



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Claude D'HARCOURT
Directeur Général

ARS PACA
132 boulevard de Paris
13002 MARSEILLE

Saint-Denis, le 5 décembre 2017

Lettre recommandée avec AR

Nos réf. : DAQSS/MHRD/SLCA/SdC/PC-096/2017-093
Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Dossier suivi par : Sylvie LAOT
☎ 01 55 93 37 81

Objet : Avis de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération « Gestion de l'analgésie locorégionale (ALR) par perfusion d'agents anesthésiques locaux au domicile du patient après une chirurgie ambulatoire par un infirmier diplômé d'État libéral »

Monsieur le Directeur Général,

En application de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique (CSP), vous nous avez transmis pour avis un protocole de coopération le 16 juin 2015 intitulé « Gestion de l'analgésie locorégionale (ALR) par perfusion d'agents anesthésiques locaux au domicile du patient après une chirurgie ambulatoire par un infirmier diplômé d'État libéral ».

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint l'avis de la Haute Autorité de Santé sur ce protocole.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

Pr Dominique LE GULUDEC

Secrétariat : Carmélie Montes
Tél. : +33(0) 1 55 93 73 88 - Fax : +33(0) 1 55 93 73 90 - c.montes@has-sante.fr

5 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX - Tél. : +33(0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33(0) 1 55 93 74 00
www.has-sante.fr - N° SIRET : 110 000 445 00020 - code APE : 8411 Z



Avis n° 2017.0092/AC/SA3P du 15 novembre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Gestion de l'analgésie locorégionale (ALR) par perfusion d'agents anesthésiques locaux au domicile du patient après une chirurgie ambulatoire par un infirmier diplômé d'État libéral »

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 15 novembre 2017,

Vu les articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé modifié par l'arrêté du 28 mars 2012 ;

Vu la demande d'avis transmise par le Directeur général de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur en application de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;

Vu l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de mai 2012, « Protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de ropivacaïne 2 mg/ml, solution injectable en poche (NARPEINE et génériques) dans le cadre de l'analgésie postopératoire par cathéter périmerveux » ;

Vu la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de santé de 2009 « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient » ;

Vu la recommandation en santé publique de la Haute Autorité de santé de 2009 « Douleur chronique : aspects organisationnels - Le point de vue des structures spécialisées » ;

Vu l'avis de l'Union nationale des professionnels de santé du 26 septembre 2017 ;

Vu l'avis du Collège de médecine générale du 12 août 2017 ;

Vu l'avis de la Société française d'étude et traitement de la douleur du 13 octobre 2017 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre infirmier du 26 octobre 2017 ;

Vu la demande d'avis transmise au Conseil national de l'ordre des médecins, au Collège de médecine générale, transmise le 7 septembre 2017 ;

Considérant que ce protocole consiste à confier à des infirmier(e)s, en médecine de ville, la prise en charge de la douleur post opératoire par une analgésie péri-nerveuse, et plus précisément :

- la surveillance de la perfusion d'analgésiques locaux ;
- la surveillance de la perfusion d'anesthésiques locaux ;
- le renouvellement de poches d'analgésiques locaux ;
- le dépistage des effets indésirables et mise en œuvre des stratégies adaptées ;
- la mise en place des conduites à tenir en cas d'événements indésirables ;
- la réfection du pansement ;
- l'ablation du cathéter.

Considérant que le protocole concerne les patients majeurs bénéficiant d'une chirurgie orthopédique présentant des douleurs postopératoires prévisibles sévères d'au moins 24 h ou des douleurs modérées durant plus de 24 h avec des contre-indications aux antalgiques de palier II ;

Considérant que le délégant pose l'indication et valide la prise en charge ambulatoire par le délégué ;

Considérant que le suivi du patient est réalisé sous certaines conditions de sécurité. Il est précisé qu'il doit être accompagné jusqu'à la fin de sa prise en charge et demeurer à moins d'une heure de l'établissement hospitalier ;

Considérant que le délégué doit être joignable 24H/24 ;

Considérant qu'il existe, pour les médecins anesthésistes de l'établissement hospitalier, un système d'astreinte 24H/24, permettant au délégué ou au patient de pouvoir les contacter en cas de besoin ;

Considérant, toutefois, que certains éléments du protocole doivent être modifiés ou précisés ;

ADOPTÉ L'AVIS SUIVANT :

Le collège de la Haute Autorité de santé est favorable à l'autorisation du protocole de coopération « Gestion de l'analgésie locorégionale (ALR) par perfusion d'agents anesthésiques locaux au domicile du patient après une chirurgie ambulatoire par un infirmier diplômé d'État libéral », sous réserve que soient apportées les modifications et précisions suivantes :

Liste des actes dérogatoires

Il conviendrait, dans la liste des actes dérogatoires :

- d'ajouter « surveillance de la perfusion en continu d'anesthésique local : Ropivacaïne (Naropéïne à 0,2 %) » ;
- d'ajouter la phrase : « La perfusion d'anesthésique est prévue sur 72 h sans changement de poche au niveau du cathéter » ;

Lieu de mise en œuvre

Il conviendrait :

- de compléter la phrase « Les blocs nerveux suivants seront concernés dans ce protocole : bloc interscalénique (épaule), bloc supra claviculaire (membre supérieur hors épaule),... », par les termes « fémoral, sciatique » ;
- d'ajouter la phrase « Un(e) IDEL délégué(e) est joignable 24h/24 afin de répondre à une alerte du patient ».

Références

Il conviendrait de préciser que les références sont actualisées en fonction des données de la science.

Type de patient

Il conviendrait :

- de remplacer la première phrase par la phrase « Sont éligibles à ce protocole, les patients majeurs ASA 1, 2, et 3 stabilisés (voir annexe 2) » ;
- d'ajouter aux critères d'exclusion, le critère «- ou tout autres critères médicaux, ou non médicaux pouvant contre indiquer la prise en charge ».

Information du patient

Il conviendrait dans la fiche projet et dans l'annexe 3, de préciser que l'IDEL prend en charge le patient dans le cadre d'un protocole de coopération et qu'il peut l'accepter ou le refuser, et que, s'il refuse, le médecin anesthésiste lui propose une solution de prise en charge de sa douleur.

Il conviendrait, après la phrase « Le délégué informe le patient de ses obligations liées à la prise en charge par cathéter, à savoir : », d'ajouter les points suivants :

« - l'obligation de ne pas quitter le domicile pendant toute la durée du protocole ;

- l'obligation d'un accompagnant tout au long de la procédure ;

- les risques en cas de non-respect de ces obligations ».

Formation

Il conviendrait de remplacer le point « La pharmacologie des agents anesthésiques locaux », par « La pharmacologie des agents anesthésiques locaux et leur toxicité ».

Il conviendrait d'ajouter le paragraphe suivant :

« La formation intègre un module concernant la toxicité des anesthésiques locaux

Il convient de :

- prévoir des ateliers par simulation lors d'un surdosage en anesthésiques locaux ;
- prévoir des ateliers de PEC des urgences vitales ;
- prévoir des ateliers de simulation des complications potentiellement rencontrées (inefficacité antalgique, mobilisation du KT, fuite sur le KT, etc.) ;
- prévoir de montrer la pose du KT aux délégués.

La grille d'évaluation des connaissances et des compétences intègre également les données concernant cathéters péri-nerveux : propriétés, conditions techniques, mode d'administration, indications, contre-indications, complications associées, etc.

Tous les items de la grille sont validés.

En cas de non validation d'au moins un item, une formation est proposée.

Une évaluation des compétences est réalisée au moins 1 fois par an par un délégué ».

Intervention des délégués

Il conviendrait

- d'ajouter les phrases suivantes :

- o « Tous les médecins anesthésistes de l'établissement doivent avoir la liste des patients pour qui le protocole est en cours, et pouvoir répondre en cas de besoin. Un système d'astreinte commun est organisé H24 avec un numéro de téléphone unique à appeler par le patient ou le délégué. » ;
- o « En cas de signes d'effets indésirables, l'IDEL doit rejoindre le patient, rester auprès du patient jusqu'à disparition des signes. » ;

- de supprimer le terme « improbable ».

Retour d'expérience

Il conviendrait d'ajouter le paragraphe :

« Les événements indésirables (EI) sont recueillis par l'IDEL (annexe 13). Ils seront tous signalés au délégué. Il sera averti rapidement et décidera, avec le délégué, des actions à mener.

L'analyse des EI est effectuée par le délégué et le délégué.

Une réunion d'analyse de pratique est organisée au moins 1 fois/an.

Traçabilité et archivage

Il conviendrait d'ajouter le paragraphe :

« Le dossier du patient est auprès de lui et le délégué s'y réfère et y insère le suivi de ses actes (fiches de traçabilité, annexe 3).

À la fin de la prise en charge de la douleur par le délégué, les éléments du suivi sont transmis au délégué et archivés dans le dossier médical du patient à l'hôpital.

Les documents suivants sont formalisés et connus des délégués et des délégués :

- situations d'urgence et procédure en cas d'urgence ;

- la fiche des événements indésirables ;
- l'arbre décisionnel ;
- les indicateurs de suivi.

Annexes

Il conviendrait dans l'annexe 3, d'apporter les précisions suivantes :

- un accompagnant est obligatoire jusqu'à la fin de la prise en charge ;
- le patient n'est pas autorisé à quitter son domicile tant que l'analgésie péri-neurale est en place ;
- l'infirmière libérale du réseau de prise en charge exerce près de son domicile ;
- le domicile du patient est à moins d'1 heure de l'établissement hospitalier.

Il conviendrait, dans l'ensemble des annexes, de supprimer le terme « *Skype* ».

Il conviendrait de supprimer l'annexe 10, relative aux indicateurs de suivi, et de la remplacer par la fiche annexée au présent avis.

Le présent avis sera publié au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fait le 15 novembre 2017.

Pour le collègue :
La présidente de séance,
P^r Elisabeth BOUVET
Signé

ANNEXE : FICHE DE DÉCLINAISON DES INDICATEURS

Contexte

Les protocoles de coopération sont évalués dès la 1ère année par les ARS. L'évaluation est réalisée à partir d'indicateurs définis au regard des objectifs (bénéfices attendus) visés par la mise en place du protocole.

Ces objectifs peuvent concerner : un besoin en santé publique, l'accès aux soins diagnostiques et thérapeutiques, l'optimisation de la qualité des prises en charge et de la satisfaction et qualité de vie des acteurs, et à terme l'évolution des métiers.

Dans le but de simplifier et d'harmoniser l'évaluation des protocoles de coopération par l'ARS, des indicateurs sont proposés par la HAS. Ils mesurent l'activité, la qualité, la sécurité et le résultat des soins délégués ainsi que la satisfaction des acteurs. Certains sont recommandés, les autres peuvent être recueillis ou complétés par les promoteurs qui le souhaitent. Dans tous les cas, ils doivent être adaptés par les promoteurs aux spécificités de chaque protocole de coopération. À l'issue des résultats de la 1ère évaluation, les indicateurs pourront être actualisés autant que de besoin.

Pour mettre en œuvre la mesure de ces indicateurs, il convient de renseigner, au préalable les éléments entrant dans la composition des indicateurs :

- la définition d'un patient éligible au protocole
- les critères d'inclusion
- les critères d'exclusion
- la définition des événements indésirables
- les critères d'alerte et le seuil d'alerte
- la période d'évaluation de l'indicateur (en début de protocole, qui sera revue selon le résultat de son évaluation).

Chaque indicateur est défini par un numérateur et un dénominateur (sauf pour les délais, définis par un numérateur).

Éléments à renseigner pour définir et mesurer les indicateurs adaptés au protocole

Pour définir les indicateurs permettant d'évaluer les protocoles de coopération, il convient de préciser au préalable les éléments figurant dans la fiche de déclinaison suivante.

Il est recommandé de transmettre la fiche de déclinaison des indicateurs en amont de la saisine finale.

Promoteur :

Délégant : médecin anesthésiste réanimateur

Délégué : IDE libéral

Objectifs du protocole

Répondre à un besoin identifié.

Amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge par cathéter périmerveux.

Optimisation du taux de conformité de prise en charge par rapport aux pratiques recommandées.

Gain de temps médical dédié au suivi de cas complexes. Optimisation du temps médical.

Diminution des consommations d'opioïdes pour la gestion de la douleur postopératoire (problème de santé publique aux USA).

Améliorer la prise en charge des patients pour bénéficier d'un retour plus rapide à leur domicile avec diminution des durées moyennes de séjour.

Améliorer la satisfaction du patient.

Développer la chirurgie ambulatoire et la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC).

Garantir une offre de soins personnalisée et de qualité. Le risque d'infection nosocomiale est ainsi diminué.
Créer un parcours innovant en ambulatoire.

Développer les compétences de l'infirmière libérale et valorisation des compétences du délégué

Actes délégués

Transfert d'acte(s) ou d'activité(s) hors champ légal d'exercice

- Surveillance d'une perfusion continue d'un anesthésique local (Naropéine à 0.2 %) par une pompe analgésique contrôlée par le patient (ACP) via des cathéters péri-nerveux sans intervention médicale physique à tout moment.
- Renouvellement de poches d'analgésiques locaux.
- Dépistage des effets indésirables et mise en œuvre de stratégies adaptées.
- Mise en place des conduites à tenir en cas d'événements indésirables.
- Réfection du pansement.
- Ablation du cathéter périnerveux.

Population éligible, population incluse au protocole

La population définie comme « éligible » est celle qui correspond aux critères d'inclusion et d'exclusion.

La population « incluse » est la population éligible, qui après avoir été informée a accepté d'adhérer au protocole.

La population éligible qui refuse le protocole est prise en charge par les délégués.

Ainsi, dans la définition des indicateurs, la population « éligible » correspond aux patients inclus (population incluse et suivie par les délégués) ET aux patients éligibles non inclus au protocole (suivis par les délégués).

Population d'étude

Les patients inclus dans ce protocole devront répondre aux critères de sélection suivants.

1. Critères d'inclusion :

- Sujet de sexe masculin ou féminin âgés de 18 ans ou plus, jusqu'à 80 ans ;
- Sujet devant bénéficier d'une intervention de chirurgie orthopédique programmée sous anesthésie générale ;
- Sujet éligible à une prise en charge ambulatoire ;
- Sujet respectant la clause d'ambivalence définie ci-après :
 1. Ne présentant pas de contre-indication au cathétérisme périnerveux analgésique;
 2. Ne présentant pas d'allergie connue aux anesthésiques locaux ;
 3. Susceptible d'être candidat à la pose d'un cathéter périnerveux analgésique;
- Sujet capable de remplir un auto-questionnaire en français;
- Sujet ayant signé un consentement éclairé écrit et s'engageant à respecter les instructions du protocole.

2. Critères de non inclusion :

- Sujet de plus de 80 ans ;
- Sujet mineur, femme enceinte ou allaitante, sujet n'étant pas affilié au régime de sécurité sociale ;
- Sujet présentant une allergie connue aux anesthésiques locaux de type amide ;
- Contraintes réglementaires à la prise en charge ambulatoire des cathéters périnerveux non respectées :
 1. Impossibilité d'une surveillance infirmière biquotidienne ;
 2. Non présence d'un proche adulte et responsable au domicile en fin de journée ;
- Sujet avec un score ASA *physical status (American Society of Anesthesiologists)* > 3 ou 3 instable ;
- Sujet incapable de remplir seul un auto-questionnaire (incapacité pour lire le français, troubles cognitifs sévères) ;
- Sujet présentant des troubles cognitifs déjà documentés (Alzheimer, démence, séquelle neurologique) ;
- Sujet traité par antipsychotiques (neuroleptique ou lithium) ;
- Sujet consommateur actif de stupéfiant ;
- Sujet n'ayant pas signé de consentement éclairé.

3. Critères d'exclusion :

- Sujet pour lequel l'intervention chirurgicale n'a pas pu être réalisée après l'admission au bloc opératoire (quel qu'en soit le motif) ;
- Sujet pour lequel l'intervention chirurgicale a été réalisée en urgence avant la date programmée initialement (quel qu'en soit le motif) ;
- Sujet pour lequel une hospitalisation non prévue est rendue nécessaire (quel qu'en soit le motif).

4. Justification du choix des critères de sélection

Les sujets retenus doivent être opérés d'une intervention de chirurgie orthopédique potentiellement douloureuse et présentant une indication classique de cathétérisme périnerveux analgésique selon les recommandations en vigueur pour le parcours en hospitalisation, à savoir dès lors que la douleur prévisible modérée à sévère dure plus de 24 heures [RFE SFAR 2003 et 2008]. Le but est de refléter au plus près les pratiques quotidiennes en termes d'analgésie locorégionale continue en parcours d'hospitalisation et de les étendre au parcours ambulatoire.

Indications chirurgicales retenues et techniques locorégionales recommandées (selon RFE SFAR 2003).

Type de chirurgie	Groupe 'injection unique'	Groupe 'pompe électronique'
Chirurgie de l'épaule		
<ul style="list-style-type: none"> - Rupture de coiffe des rotateurs - Arthrolyse d'épaule - Acromioplastie à ciel ouvert - Intervention de Bankart - Butée d'épaule - Ostéosynthèse de la tête humérale 	Bloc interscalénique	Cathéter interscalénique
Chirurgie du bras et de l'avant-bras		
<ul style="list-style-type: none"> - Ostéosynthèse de la diaphyse humérale - Fracture de la palette humérale - Arthrolyse du coude 	Bloc axillaire	Cathéter infra-claviculaire
Chirurgie de la main		
<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie complexe de la main (rizarthrose, greffe osseuse) - Traumatisme grave de la main 	Bloc axillaire	Cathéter infra-claviculaire

Type de chirurgie	Groupe 'injection unique'	Groupe 'pompe électronique'
Chirurgie de la cuisse		
- Fracture de la diaphyse fémorale	Bloc fémoral	Cathéter fémoral
Chirurgie du genou		
- Ligamentoplastie - Chirurgie ouverte - Arthroplastie de genou	Bloc fémoral	Cathéter fémoral
Chirurgie de la cheville		
- Fracture de cheville - Ligamentoplastie complexe de cheville	Bloc sciatique	Cathéter poplité
Chirurgie du pied		
- Chirurgie majeure du pied	Bloc sciatique	Cathéter poplité

Critères de sortie du protocole

Préciser les motifs de sortie secondaire du protocole (hors refus initial d'adhésion)

- Indisponibilité d'une IDE libérale formée sur la période prescrite de prise en charge
- Survenue d'effets indésirables nécessitant l'arrêt du traitement
- Indisponibilité d'un aidant à domicile
- Refus du patient de poursuite de cette prise en charge

Critères d'alerte du délégant par le délégué

Définir les critères qui doivent motiver l'alerte du délégant par le délégué, et préciser la conduite à tenir prévue dans le protocole.

Annexe 7

Infection au point de ponction

Acouphènes

Tremblements

Plaintes : goût métallique, sensation de tête vide, flou visuel => appel infirmier ou médecin => réhospitalisation

Liste des événements indésirables et indésirables graves

Liste des événements indésirables (dont les événements indésirables graves)

Liste des événements indésirables graves

Ces événements peuvent faire partie des critères d'alerte.

Annexe 13

Pour tout type de cathéter et pompe

Incidents de surdosage et de toxicité des AL

Bloc moteur trop profond

Malaise vagal

Inefficacité du bloc périnerveux

Inflammation du point de ponction ou de signes locaux d'infection lors de la réfection du pansement

Ablation accidentelle du cathéter

Neuropathie post analgésie locorégionale

Fuite du cathéter

Pour la chirurgie de l'épaule : cathéters interscaléniques

Diffusion périurale de l'analgésique

Ptosis gênant

Modification de la voix invalidante

Troubles de la déglutition

Paresthésie au membre controlatéral

Gêne respiratoire

Cathéter fémoral ou sciatique

Ablation accidentelle et levée intempestive d'analgésie

Indicateurs d'évaluation et de suivi spécifique de votre protocole

Vous trouverez ci-dessous un tableau d'indicateurs « socle »¹ permettant d'évaluer votre protocole en termes d'activité, de qualité et sécurité des soins, de résultat et de satisfaction. Certains indicateurs sont recommandés et surlignés en gras. À l'intérieur de la thématique évaluée vous pouvez, si vous le souhaitez, retenir les autres propositions d'indicateurs et/ou les compléter.

Vous devez en amont de la proposition des indicateurs vous assurer de la faisabilité du recueil des informations à renseigner ainsi que du calcul de chaque indicateur.

Les indicateurs que vous soumettez dans votre protocole sont analysés par la HAS. Suite à cette analyse la HAS vous propose, si nécessaire, une optimisation de ces indicateurs au regard des objectifs spécifiques de votre protocole. Le numérateur, le dénominateur (sauf pour les délais), l'objectif cible, le seuil d'alerte, la périodicité de recueil de l'indicateur ainsi que des commentaires pour l'analyse et l'interprétation du résultat, vous sont proposés dans un tableau. Ces indicateurs seront si nécessaire actualisés suite à la 1^{ère} évaluation réalisée par les ARS.

-
- ¹ Pour information, l'analyse des pratiques et des événements indésirables à réaliser dans le cadre du protocole, ne figure pas dans le socle d'indicateurs. Il s'agit par ex. des : rencontres délégué/délegant, revues de dossiers, réunions d'analyse des pratiques/événements indésirables et/ou du résultat des indicateurs.

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié(e n %)	Numérateur	Dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	Périodicité	Commentaires
Activité	Taux de patients éligibles inclus au protocole Analyser les causes de non inclusion	Tendre vers 100 %	Nombre de patients inclus au protocole	Nombre de patients éligibles au protocole	< 80 %	Annuelle	Évalue la part de patients éligibles qui sont inclus et suivis dans le cadre du protocole (file active) Estimer l'objectif attendu sur une période donnée. Un seuil d'alerte < 80 % est proposé. Évaluer l'acceptabilité pour les patients de leur prise en charge par les délégués. Optimiser le taux d'inclusion selon les causes de refus identifiées
	Taux d'activité déléguée	100 %	Nombre de patients ayant bénéficiés d'une prise en charge complète	Nombre de patients inclus	< 80 %	Annuelle	Évalue la part d'activité déléguée Estimer l'objectif attendu et le seuil d'alerte en termes d'activité déléguée sur une période donnée
	Taux de sortie du protocole Analyser les causes de sortie du	Tendre vers 0 %	Nombre de patients sortis secondairement du protocole	Nombre de patients inclus au protocole	À définir	Annuelle	La sortie consiste en une interruption du suivi réalisé par le délégué. Elle peut être due à une décision du patient, une alerte par le

	protocole						délégué, un décès Réduire le taux de sortie secondaire selon les causes modifiables identifiées
Qualité et sécurité des soins	Taux d'alerte(s) pertinente(s) du délégué par le délégué Pertinence évaluée par le délégué	Tendre vers 100 %	Nombre d'alertes justifiées du délégué par le délégué	Nombre d'alertes du délégué par le délégué	< 70 %	Selon le seuil d'alerte	L'alerte du délégué par le délégué est une bonne pratique à réaliser en cas de survenue des critères d'alerte définis dans le protocole. Un taux < 70 % est proposé comme seuil d'alerte
	Taux d'événements indésirables associés aux soins	< 10 %	Nombre de patients inclus ayant eu au moins un EIAS	Nombre de patients inclus	Taux > au taux cible à préciser - Dyspnée modérée > 30 % - Enrouement de la voix > 15 % - Dysphagie > 10 % - Recherche d'un avis médical par le patient > 15 % - Fuites du cathéter > 15 % - Mobilisation du cathéter > 5 % interscalénique et 30 % en fémoral An analysis of 1505 consecutive patients receiving continuous interscalene analgesia at home: a multicentre prospective safety study Frederickson Anaesthesia 2016, 71, 373–379 J. Fredrickson, 1,2	≥ 10 %	- Événements indésirables cités dans la cartographie des risques (annexe 13) - Distinguer s'il y a lieu les événements indésirables graves - Comparer au taux obtenu sur la même population suivie par le délégué Seule l'analyse des causes de ces événements permettra de juger du caractère évitable ou lié à la pratique du délégué

	Nombre d'appels téléphoniques du délégué vers le délégant pendant la prise en charge déléguée	Tendre vers 0	Nombre de patients inclus dans le protocole	Nombres d'appels téléphoniques du délégué vers le délégant	Taux > 10 %		Appel résultant d'une non application de la procédure ou d'une insuffisance de compréhension du protocole. Nombre d'appels considérés comme justifiés par le délégant
Résultats & satisfaction	Taux d'actes conformes à l'objectif recommandé	Tendre vers 100 %	Nombre d'actes réalisés dans la population éligible qui sont conformes à l'objectif recommandé	Nombre d'actes réalisés dans la population éligible	À définir Taux < au taux des délégants	Annuelle	À analyser pour les actes/consultations délégués et à comparer au taux obtenu sur la population éligible prise en charge par les délégants À analyser globalement en termes de résultats pour la structure
	Taux de patients pris en charge dans les délais cibles/recommandés	Tendre vers 100 %	Nombre de patients éligibles pris en charge dès le soir même	Nombre de patients éligibles pris en charge	90 %	Annuelle	À analyser pour les actes/consultations délégués et à comparer au taux obtenu sur la population éligible prise en charge par les délégants À analyser globalement en termes de résultats pour la structure
	Cf. Évaluation de la satisfaction du patient sur un score	EVAN > 75			EVAN < 70	Annuelle	À analyser au regard du taux de réponses (remplissage des questionnaires)

	validé : EVAN G						
	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100 %	Nombre de délégués ayant répondu « oui » à la question « Etes-vous satisfait du protocole »	Nombre de délégué(e)s ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 80 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation Analyse des causes et des abandons (voir plus haut analyse des EI)
	Taux de satisfaction des délégant(e)s	Tendre vers 100 %	Nombre de délégants ayant répondu « oui » à la question « Êtes-vous satisfait du protocole »	Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 80 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation Analyse des causes et des abandons

