

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

ARS Ile-de-France

***Réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique
par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin***

Etablissement promoteur : hôpital Beaujon – AP-HP

« Version du 30/01/2019, conforme à l'avis N°2018 0057/AC/SA3P du 12 décembre 2018 du collège de la Haute Autorité de santé »

ITEMS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC) Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé?	Réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin
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 ?	Médecin spécialiste : Hépatologue, Gastroentérologue, Interniste, Urgentiste, Oncologue.
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 ?	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat avec 3 années minimum d'expérience en établissement hospitalier dont 2 années en service d'hépto-gastro-entérologie.
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 : <p>Pour le patient : Améliorer la qualité/ sécurité de la prise en charge et de son confort de vie, et anticiper le traitement des complications.</p> <p>Pour le délégué : Elargir et reconnaître ses compétences, optimiser la gestion des activités de soins, gain de temps dans la mise en œuvre.</p> <p>Pour le délégant : Recentrer le temps médical libéré sur le suivi médical et la recherche.</p> <p>D'après les dossiers thématiques INSERM (1) il y avait environ 700 000 patients cirrhotiques en France en 2012. 30% d'entre eux ont développé une ascite. A l'HDJ d'hépatologie de Beaujon : il y a eu 132 patients avec un code « cirrhose (K746, K703, K700, K744, K745) » et 209 ponctions d'ascite avec compensation réalisées, en 2016 (source PMSI).</p>

<p>Actes dérogatoires 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 être listé, en mettant en évidence ceux/celles qui sont dérogatoires</p>	<p>Les actes dérogatoires nécessaires à la mise en place du protocole, sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation de la situation clinique et l'identification des critères d'alerte (fièvre, douleur, etc.), - la réalisation de la paracentèse à visée thérapeutique, - la prescription des examens sanguins et cytologiques du liquide d'ascite effectués au cours de cette paracentèse, de façon systématique, à partir d'un protocole formalisé (Annexe 1), <p>Les actes non dérogatoires sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la compensation du liquide d'ascite qui suit un protocole formalisé et signé par les médecins du service (Annexe 1).
<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 protocole est mis en œuvre dans le secteur hospitalier, en hospitalisation complète ou en ambulatoire.</p> <p>Le délégant est joignable et peut intervenir à tout moment.</p> <p>Locaux et équipements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pièce de soin respectant la confidentialité et l'intimité du patient - matériel biomédical nécessaire à la réalisation de la ponction - chariot d'urgence - bureautique pour assurer la traçabilité et accéder au dossier patient <p>(Annexe 2)</p>

ITEMS	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 s'agit des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Textes réglementaires - Textes de références opérationnelles (recommandations de bonne pratique,...) - Références bibliographiques 	<ul style="list-style-type: none"> - (1) Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose ; Saint Denis La Plaine : HAS 2007 - (2) Moreau R., Lebrec D. Prise en charge de l'ascite réfractaire à l'exclusion de l'anastomose porto-systémique intra hépatique de la transplantation hépatique, Gastroentérologie Clinique et Biologique 2008. - References 8 à 15 (Annexe 12 Bibliographie par pays et par date de publication) dont : - (8) Gilani N, Patel N, Gerkin RD, Ramirez FC, Tharalson EE, Patel K. The safety and feasibility of large volume paracentesis performed by an experienced nurse practitioner. Ann Hepatol. 2009 Oct-Dec; 8(4): 359-63. PMID: 20009136. - (9) Duszak R Jr, Walls DG, Wang JM, Hemingway J, Hughes DR, Small WC, Bowen MA. Expanding roles of nurse practitioners and physician assistants as providers of nonvascular invasive radiology procedures. J Am Coll Radiol. 2015 Mar; 12(3): 284-9. PMID: 25444061. - Les références et recommandations seront actualisées en fonction de l'évolution des connaissances.
<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>Pendant la consultation, le médecin pose l'indication de paracentèse et décide de l'inclusion.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patient adulte - indication de paracentèse : cirrhose avec une ascite « volumineuse » et/ou réfractaire - 1^{ère} paracentèse effectuée par un médecin - consentement du patient ou de son tuteur <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patient mineur, refus du patient d'être pris en charge par le délégué, - patient nécessitant une 1^{ère} ponction,

	<ul style="list-style-type: none"> - thrombopénie, adhérences intra-abdominales, distension vésicale, splénomégalie, traitement anticoagulant, - patient instable sur le plan hémodynamique : hypotension artérielle, avec une pression systolique inférieure à 90 mm Hg ou une pression artérielle moyenne (PAM) inférieure à 65 mm Hg, - patient agité ;
<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 ?</p> <p>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 au patient est donnée lors de la consultation initiale, par le délégant dès lors que l'indication de paracentèse est posée.</p> <p>Pendant la consultation, le médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose l'indication de paracentèse, - vérifie l'absence de risques permettant la prise en charge par le délégué, - explique le déroulement de l'examen, précise que la paracentèse pourra, sous réserve de l'accord du patient être réalisée par un(e) infirmier(e) formé(e) à la réalisation de cet acte et remet la lettre d'information. Il est également informé qu'en cas de refus, il sera pris en charge par le médecin. <p>Une lettre d'information est remis au patient, son consentement est recueilli et consigné par le délégant dans le dossier du patient. (Annexe 3)</p> <p>Le patient peut à tout moment refuser que les actes dérogatoires soient réalisés par le délégué et dans ce cas, il sera pris en charge par le délégant.</p> <p>Pour tout nouveau patient, la 1ere paracentèse est effectuée par le médecin.</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 	<p><u>Compétences à acquérir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - être capable d'identifier les critères d'alerte nécessitant l'intervention du délégant, - être capable de ponctionner une zone précise de la paroi abdominale en vue d'évacuer le liquide d'ascite, - être capable de prescrire les examens biologiques.

<p>pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ?</p> <p>- Quels sont <u>les objectifs pédagogiques</u> au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?</p> <p>- <u>Quel est le programme et les modalités de formation théorique</u></p> <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 ? <p>- 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 ?)</p> <p>Qui valide la formation et comment ?</p> <p>- Quels sont les <u>pré-requis</u>, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ?</p> <p><u>Formation continue</u> : Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ? (fréquence, outil, ...)</p>	<p>Formation théorique et pratique (20h) (Annexe 4) :</p> <p><u>Formation théorique (8h) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - perfectionner les connaissances en physiopathologie hépatique, anatomie, signes cliniques, traitement, complications <p><u>Formation pratique (12h) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - observation : de 10 paracentèses, - pratique : 10 paracentèses en présence du délégué et 10 paracentèses avec le délégué à proximité. <p><u>Validation de la formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - par le délégué, sous forme d'attestation d'acquisition de toutes les compétences nécessaires à l'application du protocole par le délégué (Annexe 5) <p><u>Prérequis professionnels</u></p> <p>Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat avec 3 années minimum d'expérience en établissement hospitalier dont 2 années en service d'hépatologie</p> <p><u>Le maintien des compétences</u> est assuré par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des mises en situations organisées avec le délégué, le suivi des indicateurs du protocole, l'analyse des alertes au délégué, le suivi des événements indésirables - la réalisation d'au moins 50 paracentèses/ an par le délégué - des veilles documentaires et changements de dispositifs médicaux.
<p>Intervention du délégué</p> <p>- Comment le délégué s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ?</p>	<p>Astreinte : Le délégué est disponible, à proximité de l'unité, pendant toute la durée de la paracentèse. Il est joignable par téléphone.</p>

<p>- <u>Critères d'alerte au déléguant</u> : Sur quels critères le délégué fait-il appel au déléguant (ou à un médecin non déléguant, en cas d'urgence) ? (lister les critères d'alerte et préciser les modalités d'alerte)</p> <p>- Quelles sont, en fonction de ces critères, les <u>modalités d'intervention</u> du déléguant</p> <p>- <u>gestion des urgences</u> :</p> <p>Quelles sont les modalités prévues en cas d'urgence : intervention du déléguant 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 déléguant / dérogation ?</p> <p>- activité minimum</p> <p>- formation continue,</p>	<p>Supervision : le déléguant peut intervenir à tout moment, en cas d'indisponibilité, un autre médecin du service assure la supervision.</p> <p>Validation : les patients sont vus par le déléguant avant et après la paracentèse dans le cadre du suivi médical.</p> <p>Le patient est systématiquement revu par le médecin après la ponction qu'il y ait coopération ou pas.</p> <p>Les critères d'alerte du délégué sont : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée, signes d'encéphalopathie hépatique. (cf. arbre décisionnel Annexe 6).</p> <p>Le médecin est alerté par téléphone si une anomalie est détectée, il décide de l'indication de la paracentèse, de l'effectuer lui-même voire de l'annuler.</p> <p>En l'absence du délégué, l'acte est réalisé par un médecin.</p> <p>En cas d'absence du déléguant, l'acte sera réalisé par un autre médecin du service.</p> <p>En cas d'urgence vitale :</p> <p>Cf. : Procédure à disposition dans Gestion documentaire électronique : prise en charge de malaise, accident, urgence vitale.</p>
<p>Système d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> o est-il informé? Si oui, comment ? <p>est-il impliqué dans la dérogation ? si oui, Comment ?</p>	<p>Chaque délégué et chaque déléguant ont accès au dossier en format papier et possèdent un code d'accès au dossier patient format électronique.</p> <p>Ce code donne droit à l'accès à différents types d'informations concernant le patient (prescriptions médicales, résultats d'examens, transmissions, planification infirmière).</p>

<p>Suivi du protocole Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes</p> <p>- Quels sont les critères (congé de maternité ...).ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?</p>	<p>Cf. tableau des indicateurs de suivi (Annexe7)</p>
<p>Retour d'expérience</p> <p>Les évènements indésirables</p> <p>- Quels sont les <u>évènements indésirables</u> qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ? (liste)</p> <p>- Comment sont recueillis et analysés les EIG ?</p> <p>- Quelles sont les <u>modalités de recueil</u> et de signalement des évènements indésirables ?</p> <p>- Comment cette <u>analyse</u> est-elle réalisée ?</p> <p>- Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ?</p> <p>La qualité des soins</p> <p>- 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> <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 évènements indésirables sont signalés sur un logiciel dédié.</p> <p>Evènements indésirables (EI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - échec de la ponction - hématome de paroi <1% (pas de mesure préventive efficace) - dysfonction circulatoire induite par la paracentèse (DCIP) - sortie accidentelle du cathéter court - fuite de liquide hors de la paroi abdominale post paracentèse - douleur <p>EI graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perforation digestive, hémopéritoine <1/1000 (par plaie d'un vaisseau pariétal ou plaie de rate) - étranglement herniaire (prévenue par une réduction de la hernie avant et pendant la ponction) <p>Les délégués et les délégués peuvent faire une déclaration d'EI.</p> <p>Tout EI fait l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse réalisée par l'encadrement avec la Direction des soins, la Direction qualité, le délégué, le déléguant.</p> <p>La qualité de la prise en charge est évaluée par les audits du dossier de soins (traçabilité), les indicateurs de satisfaction des patients, du délégué et du déléguant, ainsi que le taux d'EI.</p> <p>Cette évaluation est faite lors des réunions d'analyse des pratiques mensuelles la 1ère année de la mise en place du protocole puis tous les semestres les années suivantes voire plus en cas de besoin.</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>Le dossier du patient inclus dans le protocole fait partie intégrante du dossier patient informatisé. Il est archivé automatiquement</p>
<p>Processus de prise en charge</p> <p>Complétez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » du modèle type de protocole de coopération.</p> <p>Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge</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>

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
1 Contrôle de l'identification du patient	Risque d'erreur d'identité.	Etat de conscience du patient. Pas de bracelet d'identification posé au patient. Rupture de stock de bracelet d'identification.	Pose d'un bracelet d'identification dès l'admission du patient. Règles de bonnes pratiques d'identitovigilance (procédure gestion électronique documentaire) connues par les professionnels. Contrôle et commande, le cas échéant, de bracelet d'identification. Traçabilité du port du bracelet dans le dossier patient
2 Information et consentement	Absence d'information et de consentement. 1ere ponction faite par le délégué.	Patient non informé. Consentement non recueilli. Refus du patient de prise en charge par le délégué.	La première ponction est réalisée par le médecin. Vérification de la présence du consentement et des informations données dans le dossier médical (Annexe 11 : check-list). Si refus du patient : paracentèse réalisé par le délégué.
3 Installation du patient : couché sur le dos, la tête légèrement surélevée	Patient mal positionné.	Absence de confort. Absence de sécurité.	Connaissance et respect de l'installation. Evaluation de la douleur
4 Vérification du matériel	Absence d'un élément du kit de paracentèse.	Retard de prise en charge. Report de la séance.	Contrôle et commande du kit de matériel. Vérification de la check-list.
5 Repérage du site de ponction	Erreur d'identification du site de ponction.	Pratique inadaptée du délégué par un manque de pratique.	Formation pratique du délégué par le délégué.

6 Désinfection du site de ponction	Absence de désinfection du site.	Absence de matériel. Oubli de désinfection du délégué.	Formation pratique du délégué. Intervention de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Vérification de la check-list.
7 Le geste de ponction	Risque liée au soin : ponction traumatique, douleur, perforation, hémorragie. Risque professionnel : AES.	Manque de pratique.	Révision semestrielle des pratiques avec le délégué. Déclaration logiciel des évènements indésirables. Recours à l'arbre décisionnel (Annexe 6). Formation complémentaire conduite à tenir en cas d'AES. Fiche déclaration d'accident du travail.

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.

MODELE ECONOMIQUE

Note :

Les modèles économiques n'étant pas définis au niveau national ceux proposés ci-dessous sont issus d'une étude réalisée par l'ARS Ile-de-France. Les propositions de modèles économiques constituent des demandes permettant au Collège des financeurs d'émettre un avis. Les demandes ne préjugent pas de la réponse qui sera apportée.

Le modèle économique correspond à la nature des activités dérogoires du protocole :

- **Actes techniques** (ex. retrait d'un dispositif médical, pose d'un dispositif, réalisation d'une échographie, etc.) = tarif de l'acte existant ou approchant dans la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels)
- **Consultation** (ex. prescription d'un vaccin, d'une sérologie, etc.) = 25 € / consultation
- **Suivi de patient atteint d'une pathologie chronique** = forfait 200 €/an/patient

Modèle selon la nature des activités dérogoires pour le protocole

Choisir et cocher un seul type d'activités :

Acte(s) technique(s)

Consultation

Suivi de patient atteint d'une pathologie chronique

Indiquer le tarif unitaire : 19,20 € (HPJB001)

Nombre d'actes ou consultation ou suivis estimés par an selon la nature des activités dérogoires

Estimer le nombre d'actes techniques ou consultations ou suivis sur une année : 209

ANNEXE 1

PROTOCOLE DE REMPLISSAGE VASCULAIRE DANS LE TRAITEMENT DE L'ASCITE PAR PARACENTESE THERAPEUTIQUE

Rédigé par : (nom/fonction)	F.Boudvillain / cadre supérieur paramédical de pôle Dr C. Francoz / praticien hospitalier en hépatologie Pr F. Durand / chef du service d'hépatologie	Date de création :	Date de mise à jour :
Validé par (nom, fonction, signature)	C. Saquet / cadre de santé L Velin / cadre de santé Dr C. Francoz / praticien hospitalier en hépatologie Pr F. Durand / chef du service d'hépatologie	Date d'application :	
Approuvé par :	Directeur qualité gestion des risques-droits des patients	Date de péremption :	

Objet(s) de la modification:	Page(s):
------------------------------	----------

1. OBJET

Le traitement de l'ascite volumineuse voire réfractaire dans la cirrhose, par paracentèse évacuatrice, entraîne une dysfonction circulatoire. Pour la prévenir, l'indication d'un remplissage vasculaire est préconisée.

De nombreuses études sur l'effet du remplissage vasculaire sur la dysfonction circulatoire post-paracentèse ont démontré que l'albumine (solution à 20%) est supérieure aux autres solutions de remplissage (Polygeline, Dextran 70, Elohés 6%, Sérum salé), quand le volume d'ascite à évacuer est supérieur à 5 L.

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

Ce protocole de remplissage, dans le cadre de la coopération entre les professionnels de santé, s'adresse aux infirmier(e)s, dans le traitement de l'ascite réfractaire par paracentèse thérapeutique des patients pris en charge en hôpital de jour, dans le service d'hépatologie du Pr. Durand.

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

(2) Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose ; Saint Denis La Plaine : HAS 2007

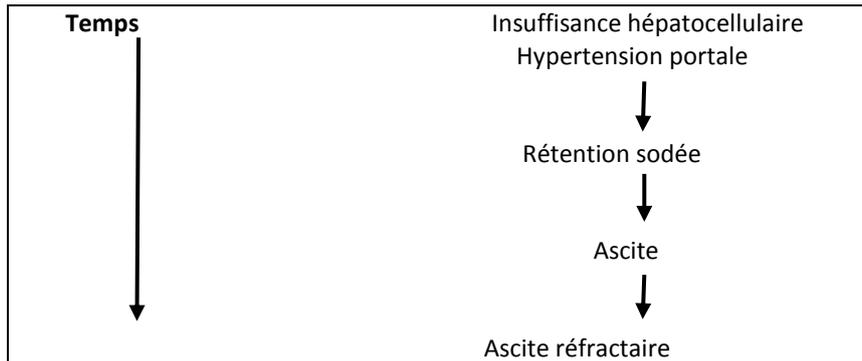
(3) Moreau R., Lebec D. Prise en charge de l'ascite réfractaire à l'exclusion de l'anastomose portosystémique intrahépatique de la transplantation hépatique, Gastroentérologie Clinique et Biologique 2008 ; (32) : 710-716

(4) Moreau R. Traitement de l'ascite chez les malades atteints de cirrhose. Presse Méd. 2001 ; 30 (14) :695-702

(5) Société nationale de gastroentérologie, Amiot X. Comment traiter une ascite ? Comment traiter une première poussée d'ascite ? Complications de l'hypertension portale chez l'adulte. Conférence de consensus. Texte court. Paris, 4 et 5 décembre 2003.

4. DEFINITIONS

L'ascite réfractaire est une complication sévère de la cirrhose. Les mécanismes de l'ascite dans la cirrhose sont :



5. DESCRIPTION DU PROCESSUS

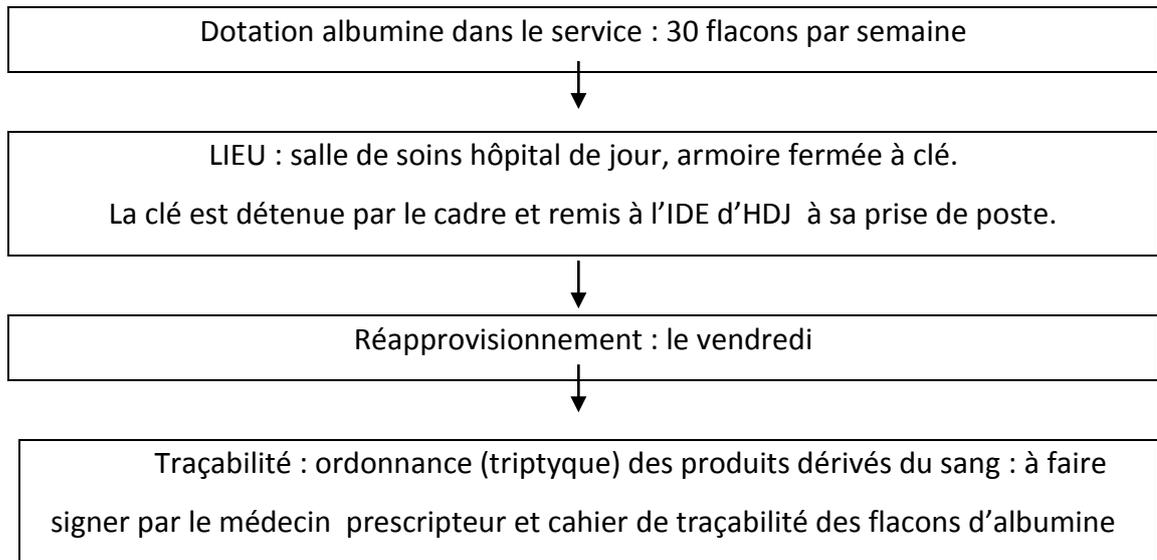
Le traitement de première intention de l'ascite réfractaire est fondé sur les paracentèses évacuatrices répétées associées à l'administration intraveineuse d'albumine.

La dose recommandée est de 8 g d'albumine humaine à 20% par litre d'ascite retiré.

Il semble raisonnable de ne pas dépasser la dose de 60g (soit 3 flacons de 100ml)

VOLUME D'ASCITE EVACUE	REPLISSAGE
< 5 L	PAS DE COMPENSATION
Entre 5 L et 7 L	2 FLACONS D'ALBUMINE à 20%
A partir de 7 L	3 FLACONS D'ALBUMINE à 20%

Dotation et lieu de stockage



Traçabilité

Création d'un cahier de traçabilité des albumines, conservé dans bureau des cadres
1 feuillet de l'ordonnance est conservé dans le dossier du patient, les 2 autres feuillets sont
transmis à la pharmacie

Traçabilité des albumines

Etiquette patient	Date/ heure	N° de lot	Nombre de flacons	Nom /Signature de l'infirmier(e)

Date :

signature du médecin :

signature du cadre :

Fiche du protocole de service



**ASSISTANCE
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX
DE PARIS**



Département Hospitalo-Universitaire
UNITY

"Addressing Unmet Needs for Innovation in Hepatology and Gastroenterology"
PRES Sorbonne Paris-Cité, AP-HP (HUPNVS and GH Robert DEBRE) Inserm (CRB3)

**Protocole du Service d'Hépatologie
Hôpital Beaujon
Pr François DURAND**

Bilan à faire pour chaque ponction d'ascite (PA) :

SANG	ASCITE
NFS	Numération
TP	Culture (dans 2 flacons d'hémoculture)
INR	Protéines
Ionogramme	
Créatinine	
Urée	
Albuminémie	
BH (ASAT, ALAT, PAL, GGT, bilirubines)	

Remplissage post-PA :

- Si total < 5 L : pas de remplissage
- Si total > 5 L : administrer albumine 20 % IV 6-8 g par litre d'ascite prélevée

<i>VOLUME PRELEVE</i>	<i><u>NOMBRE DE FLACONS D'ALBUMINE</u></i>
Entre 5 L et 7 L	2 flacons
A partir de 7 L	3 flacons

Validé par : Aurélie Plessier

le 28/09/2017
AP

DR Aurélie PLESSIER
N° RPPS 10001465581
Hôpital Beaujon, centre Pierre Abrami
Consultation d'hépatologie
100, Bd du Général Leclerc
92118 Clichy cedex
T. : 01 40 87 55 22 - Fax : 01 40 87 55 30

ANNEXE 2
PROCEDURE DE PARACENTESE THERAPEUTIQUE

Rédigé par : (nom/fonction)	F. Boudvillain / cadre supérieur paramédical de pôle P. Mayenaquiby / infirmier AL. Devaux ép Morito / infirmière V. Lefebvre / infirmière J. Devictor / infirmière	Date de création :	Date de mise à jour :
Validé par (nom, fonction, signature)	C. Saquet / cadre de santé L. Velin / cadre de santé Dr C. Francoz / praticien hospitalier en hépatologie Pr F. Durand / chef du service d'hépatologie	Date d'application :	
Approuvé par :	Directeur qualité gestion des risques-droits des patients	Date de péremption :	

Objet(s) de la modification:	Page(s):
------------------------------	----------

SOMMAIRE

1.	<u>OBJET</u>	19
2.	<u>DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES</u>	19
3.	<u>DOCUMENTS DE REFERENCE</u>	19
4.	<u>DESCRIPTION</u>	20
4.1.	<u>Prescription et programmation de la paracentèse</u>	20
4.2.	<u>Les moyens et matériel</u>	20
	<u>La chambre du patient</u>	20
	<u>Le dossier du patient</u>	20
	<u>Le poste de soins</u>	20
	<u>Le Kit de paracentèse</u>	20
	<u>Le matériel d'anesthésie</u>	21
	<u>Le matériel de perfusion et de prélèvements sanguins</u>	21
4.3.	<u>La mise en œuvre</u>	21
	<u>A l'accueil du service d'hépatologie</u>	21
	<u>En unité d'hospitalisation de jour</u>	21
	<u>Dans la chambre du patient</u>	22
	<u>La surveillance et complications éventuelles</u>	23
	<u>La compensation</u>	23
	<u>Dans le poste de soins</u>	23
4.4.	<u>Annexes</u>	24
	<u>Principe de compensation du liquide d'ascite</u>	24
	<u>Constantes du ionogramme sanguin nécessaires à l'évaluation de la fonction rénale et circulatoire</u>	25
	<u>Constantes du liquide d'ascite</u>	25

1. OBJET

La cirrhose est une maladie chronique du foie irréversible. Elle est la 8^{ème} cause de décès dans le monde et est à l'origine de 15 000 décès par an en France. L'ascite est la complication la plus fréquente de la cirrhose. Sa survenue (encore appelée décompensation) est associée à une aggravation de la maladie du foie.

La médiane de survie d'une cirrhose décompensée est inférieure à deux ans. L'existence d'une ascite doit faire envisager la transplantation hépatique, qui est le seul traitement curatif de la cirrhose à un stade avancé.

La paracentèse évacuatrice est utilisée pour le traitement de l'ascite tendue ou volumineuse. Elle est très fréquemment utilisée chez les malades avec une ascite réfractaire (environ deux fois par mois).

La prise en charge des malades avec une ascite comprend une évaluation de la cirrhose, une prise en charge générale et des mesures spécifiques.

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

Cette procédure s'adresse aux infirmier(e)s, dans le traitement de l'ascite réfractaire par paracentèse thérapeutique des patients pris en charge en hôpital de jour, dans le service d'hépatologie du Pr. Durand, Hôpital Beaujon, groupe hospitalier HUPNVS.

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

- (2) Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose ; Saint Denis La Plaine : HAS 2007
- (3) Moreau R., Lebec D. Prise en charge de l'ascite réfractaire à l'exclusion de l'anastomose portosystémique intrahépatique de la transplantation hépatique, Gastroentérologie Clinique et Biologique 2008 ; (32) : 710-716
- (4) Moreau R. Traitement de l'ascite chez les malades atteints de cirrhose. Presse Méd. 2001 ; 30 (14) : 695-702
- (5) Société nationale de gastroentérologie, Amiot X. Comment traiter une ascite ? Comment traiter une première poussée d'ascite ? Complications de l'hypertension portale chez l'adulte. Conférence de consensus. Texte court. Paris, 4 et 5 décembre 2003.
- (6) American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline, Runyon BA. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. Hepatology 2013; Apr; 57(4): 1651-3.
- (7) European Association for the Study of the Liver clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. Journal of Hepatology 2010; vol 53; 397-417.

4. DESCRIPTION

4.1 Prescription et programmation de la paracentèse

Le médecin hépatologue évalue le patient en consultation, prescrit la paracentèse (ou ponction d'ascite), les examens biologiques sanguin et du liquide d'ascite.

Le médecin vérifie l'absence de risques qui contre-indiqueraient l'acte infirmier et la note dans le dossier du patient. Les contre-indications à la paracentèse sont :

- une coagulopathie ou thrombopénie,
- une coagulation intra vasculaire disséminée,
- des adhérences intra abdominales,
- une distension vésicale,

Pour tout nouveau patient, la 1ere paracentèse sera effectuée par le médecin.

Le médecin explique au patient le déroulement de l'acte pratiqué par un(e) infirmier(e), remet la note d'information. Le consentement ou le refus du patient sera consigné dans son dossier.

Le patient sera pris en charge par un(e) infirmier(e) expert(e) dédié(e) à l'unité d'hospitalisation de jour. La programmation du rendez-vous est faite à l'accueil du service d'hépatologie.

4.2 Les moyens et matériel

La chambre du patient

Chambre individuelle, 1 lit médicalisé à hauteur variable, un adaptable, une télévision, une chaise, un fauteuil, un pied à perfusion, un vestiaire pour les effets personnels du patient si besoin.

Le dossier du patient

Les étiquettes au nom du patient, la prescription informatisée des examens sanguins et du liquide d'ascite.

Le poste de soins

Équipé d'un ordinateur, un téléphone, un système d'appel des chambres, un plan de travail, *une armoire de rangement (flacons d'albumine)*, le dispositif d'acheminement des examens.

Le Kit de paracentèse

- 1 champ stérile,
- 1 paire de gants stériles,
- 1 masque, *1 sur- blouse (à rajouter si patient en isolement)*
- des compresses stériles,
- 1 flacon de savon antiseptique type polyvidone iodée, chlorhexidine ou savon doux
- 1 flacon de solution de polyvidone iodée alcoolique ou chlorhexidine alcoolique,
- 1 flacon de sérum physiologique

- 1 corps de pompe type vacutainer[®],
- 1 cathlon gris 14G,
- 1 kit de recueil système clos,
- 2 tubes sec de 10 ml, 2 flacons d'hémoculture,
- 1 rouleau adhésif pour fixation,
- 1 fût Piquant Coupant Tranchant, sacs DASRI et DAOM

Le matériel d'anesthésie

- 1 patch d'EMLA[®] sur prescription médicale

Le matériel de perfusion et de prélèvements sanguins

- 1 plateau,
- 1 paire de gants non stériles,
- 1 paquet de compresses stériles,
- 1 garrot,
- 1 flacon de savon antiseptique type polyvidone iodée, chlorhexidine ou savon doux ,
- 1 flacon de solution de polyvidone iodée alcoolique ou chlorhexidine alcoolique,
- 1 flacon de sérum physiologique
- 1 cathlon adapté au capital veineux du patient,
- 1 tubulure de perfusion,
- 1 corps de pompe type vacutainer[®],
- les tubes de prélèvements selon la prescription médicale, y compris les bons et les sachets d'exams
- 1 pansement adhésif grand modèle type TEGADERM[®]
- 1 fût PCT.

4.3 La mise en œuvre

L'accueil du service d'hépatologie

Le patient est accueilli par la secrétaire hospitalière, elle vérifie l'identité et les coordonnées du patient et enregistre la séance.

Une pré-admission administrative est effectuée pour 6 mois pour éviter le passage aux services des admissions à chaque séance de paracentèse.

Le bracelet d'identification est posé.

Une planche d'étiquettes est éditée et remise au patient.

En unité d'hospitalisation de jour

Le patient est accueilli par l'infirmier(e) expert(e) et l'aide-soignant(e). L'infirmier(e) récupère la planche d'étiquettes et le dossier du patient.

L'aide-soignante installe le patient dans une des chambres de l'unité d'hospitalisation de jour et lui propose un petit-déjeuner.

L'infirmier(e) interroge le patient sur son état de santé à domicile, vérifie si le patient a bien arrêté son traitement anticoagulant, s'il y a absence de fièvre, de douleurs abdominales, de diarrhée, de signes d'encéphalopathie hépatique.

Il /Elle recueille les paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire, HGT), le poids, évalue la douleur et les note dans le dossier de soins informatisé.

L'infirmier(e) réalise le bilan sanguin suivant sur protocole:

NFS	ionogramme
TP	créatinine
INR	urée
	albumine
	BH (ASAT, ALAT, PAL, GGT, bilirubines)

Pour tout nouveau patient, la 1ere paracentèse est effectuée par le médecin.

Le médecin est alerté si une anomalie est détectée, il décide de l'indication de la paracentèse, de l'effectuer lui-même voire de l'annuler.

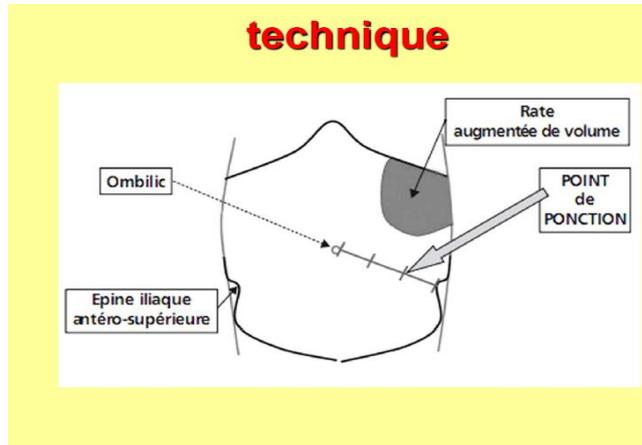
L'infirmier(e) explique le déroulement de la paracentèse.

Dans la chambre du patient

Le patient est installé, couché sur le dos, la tête légèrement surélevée.

L'infirmier(e) dispose du kit de matériel nécessaire à la ponction, effectue un lavage simple des mains. Elle réalise l'examen de l'abdomen du patient, repère la zone de ponction :

Le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, à 2-4 cm sur la ligne ilio-ombilicale.



Puis réalise l'anesthésie locale de la zone de ponction en apposant un patch d'EMLA.

Après une demi-heure (temps nécessaire à l'efficacité du patch d'EMLA), l'infirmier(e) effectue une friction hydro-alcoolique des mains puis réalise l'antisepsie cutanée en respectant les 4 temps d'antisepsie (détergence - rinçage - séchage - asepsie) et les temps de contact puis pose un champ stérile sur l'abdomen.

Après une friction hydro-alcoolique des mains, elle se munit d'un masque et d'une sur-blouse (si patient en isolement), effectue une friction hydro-alcoolique des mains avant de mettre les gants stériles. La paracentèse doit être faite dans des conditions strictes d'asepsie.

Le cathlon est inséré dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, au 1/3 externe-2/3 interne de la ligne ilio-ombilicale. Il est introduit perpendiculaire au plan cutané, continue cette trajectoire à travers les tissus sous-cutanés jusque dans la cavité péritonéale. L'aiguille est reliée à un système clos de recueil de l'ascite. La tubulure est fixée au champ pour éviter une désadaptation de l'aiguille.



Les prélèvements du liquide d'ascite sont effectués au niveau du robinet de prélèvement du système clos de recueil. Les prélèvements sont :

- la numération cellulaire
- les hémocultures et la cyto-bactériologie
- les protéines

Ces éléments permettent une évaluation du liquide d'ascite.

La surveillance et complications éventuelles

L'infirmier(e) surveille l'écoulement, la couleur et la quantité du liquide d'ascite, le point de ponction et les constantes du patient toutes les 1/2h. Il / Elle évalue la douleur.

La compensation

Chez les malades avec une ascite volumineuse, le volume évacué est habituellement supérieur à 5 litres. En fonction du volume de liquide d'ascite évacué et pour prévenir une dysfonction circulatoire induite par la paracentèse (DCIP), l'infirmier(e) perfuse une solution de remplissage, une solution intraveineuse d'albumine (à 20%) à la dose précise, selon le protocole de compensation validé par les médecins du service.

L'infirmier(e) perfuse le patient et prélève un ionogramme sanguin pour évaluer la fonction rénale et circulatoire.

Lorsque l'écoulement du liquide d'ascite se tarit, l'infirmier(e) effectue l'ablation de la ponction. Il / Elle réalise un pansement compressif.

A la fin de la compensation du liquide d'ascite, l'infirmier(e) ôte la perfusion et pose un pansement simple sur le point de ponction.

L'aide-soignante propose un plateau repas au patient.

Dans le poste de soins

L'infirmier(e) récupère par voie informatique les résultats des examens biologiques sanguins et du liquide d'ascite.

Le médecin réalise l'entretien final avec les résultats des examens, réajuste le traitement si besoin. Il rédige un compte-rendu de la séance dans le dossier médical, signe l'autorisation de sortie.

Il peut, en raison des résultats biologiques et de l'état clinique, hospitaliser le patient.

L'infirmier(e) inscrit dans le dossier de soins tous les éléments significatifs survenus au cours de la ponction d'ascite, les paramètres vitaux à l'arrivée et à la sortie du patient, le volume d'ascite évacué et le volume de compensation en albumine.

La secrétaire hospitalière programme la prochaine séance de paracentèse et la consultation médicale selon les délais recommandés.

4.4 Annexes

4.4.1 Principe de compensation du liquide d'ascite

VOLUME D'ASCITE EVACUE	REPLISSAGE
< 5 L	PAS DE COMPENSATION
De 5 L à 7 L	2 FLACON D'ALBUMINE à 20%
A partir de 7L	3 FLACONS D'ALBUMINE à 20%

4.4.2 Constantes du ionogramme sanguin et du liquide d'ascite

Constantes du ionogramme sanguin nécessaires à l'évaluation de la fonction rénale et circulatoire

	Unités Internationales
Sodium	138- 142 mmol / L <i>Les hypo natrémies sont fréquentes: prévenir le médecin si Na+ < 125 mmol/L</i>
Potassium	3,5- 5,1 mmol / L <i>prévenir le médecin si K+ >5,1 mmol/L</i>
Créatinine	45- 100 mmol / L <i>prévenir le médecin si Créatinine >100 mmol/L</i>
Urée	1,6- 8,3 mmol / L <i>prévenir le médecin si Urée >8,3 mmol /L</i>
Glycémie	3,9- 5,5 mmol / L <i>prévenir le médecin si Glycémie >5,5 mmol/L</i>

4.4.3 Constantes du liquide d'ascite

Aspect macroscopique	Clair, jaune citrin <i>prévenir le médecin si modification aspect</i>
Cytologie	< 200 cellules/mm ³ < 10% PMN
Bactériologie	Examen direct + culture Stérile <i>prévenir le médecin si culture positive</i>

ANNEXE 3

LETTRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Note d'information aux patients et à leurs familles

Protocole de coopération

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Votre prise en charge pour ponction d'ascite dans le service d'HEPATOLOGIE – (Pr DURAND – Florence BOUDVILLAIN, Cadre supérieur paramédical de pôle) s'inscrit dans le cadre d'une coopération entre médecin et infirmier (e)s formé (e)s autorisant à des infirmier (e)s formé(e)s de réaliser la ponction.

(Description du protocole)

Ces 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.

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.
- Déclare être informé que le présent document sera conservé dans le dossier médical.

Le patient (ou son représentant) a formulé des observations :

OUI NON

Observations éventuelles du patient :

Le patient a en particulier formulé un refus de bénéficier de cette prise en charge dans le cadre du protocole : il a été informé qu'il fera l'objet d'une prise en charge hors protocole. En cas de refus la ponction d'ascite sera réalisée par le médecin.

Fait à : _____

Le: _____

Signature manuscrite de l'intéressé(e)

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

ANNEXE 4
PROGRAMME DE FORMATION THEORIQUE

Projet de coopération entre professionnels de santé :
Réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par un(e) infirmier(e)
en lieu et place d'un médecin

Programme de formation théorique du délégué

Objectifs

Transmettre les savoirs théoriques nécessaires à la réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par un(e) infirmier(e) délégué(e)

Public

Infirmier (e) diplômé(e) d'Etat

Durée

2 ½ journée (8h)

Contenu

Prise en charge de l'ascite du cirrhotique

Durée : 4 heures -

Intervenants : Docteur Laure ELKRIEF et Docteur Richard Moreau, Hépatologues Beaujon

Plan :

- ✚ Introduction
- ✚ Définitions
- ✚ Physiopathologie
- ✚ Diagnostic positif
- ✚ Diagnostic différentiel
- ✚ Évaluation pré-thérapeutique
- ✚ Traitement
- ✚ Conclusion

Les infections bactériennes chez le patient cirrhotique (hors infection du liquide d'ascite)

Durée : 2 heures

Intervenant : Docteur Frédéric BERT, Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Beaujon

Plan :

- + Infections communautaires, nosocomiales et liées aux soins
- + Bactériémies
- + Infections urinaires
- + Infections pleuro pulmonaires
- + Péritonites secondaires
- + Infections de la peau et des tissus mous
- + Méningites
- + Diarrhées à *Clostridium difficile*
- + Les bactéries multi-résistantes (BMR)

L'infection du liquide d'ascite chez le patient cirrhotique

Durée : 2 heures

Intervenant : Docteur Frédéric BERT, Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Beaujon

Plan :

- + Définition
- + Rôle de la translocation bactérienne
- + Physiopathologie de l'ILA
- + Prévalence de l'ILA
- + Facteurs prédictifs de survenue d'ILA
- + Association entre MELD et ILA
- + Signes cliniques d'ILA
- + Quand rechercher une ILA?
- + Culture du liquide d'ascite
- + Quels examens pour le diagnostic d'ILA?
- + Comment interpréter les résultats?
- + Pronostic de l'ILA
- + Les principes du traitement de l'ILA
- + Suivi du traitement
- + Prophylaxie de l'ILA

ANNEXE 5 : VALIDATION DE LA FORMATION

PÔLE DIGESTIF - SERVICE D'HEPATOLOGIE – Pr. DURAND

FICHE EVALUATION DES COMPETENCES DU DELEGUE PAR LE DELEGANT

NOM DU DELEGUE :

DATE :

1. Connaissance de la physiopathologie hépatique

	Oui	Non	A approfondir
Définition de l'ascite			
Signes cliniques			
Complications			
Traitements			

2. Connaissance du traitement

	Oui	Non	A approfondir
Principes de compensation			

3. Connaissance des normes biologiques

	Oui	Non	A approfondir
Connaissance du ionogramme sanguin			
Connaissance des normes du liquide d'ascite			

4. Maitrise de la technique de l'acte

Observations : 10 ponctions

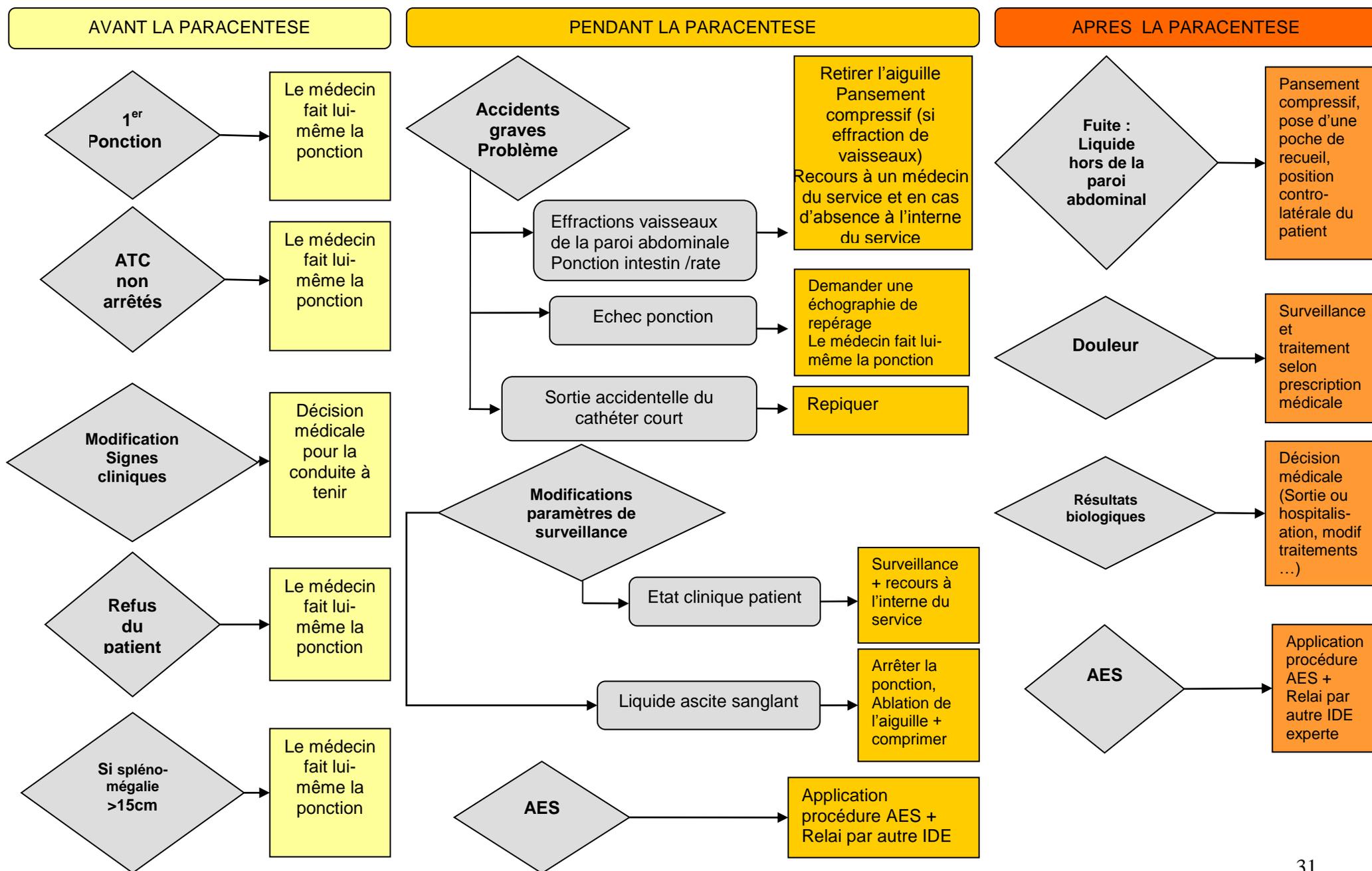
Pratiques : 10 ponctions en présence du délégrant et 10 ponctions avec le délégrant à proximité

	Oui	Non	A approfondir
Connaissance du repérage Installation du patient			
Technique du prélèvement d'ascite			
Respect des règles d'asepsie			

NOM DU DELEGANT :

SIGNATURE DU DELEGANT

ANNEXE 6 : CRITERES D'ALERTE



ANNEXE 7 : INDICATEURS DE SUIVI DU PROTOCOLE DE COOPERATION

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Activité	Taux d'actes réalisés par le(s) délégué(e-s)	90%	Nombre de ponctions réalisées par le(s) délégué(e-s)	Nombre total de patients pour lesquels l'indication de ponction d'ascite a été posée	45%	Semestrielle	50 ponctions la première année. Chercher les causes organisationnelles d'un moindre taux d'activité
	Taux d'adhésion des patients au protocole	90%	Nombre de patients éligibles au protocole ayant adhéré au protocole	Nombre total de patients éligibles au protocole	45%	Semestrielle	Rechercher et analyser les causes de non adhésion lors des réunions d'analyse des pratiques Améliorer l'information des patients
Qualité et sécurité de la prise en charge	Taux d'alerte(s) pertinente(s) Pertinence évaluée par le(s) déléguant(s)	100%	Nombre d'appels pertinents au(x) délégant(s) par le(s) délégué(e-s) = nombre de recours pertinents au(x) délégant(s)	Nombre d'acte délégués réalisés	50%	Semestrielle	Optimiser le protocole utilisé pour chaque type d'acte Analyse dans le cadre du groupe d'analyse des pratiques
	Taux de reprise par le délégant(s)	Tendre vers < 5%	Nombre d'actes réalisés par le(s) délégant(s) sur appel du délégué(e-s) liés à une mauvaise pratique du délégué(e-s)	Nombre d'actes délégués réalisés	>10%	Semestrielle	Distinguer : -Les reprises justifiées par des complications ne relevant pas de la responsabilité du délégué(e-s) -de celles liées à une mauvaise pratique du délégué(e-s)
	Taux d'événements indésirables directement imputables au protocole de coopération	5%	Nombre d'événements indésirables survenus lors de l'acte délégué	Nombre d'actes délégués réalisés	>10%	Semestrielle	Evènements indésirables cités dans la cartographie des risques EI analysé en équipe pluriprofessionnelle
Organisation	Temps moyen gagné par le délégant	Nombre d'actes réalisés par le délégué X durée moyenne pour l'acte réalisé par le délégant					Rechercher les causes organisationnelles d'absence de gain de temps A croiser avec les taux de reprise

ANNEXE 7 : INDICATEURS DE SUIVI DU PROTOCOLE DE COOPERATION

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Satisfaction	Taux de satisfaction des patients inclus au protocole de coopération	90%	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu au questionnaire	<50%	Annuelle	Analyse du questionnaire de satisfaction des patients (Annexe 8)
	Taux de satisfaction de(s) délégué(e-s)	90%	Nombre de délégué (e-s) ayant répondu satisfait(e) ou très satisfait (e) au questionnaire de satisfaction	Nombre de délégué (e-s) ayant répondu au questionnaire de satisfaction	<50%	Annuelle	Analyse du questionnaire de satisfaction du délégué(e-s) (Annexe 9)
	Taux de satisfaction du déléguant(s)	90%	Nombre de déléguants ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction	Nombre de déléguants ayant répondu au questionnaire de satisfaction	<50%	Annuelle	Analyse du questionnaire de satisfaction du déléguant(s) (Annexe 10)

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT

 <p>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE Beaujon</p>	QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION Patient
--	--

Etiquette patient

Date de la ponction :

1. Etes- vous satisfait de l'accueil dans le service ? Oui non
2. Etes-vous satisfait de l'accueil par l'infirmier(e) ? Oui non
3. Etes – vous satisfait des informations reçues /
 - avant la paracentèse ? Oui non
 - pendant la paracentèse ? Oui non
 - après la paracentèse ? Oui non
 - si non préciser :
4. Les informations données par l'infirmier(e) ont-elles été suffisantes, claires, compréhensibles ?
Oui non
5. La ponction abdominale a –t-elle été douloureuse ? Oui non
6. Avez-vous eu des douleurs abdominales pendant la ponction ? Oui non
7. Etes-vous satisfait
 - de la durée de la paracentèse ? Oui non
 - du délai entre 2 RDV ? Oui non
 - de la prise en charge de la douleur ? Oui non
8. Acceptez-vous lors du prochain rendez-vous que la ponction d'ascite soit effectuée à nouveau par l'infirmier(e) ?
Oui non
 - Pourquoi ?

Date :

Signature patient :

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU DELEGUE



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION
Pour le délégué

Nom :

Prénom :

Effets sur le délégué lui-même :

Pensez-vous que l'apport théorique a été suffisant pour perfectionner vos connaissances en physiopathologie hépatique ?

Oui

Non

Si non, avez-vous des propositions ?

.....
.....
.....
.....

Pensez-vous que le programme de formation pratique basé sur l'observation de 10 paracentèses, 10 paracentèses en présence du délégant et 10 paracentèses avec le délégant à proximité est suffisant ?

Oui

Non

Si non, avez-vous des propositions ?

.....
.....
.....
.....

Pensez-vous qu'être délégué a eu un effet :

Sur vos pratiques professionnelles

Oui

Non

Si oui lesquels :

.....
.....
.....
.....

Effet sur les patients :

Pensez-vous qu'être délégué a eu un effet sur la qualité de la relation interpersonnelle avec les bénéficiaires

Oui

Non

Si oui lesquels :

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU DELEGUE

Effets sur l'équipe soignante :

Etre délégué entraîne au sein de l'équipe :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Une meilleure cohésion | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Une complémentarité des rôles de chacun | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Un partage d'information plus cohérent | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Sur le partage d'expérience | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Autre ... | | |

Effets sur le déléguant

La relation de confiance entre déléguant - délégué est-elle renforcée ?

Oui Non

Sur le parcours patient

Pensez-vous qu'être délégué a un impact sur la prise en charge du patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....



**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION
Pour le déléguant**

Nom :

Prénom :

Effets sur le déléguant lui-même

Pensez-vous que le protocole de coopération a permis de libérer du temps médical ?

Oui Non

Si oui pour quelle(s) activité(s) ?

.....
.....
.....
.....

Effets sur l'équipe médicale

Etre déléguant entraine-t-il au sein de l'équipe médicale:

Une meilleure cohésion Oui Non

Un partage d'information plus cohérent Oui Non

Autre ...

Effets sur le patient

Pensez-vous qu'être déléguant a eu un effet sur la qualité de la relation interpersonnelle avec les bénéficiaires

Oui Non

Si oui lesquels :

.....
.....
.....
.....

Effets sur le délégué

La relation de confiance entre déléguant - délégué est-elle renforcée ?

Oui Non

Sur le parcours patient

Pensez-vous qu'être déléguant a un impact sur la prise en charge du patient ?

Oui Non

Si oui lequel,

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 11 : CHECK LIST ET SYNTHÈSE DE LA PARACENTÈSE

 <p>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE Beaujon</p>	CHECK-LIST & SYNTHÈSE DE LA SEANCE
--	------------------------------------

CHECK-LIST

Etiquette Patient

Date de la ponction :

Médecin prescripteur :

Infirmier délégué :

- 1^{ère} ponction oui non
Si oui, appel du délégant pour réaliser l'acte
- Pose bracelet identification oui non
- Dossier patient oui non
- Consentement signé et informations données oui non
- Installation du patient
(Couché sur le dos, la tête légèrement surélevée) oui non

Matériel :

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Champs stérile | <input type="checkbox"/> | Système clos de recueil | <input type="checkbox"/> |
| Gants stériles | <input type="checkbox"/> | Un corps de pompe type vacuteiner® | <input type="checkbox"/> |
| Masque | <input type="checkbox"/> | Un cathlon gris 14G | <input type="checkbox"/> |
| Compresse | <input type="checkbox"/> | 2 tubes secs de 10 ml | <input type="checkbox"/> |
| Antiseptique locale | <input type="checkbox"/> | Flacon aérobie et anaérobie d'hémoculture | <input type="checkbox"/> |
| Adhésif de fixation | <input type="checkbox"/> | un fût PCT | <input type="checkbox"/> |
| Sacs DAOM et DASRI | <input type="checkbox"/> | patch EMLA | <input type="checkbox"/> |
| Sur blouse (si le patient est en isolement) | <input type="checkbox"/> | | |
- Vérification de l'état cutané du patient oui non

SYNTHESE DE LA SEANCE

Poids : avant ponction : après ponction :

Volume d'ascite évacué :

Compensation : Albumine® 20% 100ml quantité :

Élément significatif pendant la séance :

Mode de sortie :

Retour à domicile

Hospitalisation

Autre établissement

Unité

Date du prochain RDV de paracentèse :

Date du prochain RDV du suivi médical :

Signature du délégué

ANNEXE 12 : BIBLIOGRAPHIE

Rédigé par : (nom/fonction)	Dr A. Leclercq / coordonnatrice de la recherche en soins C. Tenor / adjointe à la directrice des soins J. Devictor / infirmière coordinatrice	Date de réalisation : mars 2017	Date de mise à jour :
Validé par (nom, fonction)	Dr C. Francoz / praticien hospitalier en hépatologie	Date d'application :	

1. Les dossiers thématiques INSERM : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/cirrhose>.
2. [Recommandations professionnelles Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose](#). Haute Autorité de Santé ; Saint Denis La Plaine : HAS 2007.
3. [Prise en charge de l'ascite réfractaire à l'exclusion de l'anastomose portosystémique intrahépatique de la transplantation hépatique](#). Moreau R., Lebec D., Gastroentérologie Clinique et Biologique 2008 ; (32) : 710-716.
4. [Traitement de l'ascite chez les malades atteints de cirrhose](#). Moreau R., Presse Méd. 2001 ; 30 (14) : 695-702.
5. [Comment traiter une ascite ? Comment traiter une première poussée d'ascite ? Complications de l'hypertension portale chez l'adulte](#). Amiot X., Société nationale de gastroentérologie, Conférence de consensus. Texte court. Paris, 4 et 5 décembre 2003.
6. [Management of adult patients with ascites due to cirrhosis](#). American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline, Runyon BA. Hepatology 2013; Apr; 57(4): 1651-3.
7. European Association for the Study of the Liver clinical practice guidelines on the [management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis](#). Journal of Hepatology 2010; vol 53; 397-417.
8. [Performance standards for therapeutic abdominal paracentesis](#). Grabau CM, Crago SF, Hoff LK, Simon JA, Melton CA, Ott BJ, Kamath PS Hepatology. 2004 Aug; 40(2): 484-8. PMID: 15368454.

Etude prospective montrant la faisabilité (en terme de sécurité et d'efficacité) de la réalisation de paracentèse par un(e) infirmier-e-s de pratiques avancées (IPA) et déterminant le nombre de paracentèse à effectuer par l'IPA pour être compétent(e), aux **USA**.

9. [The safety and feasibility of large volume paracentesis performed by an experienced nurse practitioner](#). Gilani N, Patel N, Gerkin RD, Ramirez FC, Tharalson EE, Patel K. ; Ann Hepatol. 2009 Oct-Dec; 8(4):359-63. PMID: 20009136.

Analyse rétrospective, de 2003 à 2007 aux **USA**, comparant la réalisation de paracentèse (à grand volume) par les (IPA) et les médecins (étudiants en médecine). Les critères d'évaluation sont : le nombre

de paracentèses réalisées (245 et 244 respectivement), le nombre de tentative, le volume d'ascites retiré et la survenue de complications. Il n'y a aucune différence observée entre les IPA et les médecins pour tous ces critères.

10. [Expanding roles of nurse practitioners and physician assistants as providers of nonvascular invasive radiology procedures](#). Duszak R Jr, Walls DG, Wang JM, Hemingway J, Hughes DR, Small WC, Bowen MA. J Am Coll Radiol. 2015 Mar; 12(3): 284-9. PMID: 25444061.

Etude rétrospective, de 1994 à 2012, étudiant le rôle, en expansion, des professionnels de soins de pratiques avancées (infirmier -e- s et assistants médicaux) aux **USA**. Données extraites des demandes d'indemnisation de Medicare part B couvrant les soins en ambulatoire et certains de radiologie. Medicare est l'assurance maladie des plus de 65 ans qui concernant 32.3 et 33 millions de personnes en 1994 et 2012 respectivement. Le nombre de paracentèses pratiquées par ces professionnels est passé de 0 à 17967 de 1994 à 2012.

11. Patient Education : tests and procedures « Paracentesis ». Northwestern Memorial Hospital, Illinois, **US**.

<https://www.nm.org/search?terms=paracentesis>

Protocole en ligne de paracentèse qui peut être pratiquée par un médecin, une IPA ou un assistant médical.

12. [Developing a nurse-led, day-case, abdominal paracentesis service](#). Steve Hill, Joanna Rachel Smalley, and Hans-Ulrich Laasch. Cancer Nursing Practice, 2013, 12(5):14-20.
<http://dx.doi.org/10.7748/cnp2013.06.12.5.14.e942>

Deux études pilotes, montrant la faisabilité de la mise en place d'un service dédié aux paracentèses gérés/menés par des infirmières dans un hôpital de Manchester en **Angleterre**. Dès la première année de mise en place de ce service la durée d'hospitalisation a diminué de 75% et cela a engendré une économie de 250000 £ pour l'hôpital.

13. [Developing a nurse-led paracentesis service in an ambulatory care unit](#). Vaughan J. Nursing standard, 2013, 28, 4, 44-50.

Etude prospective montrant le gain de temps (attente du patient avant procédure principalement) avec la mise en place d'un service dédié aux paracentèses gérés/menés par des infirmières à Bath en **Angleterre**. Etude de satisfaction en parallèle mais manque de puissance.

14. [Paracentesis for malignant ascites procedure](#). Doncaster and Bassetlaw Hospitals, NHS, **UK**.

http://www.dbh.nhs.uk/Library/Patient_Policies/PAT%20T%2056%20v.1%20-%20Paracentesis%20for%20Malignant%20Ascites%20Procedure%20-%20Final.pdf

Protocole en ligne de paracentèse qui peut être pratiquée par un médecin ou une IPA.

15. Etendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisées en néonatalogie. Document conjoint : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du **Québec**.

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-03-01-fr-etendue-des-activites-medicales-infirmiere-praticienne-specialisee-en-neonatalogie.pdf>

« Traitements médicaux et application des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice. Exemples de traitements invasifs que l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie pourrait prescrire ou effectuer : ponction d'ascite. »