueille le consentement du patient?</p> <p>Comment est-il tracé ?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Lien fiche Information des patients</p>	<p>Qui informe le patient en premier lieu et à quel moment ? L'information préalable est donnée par le délégant lors de la consultation pré opératoire ou en post opératoire si une hospitalisation en urgence ne permettait pas d'aborder le sujet.</p> <p>Comment est donnée l'information du patient ? Le consentement écrit (annexe II) est recueilli à ce moment-là par le chirurgien ou le médecin et le document inséré dans le dossier du patient. Lors de l'hospitalisation, le délégué informe le patient qu'il réalisera, dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé, l'ablation du drain de Redon®. Les bénéfices et les risques de cette prise en charge sont présentés.</p> <p>Le choix est laissé au patient d'accepter ou de refuser cette délégation d'acte.</p> <p>Comment le choix est-il tracé ? L'information et le consentement sont notés dans le dossier de soins informatisé.</p>

		<p>Quelles sont les solutions alternatives proposées au patient en cas de refus ? Si le patient refuse, le drain de Redon® sera retiré par un médecin du service.</p>
<p>Formation des professionnels délégués</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les <u>compétences nécessaires</u> pour réaliser l'acte/activité - Quelles sont les <u>nouvelles compétences</u> à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ? - Quels sont les <u>objectifs pédagogiques</u> au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ? - <u>Quel est le programme et les modalités de formation théorique</u> <ul style="list-style-type: none"> o Qui valide le contenu de la formation ? o Quel volume horaire et type de formation (niveau minimal exigible) ? o Comment sont validées les compétences acquises par le délégué à l'issue de la formation ? - Quelles sont les modalités de la <u>formation pratique</u> ? (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 ? 	<p>Les formations méritent d'être élaborées avec les responsables des formations des professionnels concernés et validées, si possible, par des référents universitaires</p> <p><u>Lien fiche Formation</u></p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse de pratiques - suivi d'indicateurs et des alertes - formation continue <p>Il est demandé d'annexer au protocole,</p>	<p>Compétences à acquérir par les délégués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être capable de poser l'indication d'ablation de drain de Redon® après une évaluation clinique. - être capable de prescrire l'ablation du drain de Redon® pleural et/ou médiastinal. - être capable de réaliser l'ablation du drain de Redon® pleural et/ou médiastinal selon les recommandations de bonnes pratiques et le protocole institutionnel. - être capable de prescrire la radiographie pulmonaire de contrôle. <p>Programme de formation : La formation comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un apport théorique (diaporama annexe III) dispensé par un délégué. - une formation à la pratique de l'ablation du drain de Redon® sous forme de démonstration au lit du patient par le délégué. <p><u>Le programme de formation théorique (1h30) :</u> Contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduction : définition et explication du protocole de coopération. - le drainage médiastinal de type Redon® : définition, but et pose. - le drainage thoracique pleural de type Redon® : définition, but et pose. - la surveillance de drain pleural et/ou médiastinal de type Redon®. - la procédure d'ablation de drain pleural et/ou médiastinal de type Redon®. - conclusion : explication du quizz de connaissances

<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les <u>pré-requis</u>, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ? - <u>Formation continue</u> : Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ? (fréquence, outil, ...) 	<p>les documents relatifs à la formation du délégué : programme, grille d'évaluation des compétences acquises, formation continue</p>	<p>et de l'habilitation à réaliser l'ablation.</p> <p><u>Modalités de validation de la formation</u> : Elle est évaluée par le formateur à l'aide du quizz d'évaluation (annexe IV). L'évaluation et la validation des acquis sont réalisés à la fin de la formation. Le quizz d'évaluation (annexe IV) doit comporter 100% de bonnes réponses, sinon la formation doit être reconduite jusqu'à l'obtention des 100%. Les réponses au quizz d'évaluation se trouvent en annexe V.</p> <p><i>Le programme de formation pratique (1h) :</i> <u>Contenu</u> : Réaliser deux ablations de drain pleural et/ou médiastinal de Redon® conformément à la procédure d'ablation expliquée lors de la formation théorique.</p> <p><u>Modalités de validation de la formation</u> : La formation des délégués est dispensée par les délégués et validée à l'aide de la grille d'évaluation de la pratique (annexe VI).</p> <p>Prérequis : 6 mois d'exercice professionnel d'IDE.</p> <p>Des formations continues seront proposées en fonction de l'évolution des pratiques pour le maintien des connaissances.</p>
<p>Intervention du délégué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment le délégué s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ? - <u>Critères d'alerte au délégué</u> : Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégué (ou à un médecin non délégué, en cas d'urgence) ? (lister les critères d'alerte et préciser les modalités d'alerte) 	<p>Le mode de supervision de la pratique du délégué par le délégué peut prendre la forme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une <u>astreinte</u> : le délégué doit être présent ou joignable en cas de besoin identifié par le délégué - Une <u>supervision</u> : le délégué est informé à des moments clés du processus - Une validation : le délégué contrôle de manière régulière, l'acte ou l'activité du 	<p>Modalités d'intervention du délégué ou d'un autre médecin en cas d'urgence :</p> <p><u>Astreinte médicale :</u> Présence dans le service 24h/24 et 7 jours/7 d'un délégué ou d'un autre médecin pouvant intervenir à tout moment, joignable au téléphone. Dans la journée le cardiologue présent dans l'unité, et 24h/24 le chirurgien de garde, selon la liste d'astreinte avec le téléphone, affichée dans le service. Le patient pourra être dirigé si besoin au bloc opératoire qui fonctionne 24h/24, ou dans une des unités de soins intensifs du service.</p>

<p>- Quelles sont, en fonction de ces critères, les <u>modalités d'intervention</u> du délégué</p> <p>- <u>gestion des urgences</u> : Quelles sont les modalités prévues en cas d'urgence : intervention du délégué ou d'un autre médecin en cas d'urgence, protocole</p> <p>- Quelles sont les modalités prévues pour s'assurer du maintien des compétences du délégué / dérogation ?</p> <p>- activité minimum</p> <p>- formation continue,</p>	<p>délégué</p> <p>Les critères sur la base desquels le délégué fait appel au déléguant 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 délégué 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.</p> <p>Le maintien des compétences du délégué est fonction de la technicité et des risques liés à la dérogation</p>	<p>Supervision : Lors de la visite quotidienne systématique, le délégué vérifie que l'ablation a été réalisée et il interprète la radiographie pulmonaire de contrôle.</p> <p>Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégué ?</p> <p>Validation : Avant l'ablation, le délégué demande l'intervention du délégué quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le patient refuse d'entrer dans le protocole de coopération. - la pression artérielle systolique est supérieure à 160 ou inférieure à 100mm de mercure. - la fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements par minute. - la température corporelle est supérieure à 37°5 C. - la quantité de liquide recueilli par drain est supérieure à 60cc dans les 8 dernières heures précédant la prévision d'ablation. <p>Pendant l'ablation, le délégué demande l'intervention du délégué quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le drain résiste à l'ablation. <p>Après l'ablation, le délégué demande l'intervention du délégué quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements par minute. - la pression artérielle systolique est supérieure à 160 ou inférieure à 100 mm de mercure. - la saturation en oxygène est inférieure à 90%. - l'EVA est supérieure à 3/10.
<p>Système d'information</p> <p>- Quelles sont les informations partagées pour organiser la prise en charge du patient ?</p>		<p>Informations partagées pour organiser la prise en charge du patient : Le protocole de soin, le dossier de soins informatisé, les</p>

<ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> o est-il informé? Si oui, comment ? o est-il impliqué dans la dérogation ? si oui, Comment 		visites médicales. Accès au dossier patient aux professionnels autorisés
<p>Suivi du protocole</p> <p>Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ? 	<p>Lien fiche Indicateurs PC_INDICATEURS_CONSTRUCTION et PC_INDICATEUR_GENERIQUES</p> <p>Un certain nombre d'indicateurs sont génériques et adaptés à la démarche. La HAS préconise d'utiliser les indicateurs génériques proposés</p> <p>D'autres indicateurs peuvent être élaborés si besoin en complément.</p>	CF fiche spécifique (annexe VII)
<p>Retour d'expérience</p> <p><i>Les évènements indésirables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les <u>évènements indésirables</u> qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ? 	<p>Lien Procédure de gestion des évènements indésirables</p>	<p>Modalités de recueil et de signalement des évènements indésirables :</p> <p>Les évènements indésirables (EI) sont déclarés dans un logiciel informatisé (Par exemple : Osiris). Les fiches sont remplies par les délégués ou les déléguants.</p>

<p>(liste)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment sont recueillis et analysés les EIG ? - Quelles sont les <u>modalités de recueil</u> et de signalement des évènements indésirables ? - Comment cette <u>analyse</u> est-elle réalisée ? - Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ? <p>La qualité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? <p><u>Analyse des pratiques et retour d'expérience</u> : Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?</p>	<p>Les professionnels prévoient d'analyser leurs pratiques vis à vis de la nouvelle prise en charge</p>	<p>Evènements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse : Tout évènement indésirable en rapport avec l'ablation du drain de Redon® :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumothorax. - Epanchement péricardique. <p>Et</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de radiographie de contrôle après le retrait du drain de Redon®. <p>Réalisation de l'analyse : Les EI sont lus au quotidien par l'encadrement du service, puis analysés lors des réunions de retour d'expériences en équipe. Ils font l'objet de réajustements ou d'évaluations des pratiques professionnelles selon une fréquence programmée.</p> <p>Evaluation de la qualité de la prise en charge : Suivi des indicateurs par l'équipe d'encadrement.</p>
<p>Traçabilité et archivage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures,,,)) - Comment sont-ils archivés ? 		<p>Dossier de soins du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de soin logigramme (annexe I) - Consentement du patient (annexe II) - Autorisation du parent pour les mineurs ou du tuteur pour les patients sous tutelle (annexe II) <p>Dossier du service (procédure) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diaporama de formation (annexe III) - Quizz d'évaluation de la théorie (annexe IV) - Audit des dossiers (annexe VIII) <p>Dossier de gestion des ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponses au quizz d'évaluation de la théorie (annexe V) - Grilles d'évaluation de la pratique (annexe VI)
<p>Processus de prise en charge</p> <p>Complétez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » du modèle type de</p>	<p>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</p>	<p>Le tableau « description du processus de prise en charge du patient » et la fiche projet du modèle type de protocole de coopération sont renseignés</p>

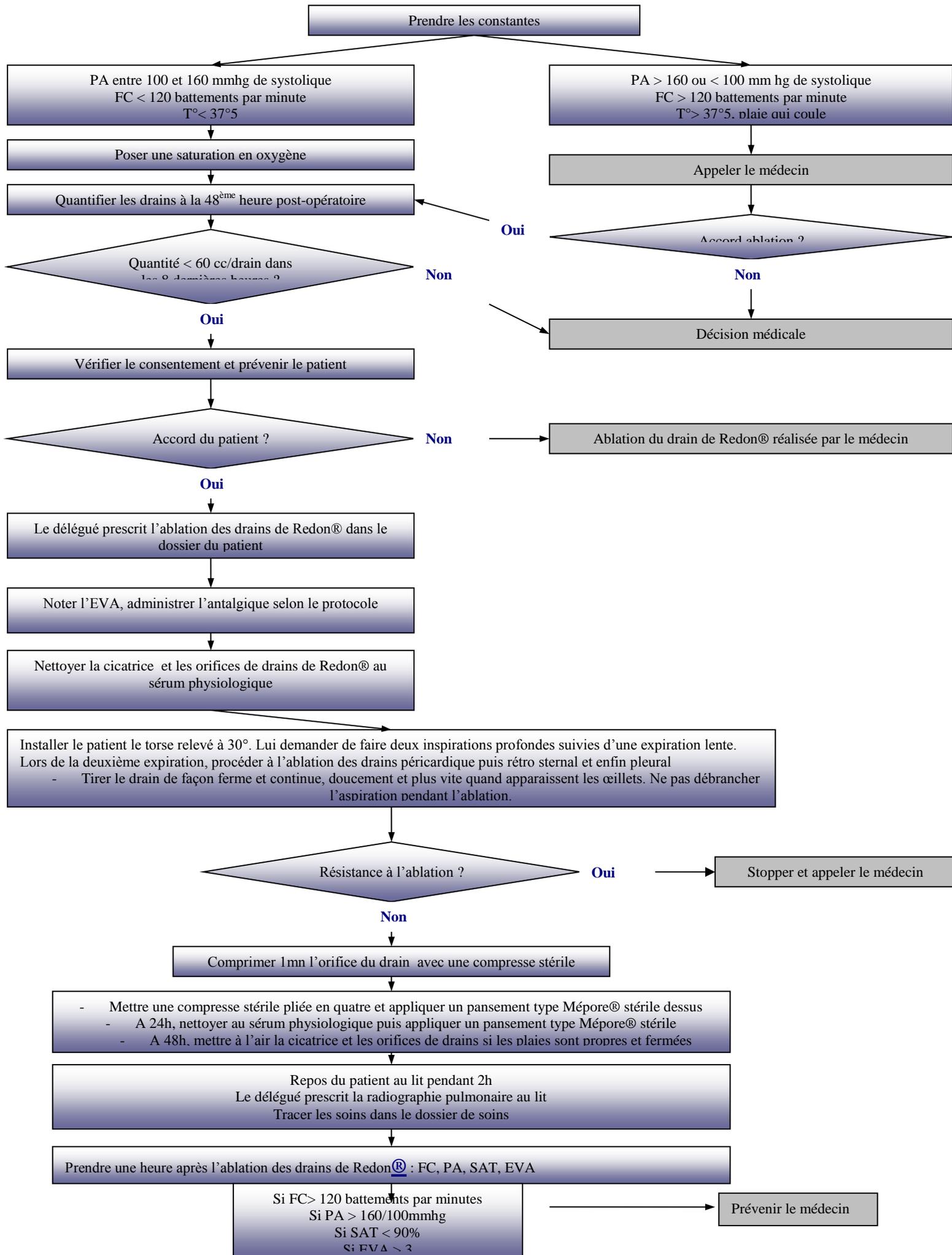
<p>protocole de coopération.</p> <p>Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge</p>	<p>charge du patient » du modèle type afin d'identifier à chaque étape de prise en charge les risques possibles pour le patient.</p> <p>Après avoir renseigné le tableau vous pourrez compléter la fiche projet du modèle type - en vous aidant du Document d'aide à la gestion des risques dans les protocoles de coopération</p>	
--	---	--

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
<p>Décrivez précisément les étapes de la prise en charge concernées par le protocole de coopération</p> <p><i>(Qui fait quoi, où, quand et comment ?)</i></p> <p><i>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 ...)</i></p> <p><i>Dans tous les cas, expliciter les</i></p>	<p>Quels sont les risques qui peuvent survenir à chacune de ces étapes ?</p> <p>Quelles peuvent en être les conséquences pour le patient (événements indésirables) ?</p>	<p>Quelles sont les causes de ces risques ?</p> <p><i>Différentes causes méritent d'être recherchées systématiquement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -patient -tâches -professionnels -équipe -environnement -matériel, équipement -management -institutionnel 	<p>Quelles solutions prévoyez-vous pour prévenir la survenue des risques identifiés et/ou les prendre en charge s'ils surviennent ?</p> <p><i>Certains aspects du protocole nécessitent une attention particulière :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Les modalités de continuité et de permanence des soins.</i> · <i>Les critères qui déclenchent l'intervention du délégant</i> · <i>Les modalités d'intervention du délégant</i> · <i>Les critères qui permettent d'identifier une situation d'urgence</i> · <i>La conduite à tenir en cas d'urgence.</i> · <i>Les évènements indésirables à signaler</i>

<p><i>critères sur lesquels le délégrant fonde ses décisions et joindre, le cas échéant, les protocoles thérapeutiques ou les arbres de décision.</i></p>			<p><i>systematiquement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Les critères provoquant l'arrêt du PC</i> · <i>Les solutions alternatives proposées en cas d'exclusion d'un patient du PC</i>
<p>Ablation des drains de Redon® pleuraux et médiastinaux par le délégué Les étapes sont les suivantes:(logigramme ci-joint annexe I).</p> <p>1- Evaluation clinique par le délégué: . Prise des paramètres vitaux : constantes (température, pouls, pression artérielle). . Quantité de liquide recueilli en 24 heures à J2.</p> <p>2- Décision de l'ablation du drain de Redon®.</p> <p>3-Prescription de l'ablation du drain de Redon.</p> <p>4-Ablation du drain par le délégué.</p> <p>5-Réalisation du pansement.</p> <p>6-Enregistrement de l'acte dans le dossier de soins.</p> <p>7_ Prescription de la radiographie de contrôle.</p>	<p>Les risques peuvent survenir au moment de l'ablation: Pneumothorax Epanchement péricardique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ablation du drain ne tenant pas compte du niveau élevé du liquide recueilli. - Ablation de drain avant les 48 heures préconisées. - Ablation du drain effectuée malgré une résistance du drain de Redon®. - Absence de radiographie de contrôle après le retrait du drain de Redon®. 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un délégrant 7 jours sur 7 et 24heures sur 24. - Complément de formation : formation et validation de la formation des délégués (diaporama de formation en annexe III). - Surveillance clinique : Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, saturation. - Radiographie de contrôle post ablation lue par le délégrant qui réalisera une échographie cardiaque si besoin.

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.

ANNEXE I (1.07.2016)
Protocole d'ablation de drains de Redon® pleuraux et médiastinaux réalisée par le délégué



ANNEXE II

Information aux patients et à leur famille

**Protocole de coopération
Ablation des drains de Redon® pleuraux et médiastinaux**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre prise en charge dans le service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Professeur Leprince en collaboration avec Mme Bernard, cadre supérieur infirmier, s'inscrit dans le cadre d'une coopération entre professionnels de santé – médecins et infirmiers.

L'infirmier sera amené à réaliser en lieu et place du médecin :

- 1) Prescription de l'ablation du drain ou des drains.
- 2) Ablation du ou des drains
- 3) Prescription d'une radiographie de contrôle.

Les protocoles de coopération sont autorisés par le code de la santé publique (Articles L 4011-1, L 4011-2, L 4011-3) qui a prévu leur évaluation et leur autorisation par les Autorités de santé compétentes.

L'Agence Régionale de Santé ainsi que la direction du groupe hospitalier ont donné leur accord pour la mise en place de ce protocole.

Un exemplaire du protocole est consultable à votre demande et peut vous être expliqué.

L'équipe médicale reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Objectifs du protocole :

-Optimisation des délais d'ablation du ou des drains entraînant :

- une reprise plus précoce de l'autonomie pour le patient (2h après l'ablation du drain de Redon®) sans attendre la disponibilité du chirurgien retenu par les urgences ou au bloc.
- une baisse du risque infectieux.
- une source de douleur éliminée.
- une diminution de la durée moyenne du séjour

Les risques liés aux gestes sont les mêmes que lorsque les drains sont retirés par les médecins, c'est-à-dire le pneumothorax, ou l'épanchement péricardique (peu fréquents).

En cas de refus, le drain de Redon® sera retiré par un médecin du service dans la journée.

Je soussigné(e) : _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Ayant la qualité de :

Patient majeur

Représentant légal du patient mineur

Autre personne proche du patient (patient hors d'état d'exprimer sa volonté)

déclare avoir reçu une information claire sur ce protocole, délivrée au cours d'un entretien individuel.

Le présent document sera conservé dans mon (le) dossier médical.

Observations éventuelles du patient :

Nom et qualité de la personne qui a informé le patient au nom de l'équipe :

Fait à : _____, Le: _____ Signature manuscrite de l'intéressé(e)

ANNEXE III

ABLATION DES DRAINS DE REDON® THORACIQUES Pleuraux et médiastinaux

FORMATION DES DELEGUES PROTOCOLE DE COOPERATION

Le protocole de coopération

- Le **Décret IDE n°2002-194 du 11 février 2002** n'autorise pas l'ablation des drains de Redon® pleuraux et médiastinaux.
- L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS.

Le protocole de coopération

- Le Délégrant est un professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.
- Le Délégué est un professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du Délégrant.
- Cette coopération ne prend pas en compte les drains de Redon® posés lors de médiastinites.

La formation

- Le drainage de Redon® Médiastinal (péricardique et rétrosternal).
- Le drainage de Redon® pleural.
- La surveillance des drains de Redon® thoraciques.
- L'ablation des drains de Redon® thoraciques.

Le drainage thoracique Médiastinal (1)

Ce drainage concerne:

- Le drain de Redon® péricardique : C'est un drain inséré à la face inférieure du ventricule droit, parfois le long de l'oreillette droite.
- Le drain de Redon® rétrosternal : C'est un drain inséré sur toute la hauteur du sternum, en particulier la partie haute (manubrium).
- Ces deux drains de Redon® sont reliés en déclive à une poche de recueil à basse pression, de type Unovac®.

Le drainage thoracique Médiastinal (2)

Indications:

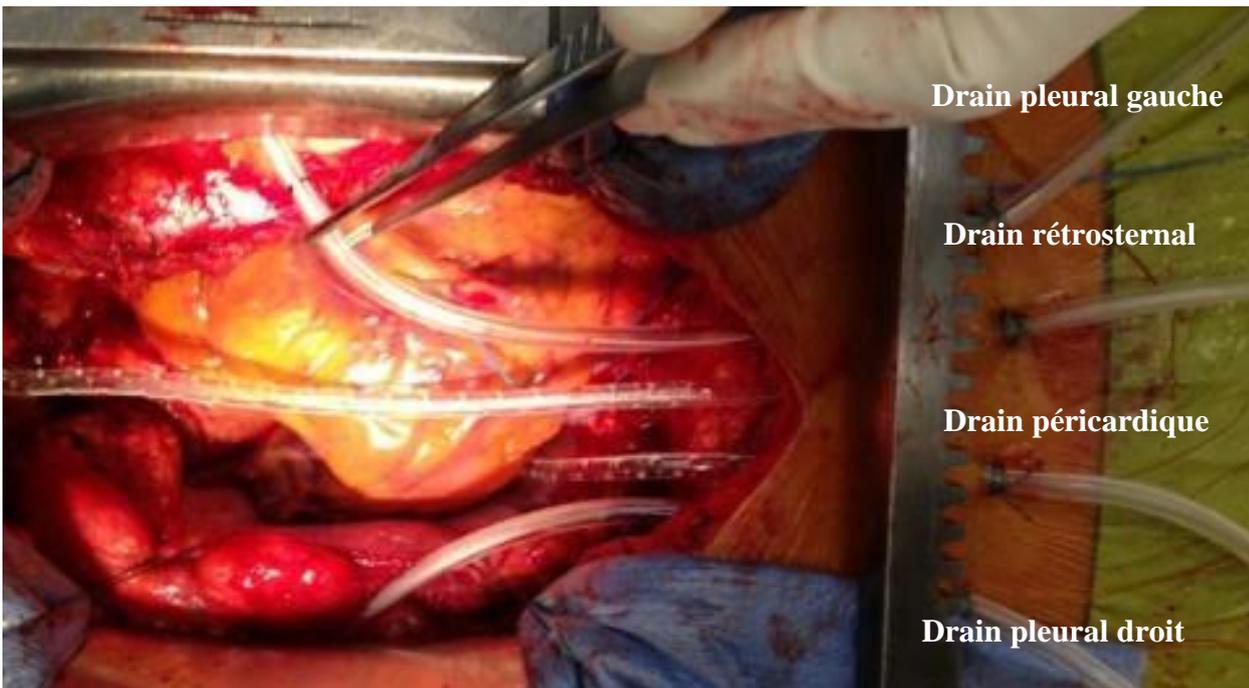
- Le drain de Redon® péricardique permet d'évacuer les épanchements de sang autour du cœur pour éviter toute compression des cavités cardiaques.
- Le drain de Redon® rétro sternal permet d'évacuer les saignements rétro sternaux afin de diminuer le risque de médiastinite.

Le drainage thoracique Médiastinal (3)

Pose du ou des drains :

- En fin d'intervention de chirurgie cardiaque avant la fermeture du sternum.
- Le plus souvent, le drain de Redon® rétro sternal est placé à gauche de l'incision et le drain de Redon® péricardique à droite.
- Les drains sont identifiés par un code couleur.

Le drainage thoracique médiastinal (4)



Le drainage thoracique pleural (1)

- C'est un drain inséré dans le cul de sac pleural en cas d'épanchement essentiellement sanguin.
- Ce drain est relié à une poche de recueil en déclive à basse pression, de type Unovac®.

Indication : Evacuer un épanchement liquidien et de ce fait améliorer la respiration.

Le drainage thoracique pleural (2)

Pose du ou des drains :

- En fin d'intervention de chirurgie cardiaque avant la fermeture sternale.
- Le drain est identifié par un code couleur.

Le drainage thoracique pleural (3)



La surveillance des drains de Redon® thoraciques (1)

- S'assurer du bon fonctionnement du dispositif d'aspiration.
- Quantifier au retour du bloc :
 - Chaque drain toutes les 15min pendant 1 heure, puis:
 - Toutes les 30 min pendant 1 heure.
 - Toutes les heures jusqu'à la 6^{ème} heure.
 - Toutes les 2 heures pendant les 24 premières heures.
- Mettre un repère à chaque quantification.
- Tracer dans le dossier de soins informatisé.
- Prévenir le médecin en cas de :
 - Saignement brutal.
 - Quantité > 60cc/ drain/ h.
 - Perte du vide.

La surveillance des drains de Redon® thoraciques (2)

- A partir de 24h post-opératoire :
 - Quantifier toutes les 2 heures en soins intensifs et toutes les 8 heures en secteur d'hospitalisation.
 - Mettre un repère à chaque quantification.
 - Tracer dans le dossier de soins informatisé.
 - Prévenir le médecin si la quantité est en augmentation.

! Attention, si un drain ne donne rien : prévenir le chirurgien.

La surveillance des drains de Redon® thoraciques (3)

- Positionner le circuit drain-poche de recueil :
 - En déclive.
 - Ligne non coudée.
- Changer les poches de recueil de type Unovac® lorsque la poche est pleine ou déconnectée.

L'ablation des drains de Redon® thoraciques (1)

Quand ?

- Pas avant la 48ème heure postopératoire.
- Le matin, avant 10h, afin de pouvoir réaliser dans les 2 heures suivantes une radiographie de thorax et la faire contrôler par le médecin.
- Après évaluation des saignements des 8 dernières heures.

L'ablation des drains de Redon® thoraciques (2)

Comment?

- Prendre les constantes, et, si toutes les conditions ci-dessous sont réunies, c'est à dire:
 - La pression artérielle entre 100 et 160 mm d'hg.
 - La fréquence cardiaque inférieure à 120 battements par minute.
 - La température inférieure à 37°5.
 - La quantité par drain < 60 cc sur 8h.
 - Le patient a donné son consentement.
- ➔ Le délégué prescrit l'ablation dans le dossier informatisé du patient. Si un ou plusieurs des cinq critères ne sont pas réunis, il prévient le médecin qui ôtera le ou les drains dans la journée.

L'ablation des drains de Redon® thoraciques (3)

- Poser une saturation en O2 qui restera jusqu'à une heure après l'ablation des drains, et noter l'EVA du patient avant le soin avec l'échelle numérique.
- Administrer l'antalgique selon le protocole.
- Nettoyer la cicatrice de sternotomie et les orifices de Redon® au sérum physiologique.
- Installer le patient avec le torse surélevé à 30°.

! Ne pas débrancher l'aspiration pendant l'ablation.

L'ablation des drains de Redon® thoraciques (4)

- Le patient prend deux inspirations profondes suivies d'une expiration lente.
- Pendant la deuxième expiration, sans la bloquer, procéder à l'ablation du drain péricardique
- Procéder à l'identique pour le drain rétro sternal et le drain pleural.
- Tirer le drain de façon ferme et continue, doucement et plus vite quand apparaissent les œillets.
- En cas de résistance lors de l'ablation, interrompre le geste et prévenir le chirurgien.

L'ablation des drains de Redon® thoraciques (5)

- Comprimer l'orifice du Redon® avec une compresse stérile.
- Mettre une compresse stérile pliée en 4, recouverte d'un pansement de type Mépore®.
- A 24h, nettoyer au sérum physiologique puis appliquer un pansement de type Mépore®.
- A 48h, mettre à l'air les orifices des drains si les plaies sont propres et fermées.

Après l'ablation des drains de Redon® thoraciques (6)

- Repos au lit pendant 2 heures
- Le monitoring est continu
- Le délégué:
 - Prescrit la radiographie de thorax : « radiographie de contrôle post-ablation de drains de Redon®

thoraciques ».

- Trace les soins dans le dossier de soins informatisé.
- Contrôlez les constantes du malade 1 heure après l'ablation des drains.

Suite à l'ablation des drains de Redon® thoraciques (7)

- Si les paramètres suivants sont:
 - Fréquence cardiaque supérieure à 120 battements par minute.
 - Pression artérielle > 160 ou < 100 mm d'Hg.
 - Saturation en oxygène < 90 %.
 - EVA > 3.

➤ Prévenir le médecin.

CONCLUSION

- Vous allez désormais tester vos connaissances à l'aide d'un quizz.
- Après avoir validé le test, vous aurez accès à la formation pratique avec un chirurgien dans le but de valider la pratique.
- Vous serez ensuite habilité à réaliser l'ablation des drains de Redon® thoraciques.

ANNEXE IV

**QUIZZ D'EVALUATION DE LA FORMATION THEORIQUE
ABLATION D'UN OU DE DRAINS DE REDON® THORACIQUES
REALISEE PAR LE DELEGUE**

QUESTIONS :

1. Le drain de Redon® Péricardique permet d'évacuer les épanchements de sang autour du cœur pour éviter toute compression des cavités cardiaques (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

2. L'ablation des drains de Redon® thoraciques posés en cas de médiastinite est concernée par le protocole de coopération (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

3. Avant l'ablation des drains de Redon® thoraciques, le délégué réalise (entourez la ou les bonnes réponses) :

- Un relevé de la fréquence cardiaque
- Un ECG
- Un relevé de la tension artérielle
- Un relevé de la température corporelle
- Une quantification des drains de Redon®
- Un relevé de la diurèse
- Une EVA
- Une installation au fauteuil
- Une radiographie pulmonaire

4. Le drain de Redon® rétro sternal permet d'évacuer les saignements rétro sternaux afin de diminuer le risque de médiastinite (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

5. Le drain de Redon® pleural permet d'évacuer un épanchement liquidien et de ce fait d'améliorer la respiration (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

6. L'ablation du ou des drains de Redon® peut se faire à la 24^{ème} heure post opératoire (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

7. En dessous de quelle quantité peut-on réaliser l'ablation d'un drain de Redon® thoracique (entourez la ou les bonnes réponses) :

- 100cc /drain / 8 heures
- 60cc /drain/ 8 heures
- 40cc /drain/ 8 heures

8. Le patient doit être installé pour l'ablation des drains de Redon® (entourez la bonne réponse) :
- Assis à 90°
 - Allongé
 - Debout
 - Allongé torse relevé à 30°
9. Lorsqu'il y a plusieurs drains de Redon®, dans quel ordre le délégué doit-il réaliser l'ablation (entourez la bonne réponse) :
- Le drain pleural, puis le drain retro sternal puis le drain péricardique
 - Le drain pleural, puis le drain péricardique puis le drain retro sternal
 - Le drain péricardique, puis le drain retro sternal puis le drain pleural
10. Au moment de l'ablation du drain de Redon®, le patient doit bloquer sa respiration (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

11. Le patient peut se lever 1 heure après l'ablation des drains de Redon® (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

12. Le délégué prescrit une radiographie de contrôle après l'ablation des drains de Redon® (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

13. L'ablation du drain de Redon® se fait par (entourez la bonne réponse) :

- Une traction douce et continue
- Une traction ferme et continue, plus rapide dès l'apparition des œillets

14. En cas de résistance à l'ablation du drain de Redon® (entourez la bonne réponse) :

- Tirer d'un coup sec
- Prévenir le médecin
- Demander de l'aide à un collègue

15. Le patient doit signer un consentement avant l'ablation du drain de Redon® (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

16. Si le patient refuse de signer le consentement, le délégué réalise tout de même la prescription d'ablation des drains de Redon® thoraciques (entourez la bonne réponse) :

VRAI FAUX

ANNEXE V

**REPONSES DU QUIZZ D'ÉVALUATION DE LA FORMATION THÉORIQUE
ABLATION D'UN OU DE DRAINS DE REDON® THORACIQUES
RÉALISÉE PAR LE DÉLÉGUÉ**

1. Le drain de Redon® Péricardique permet d'évacuer les épanchements de sang autour du cœur pour éviter toute compression des cavités cardiaques (entourez la bonne réponse) :
➔ **Il fallait cocher « VRAI »**
2. L'ablation des drains de Redon® thoraciques posés en cas de médiastinite est concernée par le protocole de coopération (entourez la bonne réponse) :
➔ **Il fallait cocher « FAUX »**
3. Avant l'ablation des drains de Redon® thoraciques, le délégué réalise (entourez la ou les bonnes réponses) :
 - Un relevé de la fréquence cardiaque
 - Un ECG
 - Un relevé de la tension artérielle
 - Un relevé de la température corporelle
 - Une quantification des drains de Redon®
 - Un relevé de la diurèse
 - Une EVA
 - Une installation au fauteuil
 - Une radiographie pulmonaire➔ **Il fallait cocher « Un relevé de la fréquence cardiaque » ET « Un relevé de la tension artérielle » ET « Un relevé de la température » ET « Une quantification des drains de Redon® » ET « Une EVA ».**
4. Le drain de Redon® rétro sternal permet d'évacuer les saignements rétro sternaux afin de diminuer le risque de médiastinite (entourez la bonne réponse) :
➔ **Il fallait cocher « VRAI »**
5. Le drain de Redon® pleural permet d'évacuer un épanchement liquidien et de ce fait d'améliorer la respiration (entourez la bonne réponse) :
➔ **Il fallait cocher « VRAI »**
6. L'ablation du ou des drains de Redon® peut se faire à la 24^{ème} heure post opératoire (entourez la bonne réponse) :
➔ **Il fallait cocher « FAUX »**
7. En dessous de quelle quantité peut-on réaliser l'ablation d'un drain de Redon® thoracique ? (entourez la ou les bonnes réponses) :
 - 100cc /drain / 8 heures
 - 60cc /drain/ 8 heures
 - 40cc /drain/ 8 heures➔ **Il fallait cocher « 60CC/drain/ 8 heures »**
8. Le patient doit être installé pour l'ablation des drains de Redon® (entourez la bonne réponse) :

- Assis à 90°
- Allongé
- Debout
- Allongé le thorax relevé à 30°

➔ **Il fallait cocher « allongé le thorax relevé à 30° »**

9. Lorsqu'il y a plusieurs drains de Redon®, dans quel ordre le délégué doit-il réaliser l'ablation (entourez la bonne réponse) :

- Le drain pleural, puis le drain rétro sternal puis le drain péricardique
- Le drain pleural, puis le drain péricardique puis le drain retro sternal
- Le drain péricardique, puis le drain retro sternal puis le drain pleural

➔ **Il fallait cocher « Le drain péricardique, puis le drain retro sternal puis le drain pleural »**

10. Au moment de l'ablation du drain de Redon®, le patient doit-il bloquer sa respiration ? (entourez la bonne réponse) :

➔ **Il fallait cocher « faux »**

11. Le patient peut se lever 1 heure après l'ablation des drains de Redon® (entourez la bonne réponse) :

➔ **Il fallait cocher « FAUX »**

12. Le délégué prescrit une radiographie de contrôle après l'ablation des drains de Redon® (entourez la bonne réponse) :

➔ **Il fallait cocher « VRAI »**

13. L'ablation du drain de Redon® se fait par (entourez la bonne réponse) :

- a. Une traction douce et continue
- b. Une traction ferme et continue, plus rapide dès l'apparition des œillets

➔ **Il fallait cocher « Une traction ferme et continue, plus rapide dès l'apparition des œillets »**

14. En cas de résistance à l'ablation du drain de Redon® (entourez la bonne réponse) :

- Tirer d'un coup sec
- Prévenir le médecin
- Demander de l'aide à un collègue

➔ **Il fallait cocher « Prévenir le médecin »**

15. Le patient doit signer un consentement avant l'ablation du drain de Redon® (entourez la bonne réponse) :

➔ **Il fallait cocher « VRAI »**

16. Si le patient refuse de signer le consentement, le délégué réalise tout de même la prescription d'ablation des drains de Redon® thoraciques (entourez la bonne réponse) :

➔ **Il fallait cocher « FAUX »**

ANNEXE VI

GRILLE D'EVALUATION DE L'ABLATION D'UN OU PLUSIEURS DRAINS DE REDON® THORACIQUES REALISEE PAR LE DELEGUE

CRITERES		OUI	NON	NA
Le délégué relève les constantes avant l'ablation du drain de Redon®	1			
Le délégué cite les normes des constantes qui permettent l'ablation du drain de Redon® (le questionner)	2			
Le délégué explique la conduite à tenir si les constantes sont hors des normes définies (le questionner)	3			
Le délégué recueille le consentement du patient	4			
Le délégué trace le consentement du patient	5			
Le délégué relève l'EVA	6			
Le délégué prescrit l'ablation du ou des drains de Redon®	7			
Le délégué administre l'antalgique selon le protocole du service	8			
Le délégué installe le patient le torse relevé à 30 °	9			
Le délégué nettoie la cicatrice au sérum physiologique	10			
Le délégué demande au patient de prendre deux inspirations profondes suivies d'une expiration lente, et procède à l'ablation du drain péricardique à la deuxième expiration.	11			
Le délégué respecte l'ordre d'ablation des drains de Redon® (drain péricardique puis retro sternal puis pleural)	12			
Le délégué réalise l'ablation du drain de Redon® lors d'une expiration	13			
Le délégué tire sur le drain de Redon® de façon ferme et continue	14			
Le délégué explique la conduite à tenir s'il y a une résistance à l'ablation du drain de Redon® (le questionner)	15			
Le délégué comprime 1 minute l'orifice du drain de Redon® avec une compresse stérile	16			
Le délégué met ensuite une compresse pliée en quatre et un pansement de type Mèpore® sur l'orifice du drain de Redon®	17			
Le délégué connaît le temps durant lequel le patient doit rester allongé après l'ablation du drain de Redon® (le questionner)	18			
Le délégué prescrit la radiographie thoracique	19			
Le délégué trace le soin dans le dossier de soins	20			
Le délégué connaît la surveillance post-ablation du drain de Redon® (prise des constantes une heure après)	21			

Annexe VII

FICHE INDICATEURS **Ablation de drains de Redon pleuraux et médiastinaux par l'infirmière** **Région Ile-de-France**

Promoteur :

GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix– Dr P. Leprince (Chirurgien), A. Bernard (Css), C. Jouys (cadre de santé)

- Délégrant : Chirurgiens de chirurgie thoracique et/ ou cardio-vasculaire - Cardiologues
- Délégué : Infirmiers diplômés d'Etat

Population éligible au protocole :

- Tous les patients opérés d'au moins 48 heures et porteurs d'au moins un drain de Redon® médiastinal et/ou pleural relié à un système de drainage à basse dépression.
- Personnes adultes de plus de 18 ans ayant signé le consentement.
- Personne mineures avec le consentement signé du parent.
- Personnes sous tutelle avec consentement signé par le tuteur.

Population incluse dans le protocole :

- Tous les patients opérés d'au moins 48 heures et porteurs d'au moins un drain de Redon® médiastinal et/ou pleural relié à un système de drainage à basse dépression.
- Personnes adultes de plus de 18 ans ayant signé le consentement.
- Personne mineures avec le consentement signé du parent.
- Personnes sous tutelle avec consentement signé par le tuteur.

Critères d'exclusion :

- Refus du protocole.
- Tous les patients opérés d'au moins 48 heures et porteurs d'au moins un drain de Redon® médiastinal et/ou pleural relié à un système de drainage à haute dépression (patients ayant une médiastinite).
- Patient dont la pression artérielle est supérieure à 160mm ou inférieure à 100mm de mercure de systolique.
- Patient dont la fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements par minute.
- Patient dont la température corporelle est supérieure à 37°5 C.
- Patient dont la quantité de liquide est supérieure à 60CC (ml) par drain dans les 8 dernières heures qui précèdent l'ablation.
- Personnes majeures de plus de 18 ans ayant refusé de signer le consentement.
- Personnes mineures dont le parent n'a pas signé le consentement.
- Personnes sous tutelle dont le tuteur n'a pas signé le consentement.

Actes délégués :

- Evaluation clinique du patient par le délégué : quantité et qualité du liquide recueilli en 24heures à J2, température, pouls, pression artérielle, (actes non dérogoatoires).
- Prescription de l'ablation du drain de Redon®.
- Ablation du drain de Redon®.
- Prescription de la radiographie pulmonaire de contrôle avec les renseignements cliniques définis : « radiographie du thorax de face post ablation de drain de Redon® thoracique ».

Critères de fin du protocole (pour chaque patient) :

- Lorsque le patient n'a plus de drain.

Critères de sortie du protocole :

- Résistance du drain lors de la tentative d'ablation.

Critères de suspension du protocole :

- Absence de délégué formé.
- Absence de délégant.

Objectifs du protocole :

Intérêt pour le patient

Optimisation des délais d'ablation entraînant :

- Une reprise plus précoce de l'autonomie pour le patient (2h après l'ablation du drain de Redon®), sans attendre la disponibilité du chirurgien retenu par les urgences ou au bloc.
- Une baisse du risque infectieux.
- Une source de douleur éliminée.
- Une diminution de la durée moyenne du séjour.

Intérêt pour le délégant :

- Travail dans une relation de confiance.
- Gain de temps au profit des consultations et interventions chirurgicales.

Intérêt pour le délégué :

- Autonomie dans l'organisation des soins.
- Développement et valorisation des compétences infirmières.

Evaluation et suivi du protocole :

- indicateurs de suivi.
- document partagé : dossier de soins informatisé.
- rencontre hebdomadaire délégué-délégant sur demande.
- les 3 premiers mois, revue de dossiers sélectionnés au hasard tous les 15 jours par le binôme délégué-délégant.
- puis réunion d'analyse des pratiques au moins 2 fois par an.

Critères d'alerte du délégant par le délégué :

Définir les critères d'alerte - quels que soient leur lieu de survenue - nécessitant une intervention médicale et/ou une hospitalisation en urgence et d'en préciser les modalités et conduite à tenir prévues dans le protocole :

- Critères d'alerte du délégué et/ou délégant par le patient,
- Critères d'alerte du délégant par le délégué.

▪ Avant l'ablation :

Le délégué demande l'intervention du délégant quand :

- Le patient refuse d'entrer dans le protocole de coopération.
- La pression artérielle systolique est supérieure à 160 et/ ou inférieure à 100mm de mercure.
- La fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements par minute.
- La température corporelle est supérieure à 37°5.
- La quantité de liquide recueilli par drain est supérieure à 60cc dans les 8 dernières heures.

▪ Pendant l'ablation, le délégué demande l'intervention du délégant quand :

- Le drain résiste à l'ablation.

▪ Après l'ablation :

Le délégué demande l'intervention du délégant quand :

- La fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements par minute.
- La pression artérielle systolique est supérieure à 160 et/ ou inférieure à 100 mm de mercure.
- La saturation est inférieure à 90%.
- L'Eva est supérieure à 3/10.

Indicateurs d'évaluation et de suivi du protocole :

Un recueil des indicateurs tous les 3 mois est proposé aux promoteurs du protocole pendant la 1ère année de mise en œuvre du protocole, excepté pour les indicateurs de satisfaction et de résultats évaluables sauf atteinte du seuil d'alerte à 1 an de mise en œuvre du protocole.

La période de recueil des indicateurs sera ensuite adaptée selon la filière active et les résultats des indicateurs.

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Activité	Part de l'activité liée au protocole de coopération = taux d'ablation de drains assurés par les délégués	Tendre vers 80%	Nombre d'ablation de drains assurés par les délégués	Nombre total d'ablation de drains	≤ 80%	Annuelle	
Qualité et sécurité de la prise en charge	Taux d'alerte(s) pertinente(s) du délégant par le délégué <i>Pertinence évaluée par le délégué</i>	Tendre vers 100%	Nombre d'appels pertinents au délégant par le délégué = <i>nombre de recours au délégant</i>	Nombre total d'appels par le(s) délégué(s)	Non applicable – correspond à l'objectif	Annuelle	Optimiser le protocole utilisé pour chaque type d'acte Analyse dans le cadre du groupe d'analyse des pratiques
	Taux de reprises <ul style="list-style-type: none"> ▪ A évaluer par le délégant ▪ A analyser en distinguant les reprises sur critères d'alerte ne relevant pas de la responsabilité du délégué des reprises relevant d'une mauvaise pratique déléguée 	Tendre vers 0%	Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué	Nombre d'acte(s) réalisés par le délégué	Non applicable – correspond à l'objectif	Annuelle	Distinguer : -les reprises justifiées par des complications ne relevant pas de la responsabilité du délégué -de celles liées à une mauvaise pratique du délégué
	Taux d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération	Tendre vers 0%	Nombre d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération	Nombre d'actes délégués réalisés	> 5 %	Annuelle	- Evènements indésirables cités dans la cartographie des risques (hémothorax, épanchement péricardique)
	Taux de réunions réalisées pour l'analyse des pratiques professionnelles	100%	Nombre de réunions réalisées pour l'analyse des pratiques professionnelles	Nombre de réunions prévues dans le cadre du protocole de coopération	Non applicable – correspond à l'objectif	1 réunion d'équipe semestrielle	Reprise des situations de prise en charge et des pratiques professionnelles
	Taux d'adhésion des patients au protocole de coopération	95%	Nombre de patients ayant donné leur accord pour bénéficier du protocole	Nombre de patients éligibles et informés	< 85%	Annuelle	Evaluer l'acceptabilité des patients de leur prise en charge par les délégués dans le cadre du protocole de coopération
Satisfaction	Taux de satisfaction des patients inclus au protocole de coopération	Tendre vers 100%	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 90 %	Annuelle	-A mettre en corrélation avec le taux de retour des questionnaires. -Préciser les modalités d'échantillonnage
	Taux de sortie du protocole <i>A analyser selon les causes ayant motivé la sortie</i>	Tendre vers 0%	Nombre de patients sortis du protocole de coopération	Nombre de patients ayant adhéré au protocole de coopération	Non applicable – correspond à l'objectif	Annuelle	Sortie de protocole définie par une reprise suivie d'une prise en charge uniquement par le délégué.
	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégué(e)s ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire	Nombre de délégué(e)s ayant répondu au questionnaire	< 90 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation

GH la Pitié-Salpêtrière - Charles Foix. Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire.

			de satisfaction	de satisfaction			
	Taux de satisfaction des délégrant(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégants ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction	Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 90 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation

Annexe VIII

Audit des dossiers de soins

Etiquette patient

Date :

TRACABILITE	Oui	Non
Des prises de constantes définies		
De la quantification du ou des drains de Redon®		
Du recueil du consentement		
De la prescription d'ablation du ou des drains de Redon®		
De l'ablation du ou des drains de Redon®		
De la prescription de la radiographie de contrôle		