« Dans la vie, il n'y a pas que des solutions , il y a des forces en marche; il faut les créer et les solutions suivent. »

Antoine de Saint Exupery

Le rythme des évolutions est si rapide, que si vous ne trouvez pas un moment pour garder votre regard sur le futur, vous n'aurez aucune chance de garder le contact avec le présent

Dean Rusk

Dans une entreprise, il n'y a de place à la croissance , que s'il existe de l'innovation

Benoit Potier, Air Liquide

Innover, ce n'est pas avoir une nouvelle idée, mais arrêter d'avoir une vieille idée.

Edwin Herber Land

Il n'y a aucun mal à changer d'avis , pourvu que cela soit dans le bon sens

Churchill

L'innovation , c'est une situation qu'on choisit parce qu'on a une passion brulante pour quelque chose.

Steve Jobs

Dans ce monde, il n'y a rien de constant , hormis le changement

Partenaires industriels: Bard, Perouse, Romedex, Vygon, Teleflex…

Pas de conflit d'intérêt

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

La Délégation.
L'expérience du CLB: l'Accès Veineux Central.

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Mary CELLUPICA - Dr ROSAY Hervé

Unité d'accès vasculaire - Département d'Anesthésie Réanimation

Centre Léon Bérard - LYON

The **CLB**: centre médico chirurgical totallement dédié à la **cancérologie;**

Tous les traitements du cancer:

- Chirurgie
- Oncologie médicale, chimothérapie
- Radiothérapie
- Soins à domicile.

Recherche clinique et fondamental

Innovation: -Organisation (Patient debout, Arrivée J0, infirmière clinicienne, Go de chimio, chir ambulatoire en cancéro …)

-**Politique salariale**: recrutement, projets,…

Accès veineux central: cœur de notre métier.

- Chimiothérapie
- Soins de support:
  - Antibiothérapie prolongée
  - Nutrition
  - Hydratation
  - Anti oedèmateux cérébraux: mannitol
  - Transfusion
- Prélèvements nombreux
- Chirurgie
- Soins continus
- Radiologie spécialisée

Qui sommes nous? Notre histoire. Accès vasculaire Légitimité

Le département d'anesthésie (11 médecins): opérateurs exclusifs pour toutes les VVC. Chambres implantables, VVC tunnelisée, PICC (2009)

Depuis 2010: 3 IDE mi temps

>2600 demandes d'accès veineux/an

2004: poses 1600 VVC

Notre histoire. Accès vasculaire

Nombreuses externalisations

Nombreux mécontentements

Nombreuses complications

Délai élevé, problèmes d'organisations

2005 **Analyse du chemin clinique d'un patient devant bénéficié d'une VVC.**

Gestion des risques à priori

Centralisation des demandes

- Formulaire de demande informatisé

Gestion par le secrétariat du DAR

- Courrier d'information
- Ordonnance de biologie
- Contrôle des résultats
- Appels du J-1 ou –3

Amélioration concomitante de la gestion des plages de bloc opératoire, mais une augmentation contemporaine de l'activité chirurgicale

2008: 1800 VVC, externalisation de 800 VVC

La disponibilité des poseurs médecins étant un des facteurs limitant,

l’externalisation étant un échec,

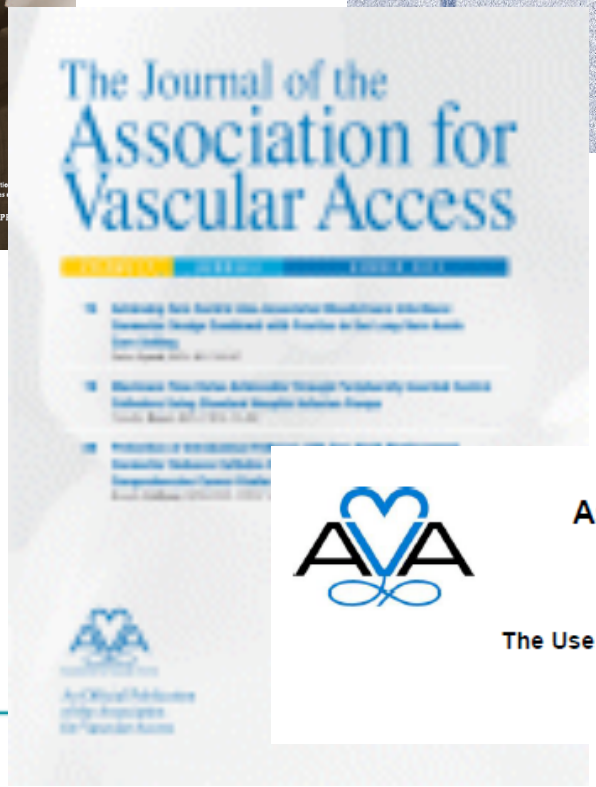
il nous faut repenser autrement la pose de l’accès veineux central

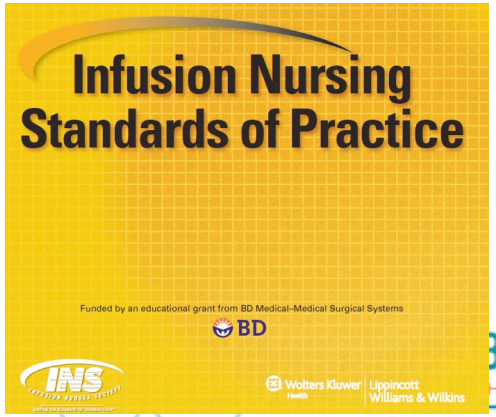
Est-ce le rôle des médecins de poser toutes les VVC ?

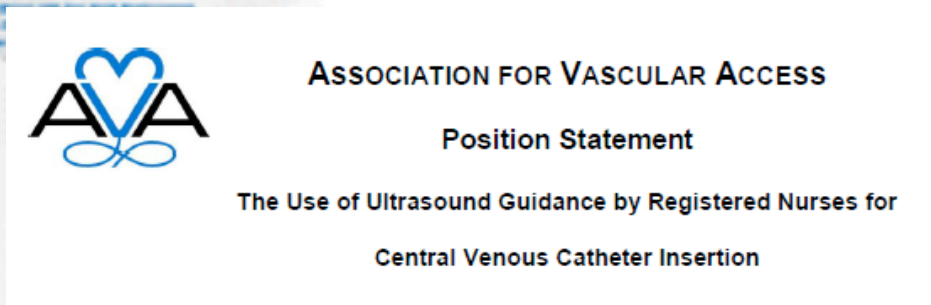
IV Team

Revised 2008 Supplement Enclosed
April 2005
Nursing Best Practice Guideline
Shaping the future of Nursing
Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications
RNAO
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES

Royal College of Nursing
Standards for infusion therapy


The Journal of the Association for Vascular Access


Infusion Nursing Standards of Practice
Funded by an educational grant from BD Medical-Medical Surgical Systems
BD
INS
Wolters Kluwer Health
Lippincott Williams & Wilkins


AVA
ASSOCIATION FOR VASCULAR ACCESS
Position Statement
The Use of Ultrasound Guidance by Registered Nurses for Central Venous Catheter Insertion

3, rue Danton
92240 Malakoff
Tél Standard. 01.41.17.15.15
Tél. Assistante. 01.41.17.15.46
Fax. 01.41.17.15.71
www.cneh.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE

REALISATION D'UNE ETUDE SUR L'EVALUATION QUALITATIVE DES EXPERIMENTATIONS DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

RAPPORT FINAL

Février 2008

Cette étude a été coordonnée par Gilles Poutout, elle a été réalisée par Pascale Augé, Marie-Hélène Cabé, Jean-Louis Pépin et Gilles Poutout, avec la collaboration de Delphine Bogard et Mariana Lecarpentier

LES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LES ASPECTS JURIDIQUES

Délégation, transferts, nouveaux métiers…

Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

Recommandation HAS

en collaboration avec l'ONDPS

Avril 2008

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Bases méthodologiques pour la réalisation d'un cahier des charges

Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante

Avril 2008

Table 3. Outcomes on insertion of central venous catheters (CVCs)

Complications on insertion, *n* (%)	Clinician type: Anaesthetic medical staff	Clinical nurse consultant	*P*
Uneventful	194 (79%)	96 (78%)	0.91
Multiple passes	18 (7%)	5 (4%)	0.32
Arterial puncture	1 (<1%)	0	1.00
Failed venous access	12 (5%)	8 (7%)	0.69
Misplaced CVC tip	1 (<1%)	0	1.00
Difficult feed*	4 (2%)	4 (3%)	0.53
Difficult access	11 (4%)	9 (7%)	0.33
Pneumothorax	2 (1%)	0	0.55
Haematoma	2 (1%)	1 (1%)	0.56

* Difficult feed refers to difficulty in feeding either the guide wire or the catheter itself after vessel cannulation.

Table 4. Outcomes of central venous catheter (CVC) tip surveillance

	Clinician type: Anaesthetic medical staff*	Clinical nurse consultant*	$P^{\dagger}$
Routine CVC tip surveillance‡ (*N* = 159)	103 (42%)	56 (58%)	
No tip growth	79 (77%)	51 (91%)	0.01
Tip growth	24 (23%)	5 (9%)	< 0.01
Clinically indicated CVC tip surveillance,§ (*N* = 56)	46 (19%)	10 (8%)	< 0.01
No tip growth	20 (44%)	9 (90%)	0.04
Tip growth only	7 (15%)	0	0.33
BC growth only	3 (6%)	0	1.00
CRBSI	16 (35%)	1 (10%)	0.24
CRBSIs/1000 catheters	2.5	0.4	0.04
Catheter-related thrombosis	1 (< 1%)	0	1.00

BC = blood culture. CRBSI = catheter-related bloodstream infection.
* Figures are number (%), except where otherwise indicated.
† Continuous data analysis using *t*-test and categorical data analysis using Fisher's exact test. ‡ No blood culture. § Tip and blood culture.

Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant or anaesthetic medical staff: a single-centre observational study

Critical Care and Resuscitation • Volume 12 Number 2 • June 2010

Nic Yacopetti, Evan Alexandrou, Tim R Spencer, Steven A Frost, Patricia M Davidson, Greg O'Sullivan and Ken M Hillman

The expanding role of a IV service in hospitals

Carmel Streater
Divisional Lead Nurse for Investigative Sciences

CAMBRIDGE UNIVERSITY HOSPITAL FOUNDATION TRUST
ENGLAND, UNITED KINGDOM

WoCoVA
World Congress Vascular Access

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Quicksearch Search

Connect

Home | Clinical applications | Doctors' Handbook | Nurses and Midwives

The Trust | For Staff | Document Library | Departments & Services | News | Contacts | How do I...? | GP Home Page

YOU ARE HERE: Home > Departments & Services > Clinical Departments > Central Venous Access Team (CVAT)

- Departments & Services
- Clinical Departments
- Central Venous Access Team (CVAT)
- Central Line Insertion Form

Central Venous Access Team (CVAT)

Information about the CVAT including how to refer, contact details and essential documents.

Roles of the CVAT ¦ How to refer ¦ Whom to refer ¦ Download documents

Related Pages:
Central Line Insertion Form

Offsite Links:
Addenbrooke's CVC Tracking

The Central Venous Access Team (CVAT) was set up in 2005 to improve the care of patients with complex vascular access requirements and to reduce complication and infection rates. The team is multi-disciplinary with two ICU consultants providing medical support and four very experienced specialist nurses doing most of the day-to-day work. The Vascular Access Unit is situated on Level 4 Radiology.

Our main roles

- The insertion and care of **long term central venous access devices** (CVADs) e.g. tunnelled lines (Hickman lines), Port-a caths, PICCs
- The insertion and care **short-term CVADs** (central lines)
- To provide **protocols and equipment** so that CVADs that have to be inserted outside of the vascular access unit are done so expertly
- To provide a **consultation service** to patients and staff
- To **educate staff** in the insertion and care of CVADs

How to refer

Patients can be referred to us by filling in the **referral form** linked on the right; alternatively, **bleeps** (**152 080** and **152 655**) are carried Monday to Friday 9am to 5 pm. You can also **email** us on vascular.accessteam@addenbrookes.nhs.uk.

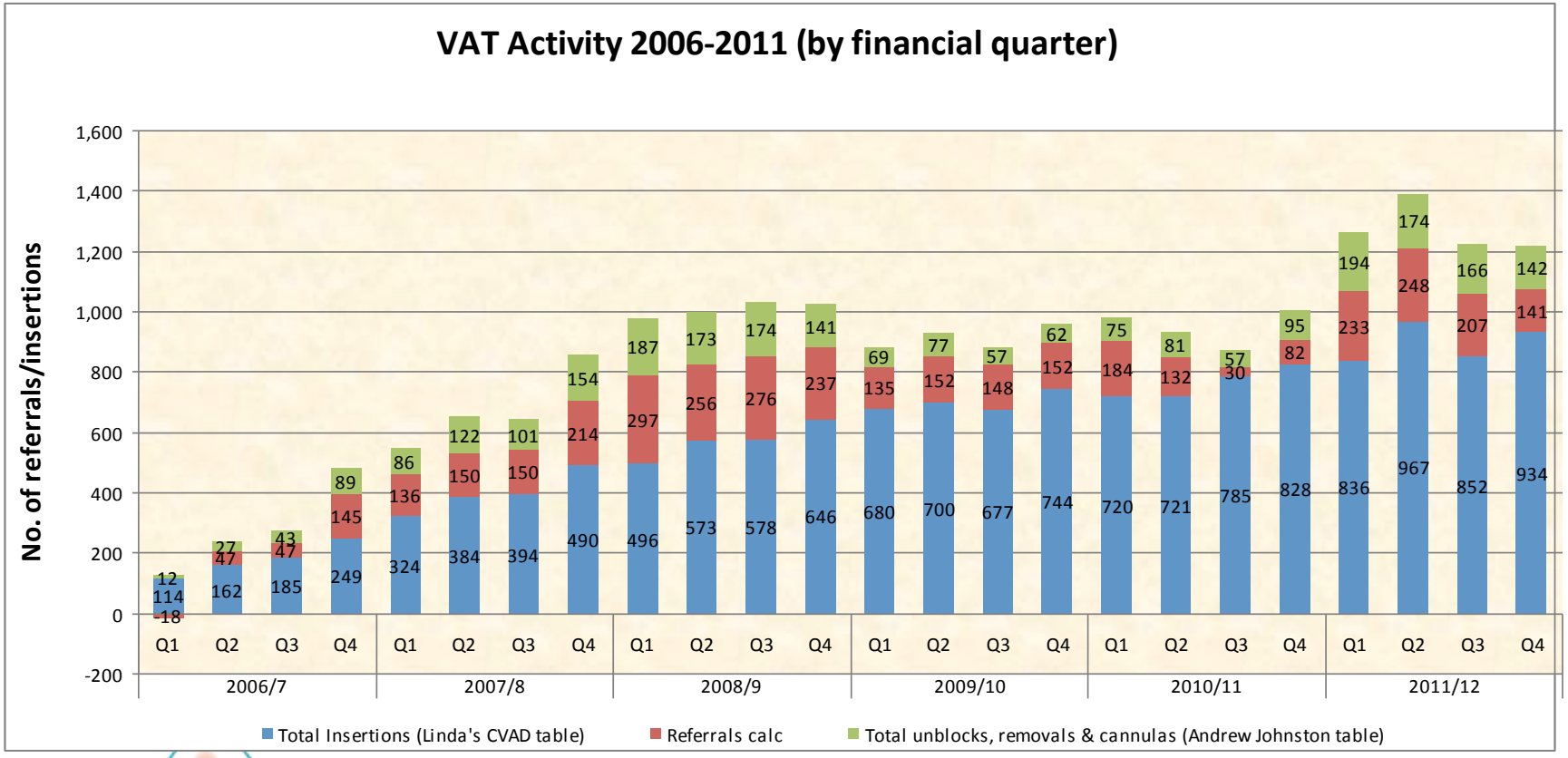
Whom to refer

We would expect you to involve us with the following types of patient:

- Patients requiring **long term CVADs**
- Patients whom have **poor peripheral vascular access** or whom require vascular access for **longer than one week**
- Patients not in ICU or theatres who require **central venous access**. In the case of emergencies or out-of-hours you may have to contact the on-call anaesthetist for help.
- Patients with CVADs in situ in which there are **complications or problems**

Any CVAD inserted outside of the K3 vascular access unit must be done by a competent practitioner using an aseptic technique and using the equipment to be found on the vascular access trolleys. Unless there is a specific contraindication, then ultrasound is be used during the insertion.

Activity what can be achieved



Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Pourquoi maintenant ?

Loi HPST
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Textes de référence

l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004,

- Article 51 de la loi du 21 juillet 2009, qui vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental
- Arrêté du 31 décembre 2009 qui précise les pièces nécessaires à l'examen des demandes (demande d'autorisation d'un protocole et demande d'adhésion à un protocole autorisé), les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles

Qu’est ce qui a motivé le médecin responsable de département: Recherche de la qualité. Proactive attitude:

Réactive Attitude ≠ Proactive attitude

Malveillance

Bienveillance

Qu’est ce qui a motivé le médecin responsable de département: accès veineux central

Offre de qualité :

- **la prise en charge global, par un même métier** pour une meilleure intégration des différentes étapes (pose, maintenance, traçabilité…)
- Qualité de l’accueil.
- Délais courts: suppression des chimio sur VVP.
- Extrémité distale bien placée.
- Gestes non douloureux: Ponction sous échographie.

Qu’est ce qui a motivé le médecin responsable de département

Maitrise de la trajectoire patient

Aspect managérial:

- Lassitude de l’équipe médicale
- Favoriser une évolution de carrière pour les soignants

Gestion du projet. Étapes importantes

2008 DG, DSI

Projet d'établissement 2009-2014

DAR : médecins, IADEs, IDEs

2010 Appel à candidatures

Mary : « Success story »

2010 même activité VVC avec 2 médecins en moins

2 autres candidates: Camille, Anne Laure

Une IV team médico infirmière depuis 2011: 3 infirmières mi-temps.

La délégation…

…c’est faire confiance

Ce qui a motivé l'infirmière ?

- Proposition d'un projet **global** :
  - Prise en charge du pré, per et post pose VVC.
  - Education patient
- Projet expérimental, challenge
- Dynamique de formations
- Envie de changement, de nouveautés
- Retrouver une relation « plus intense » soignant/patient
- Reconnaissance nouvelle

Craintes et difficultés

Ne pas être à la « hauteur »: savoir, savoir faire, savoir être

Etre responsable d'une complication

Déstabilisation professionnelle au sein de l'équipe IADE, trouver sa place parmi les MAR, IBODE et services hospitaliers.

Gestion des émotions personnelles

- Le patient et ses souffrances
- Lors de difficultés techniques

Mes Ressources

Dr Rosay

Médecins, le bloc opératoire, collègues IADEs

L'institution

Les partenaires industriels, les congrès, les formations

- La nouvelle légitimité acquise au sein du bloc, de l'établissement.

- **Reconnaissance des patients**

Déroulement de la formation

Congrès voies veineuses centrales en Décembre 2009 à LYON (MACOVA)
Rencontre avec des IDEs étrangères anglaises, hollandaises, suèdoises…

Début de la formation en janvier 2010

Formation théorique réalisée par le responsable du projet, radiologues, IBODE, oncologues, plasticiens…

La Formation dans le Détail …

Théorique (12h)

Anatomie,

Apprentissage des règles d'asepsie et du matériel stérile au bloc,

Les sutures, les instruments, …

Les différents matériaux,

Les Indications,

Les différentes séquences des traitements du patient,

Complications aigues: Dépistage, CAT,

Echographie.

La Formation dans le Détail …

Pratique

Compagnonnage par l'ensemble des MAR, pour chaque type de cathéters.

- Spectateur (30 actes)
- Acteur aidé (30 actes)
- Acteur supervisé (30 actes)

Création de grille d'évaluation d'acquisitions des compétences

Examiner le dossier des patients pour connaître :	0	1	2	3	Commentaires
Le médecin en charge du patient, les caractéristiques du traitement programmé				x	
Les intolérances du patient (allergies/ incapacité/ compréhension)				x	
Le bilan de coagulation du patient				x	
Les contre-indications de placement d'accès vasculaire				x	
Les antécédents				x	

Pose de VVC : être capable de :					
Installer le patient				x	
Repérage échographique				x	
Se laver les mains				x	
S'habiller avant le geste				x	
Enfiler les gants stériles				x	
Réaliser la seconde préparation cutanée du patient, puis le champage				x	
Réaliser la préparation du matériel (cf. procédure)				x	
Réaliser l'anesthésie locale				x	
Réaliser les gestes opératoires (ponction échoguidée)				x	
Réaliser le cliché de contrôle				x	
Poser le pansement(éventuellement boucle de sécurité)				x	
Expliquer au patient le matériel mis en place				x	
Informer les patients des complications immédiates				x	

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Résultats

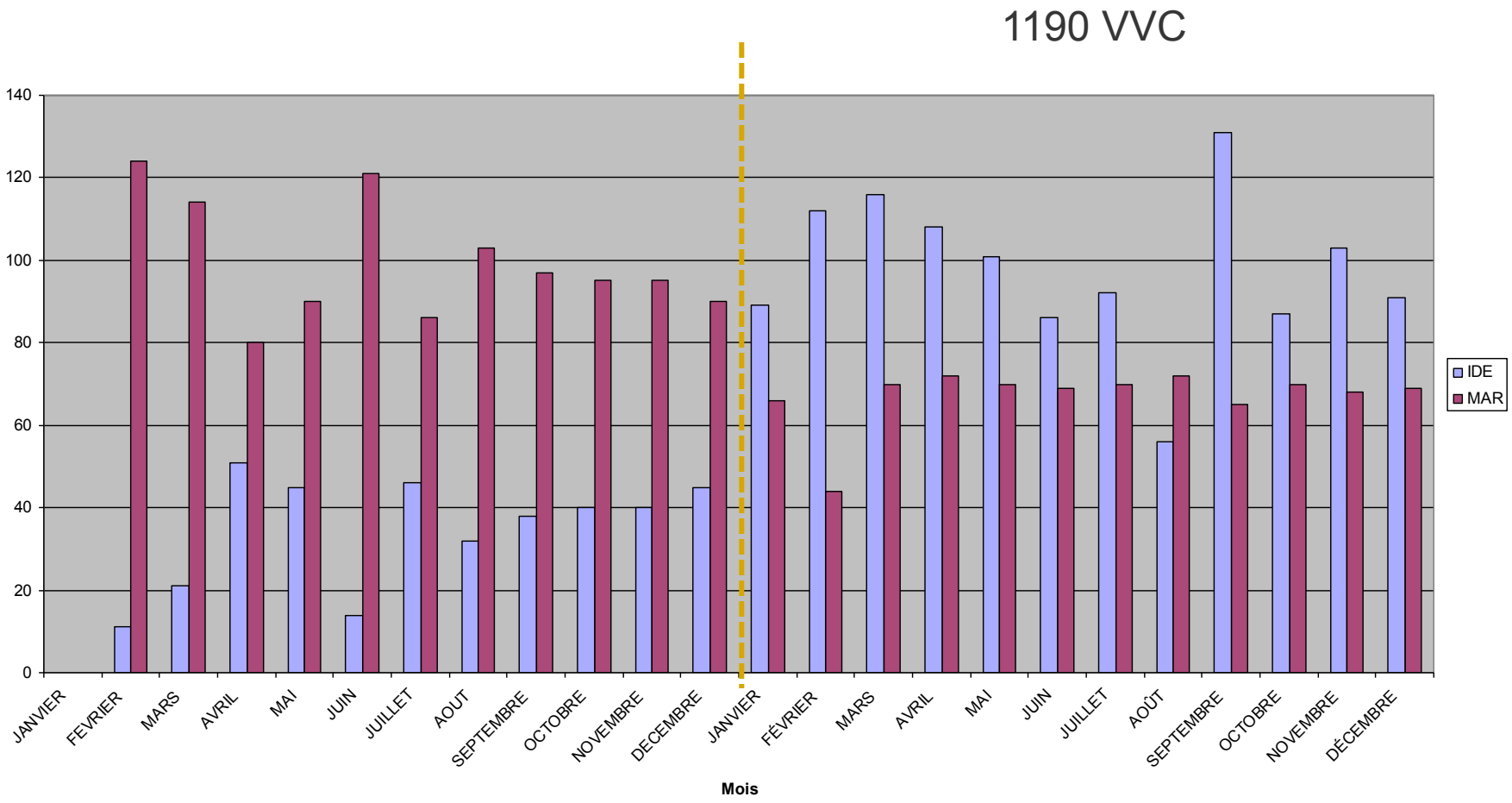
En 2011

1190 VVC sur les 2074

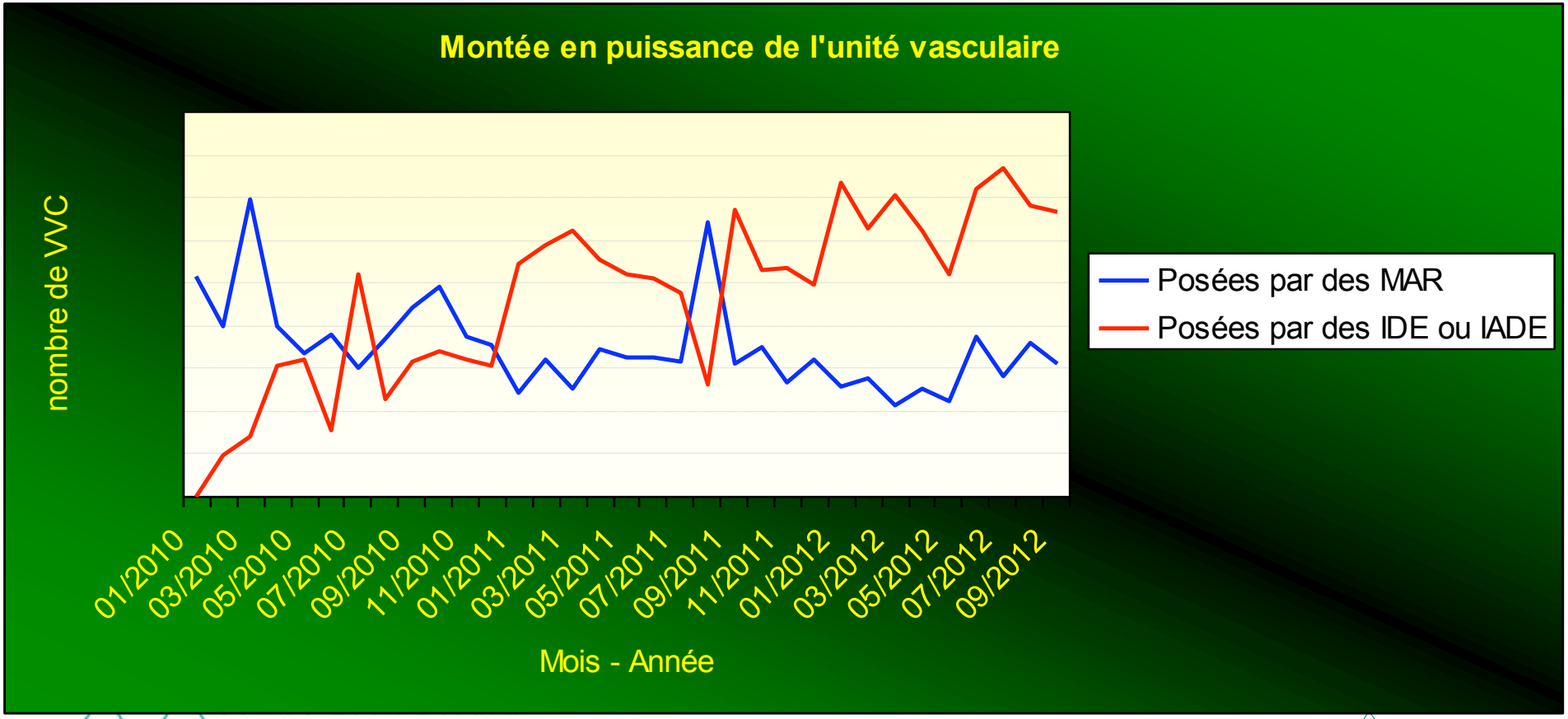
155 journées opératoires sur les 265.

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

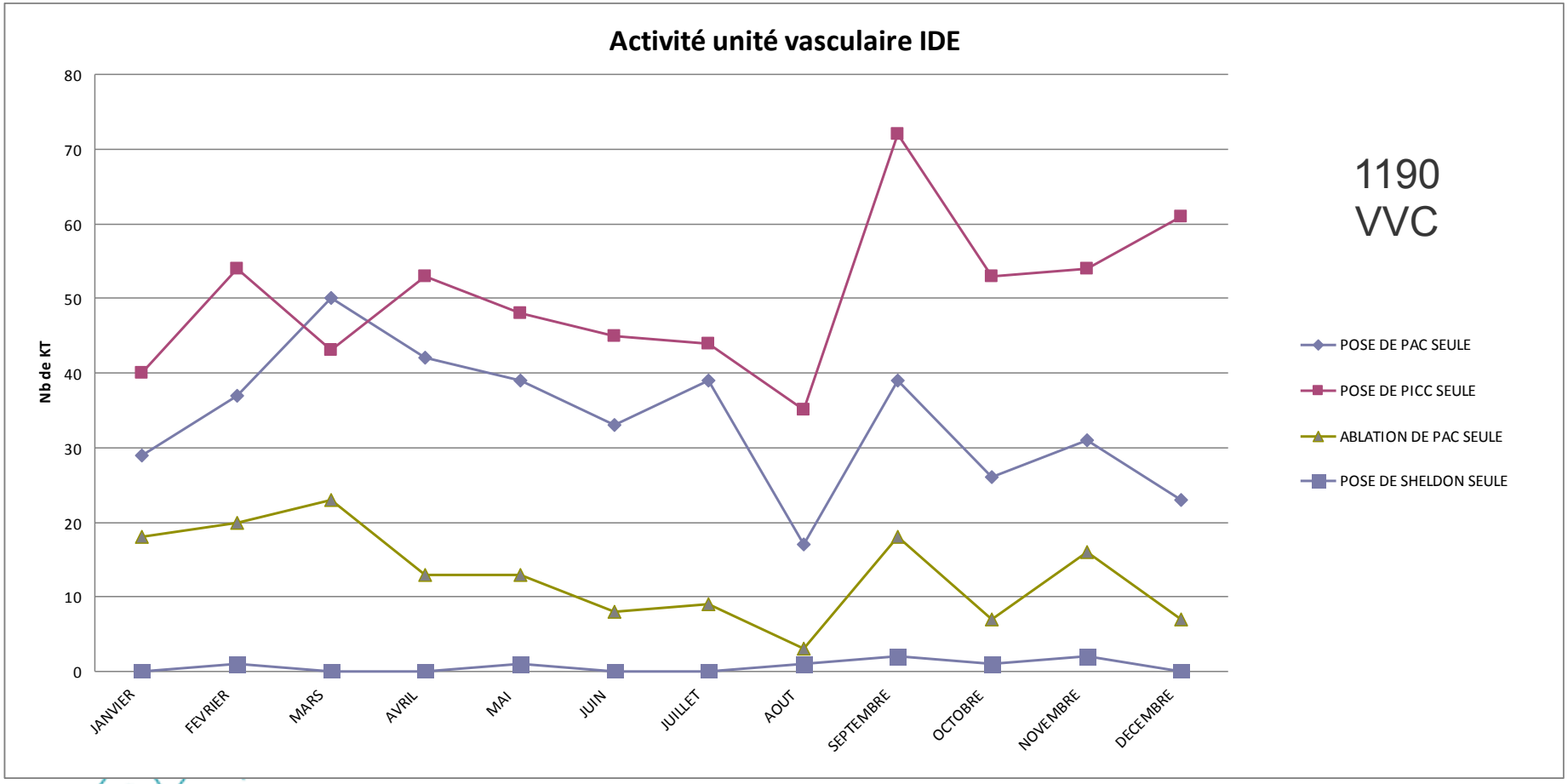
Répartition mensuelle des activités de poses. 2010-2011



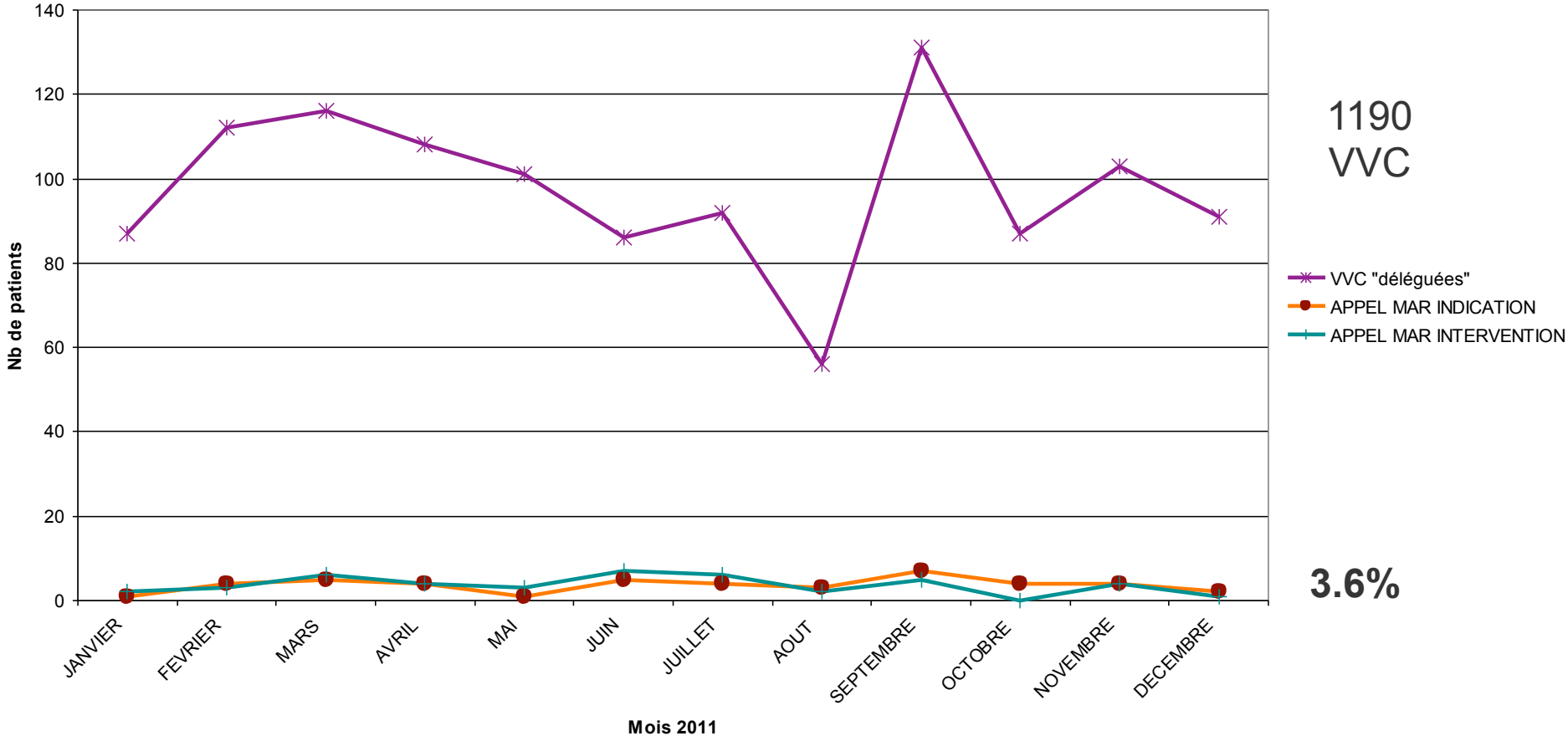
Evolution des poses de VVC entre Janvier 2010 et septembre 2012



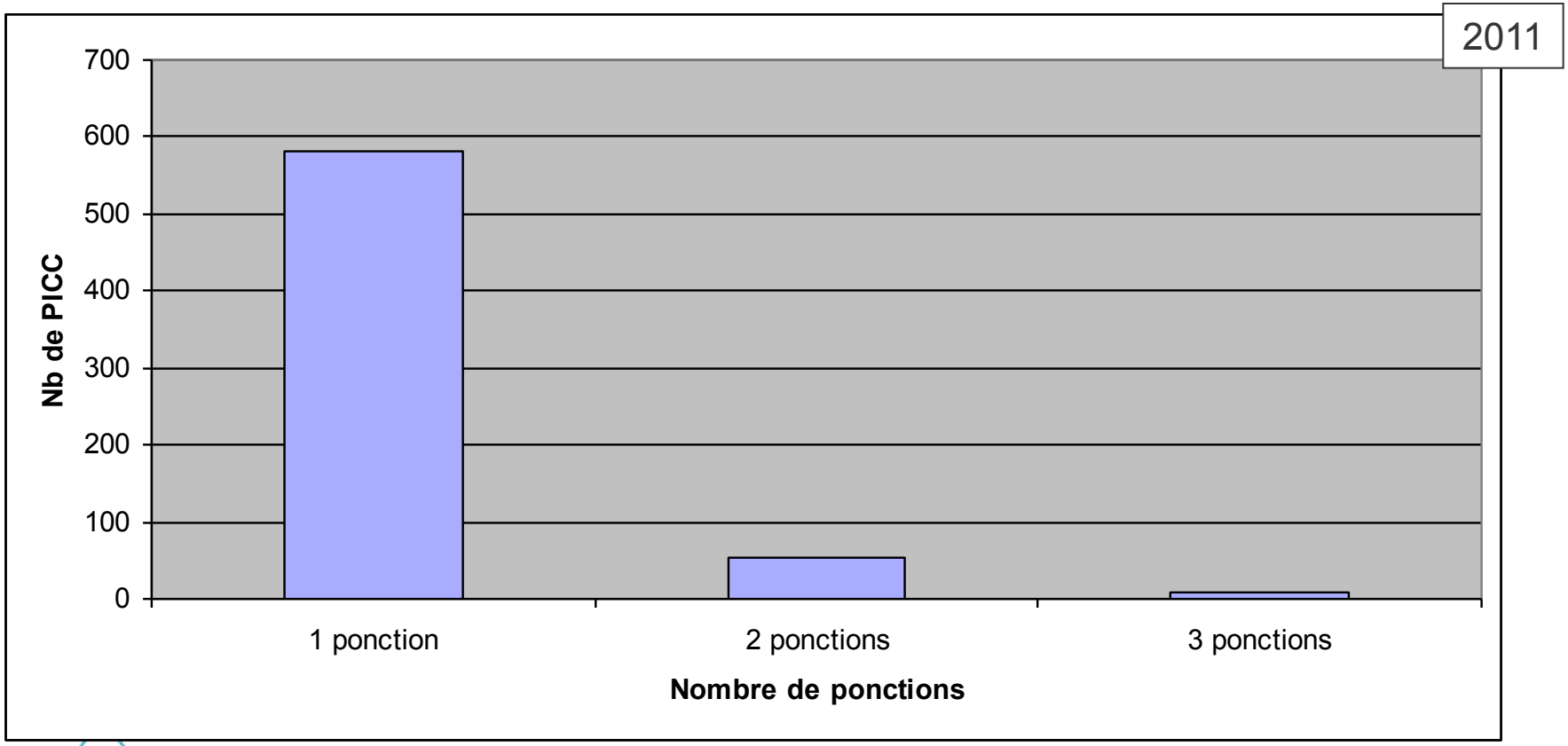
Résultat IDE 2011



Recours aux médecins anesthésistes 2011



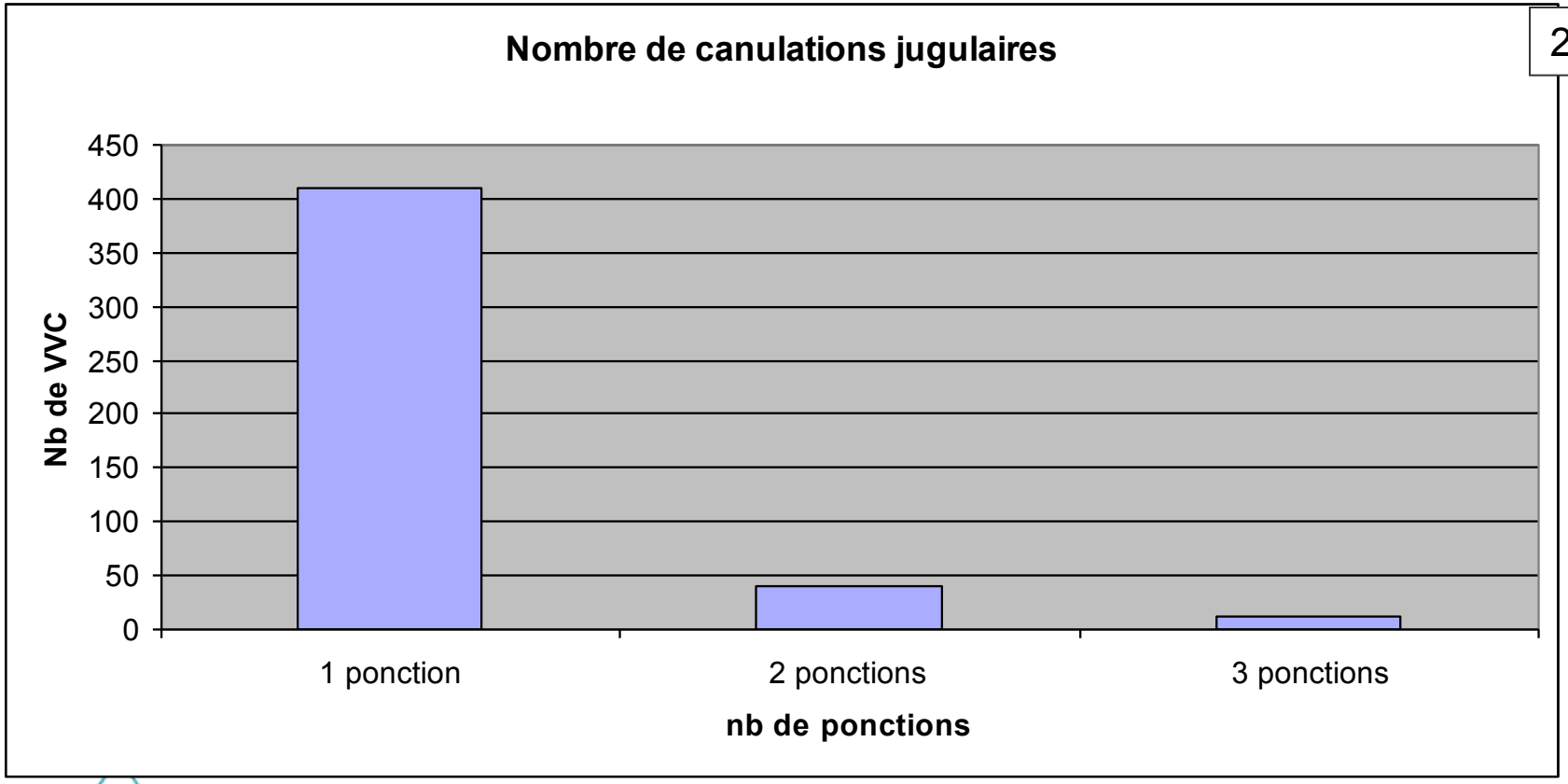
Répartition du nombre de ponctions lors des poses de PICC



90.5% des 642 PICCs réussis dès la première ponction

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Répartition du nombre de ponctions en Jugulaire Interne (PAC, KT cervical tunellisé)



88% des 463 jugulaires internes réussies dès la première ponction

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

2 ponctions artérielles carotidiennes (0.43%)

Pas de pneumothorax

Implantation of 3951 Long-Term Central Venous Catheters: Performances, Risk Analysis, and Patient Comfort After Ultrasound-Guidance Introduction

Adriano Peris, MD,* Giovanni Zagli, MD,* Manuela Bonizzoli, MD,* Giovanni Cianchi, MD,* Marco Ciapetti, MD,* Rosario Spina, MD,* Valentina Anichini, MD,* Francesco Lapi, PharmD, PhD,† and Stefano Batacchi, MD*

ANESTHESIA & ANALGESIA November 2010 • Volume 111 • Number 5

Table 2. Early Complications of Long-Term Central Venous Catheter (LT-CVC) Placement in the Overall Population and Subgroups

Access site	Group	Number of patients	Operative complications, % (N): Arterial puncture	Difficult in wire advance	Hematoma	Pneumothorax	Number of attempts: Mean ± SD	% (N): 1	2	>2
Overall	LM group	1578	6.9% (110)	11.2% (177)	8.2% (129)	3.1% (49)	1.38 ± 0.63	76.2% (1202)	14.3% (225)	9.5% (151)
	US group	2367	1.4%[a] (33)	3.4%[a] (81)	1.6%[a] (38)	1.3%[a] (30)	1.09 ± 0.40[c]	93.2%[a] (2206)	4.6%[a] (108)	2.2%[a] (53)
	US group I	591	2.2% (13)	6.1% (36)	0.2% (12)	1.5% (9)	1.15 ± 0.51[d]	89.3% (528)	7.5% (44)	3.2% (19)
	US group II	1776	1.1% (20)	2.5%[b] (45)	1.5% (26)	1.2% (21)	1.07 ± 0.33[d]	94.4%[b] (1677)	3.7%[b] (65)	1.9%[b] (34)
IJV route	LM group	777	5.8% (45)	8.6% (67)	9.1% (71)	3% (23)	1.36 ± 0.61	80.5% (625)	13.7% (107)	5.8% (45)
	US group	2242	0.9%[a] (19)	3%[a] (68)	1.2%[a] (26)	1.2%[a] (26)	1.08 ± 0.37[c]	94.4%[a] (2116)	3.8%[a] (85)	1.8%[a] (41)
	US group I	542	1.1% (6)	5.5% (30)	1.5% (8)	1.5% (8)	1.13 ± 0.45[d]	91.1% (494)	6.1% (33)	2.8% (15)
	US group II	1700	0.8% (12)	2.2%[b] (38)	1.1% (18)	1.1% (18)	1.06 ± 0.31[d]	95.4%[b] (1621)	3.1%[b] (53)	1.5%[b] (26)
SV route	LM group	801	8.1% (65)	13.7% (110)	7.2% (58)	3.3% (26)	1.46 ± 0.85	72.1% (577)	14.7 (118)	13.2% (106)
	US group	125	11.2% (14)	10.4% (13)	9.6% (12)	3.2% (4)	1.44 ± 0.46	72.2% (90)	18.1% (23)	9.7% (12)
	US group I	49	12.5% (7)	12.3% (6)	8.2% (4)	4.1% (2)	1.48 ± 0.98	69.4% (34)	22.4% (11)	8.2 (4)
	US group II	76	10.5% (8)	9.2% (7)	10.5% (8)	2.6% (2)	1.43 ± 0.52	73.7% (56)	15.8% (12)	10.5% (8)

Patients were analyzed on the basis of access site (internal jugular vein, IJV; subclavian vein, SV) and on technique used: landmark method group (LM group) and ultrasound-guided group (US group). US group was also subanalyzed on the basis of the first year of US-guided cannulation (US group I) vs. the subsequent 3 years (US group II). The 6 patients in whom the femoral route was used were excluded from the total population of the LM group. Percentages are referred to as the total population of each subgroup.

CLB VJI 463 0.43% 0.% 88%

Résultats 2010-2011

Absences de complications

100% des KT à la jonction atrio-cave

Diminution des délais

Satisfaction des patients

Gestion des urgences

Satisfaction des demandeurs

Les Points Clés de la réussite

1 - Compétence: Qualité de la formation

- théorique
- Pratique

Pose sous écho et vérification de l'extrémité distale en peropératoire

2 - Sécurité:

Médecin référent joignable et discussion d'évaluation

Les Points Clés de la réussite

3 - Une bonne organisation.

Partenariat avec les assistantes médicales:

- Vérification des bilans
- Demandes informatisées, centralisées.
- Signalement des patients anxieux; prévision des difficultés
- Coordination des actes
- Relation avec les réseaux et différents intervenants dans le parcours patient

4 - Supervision: radios contrôlées, débriefing des difficultés, comptes rendus, tableaux de bord…

Tableau de bord des indicateurs

IDE1	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAUX
POSE DE PAC SEULE	12	17	5	8	7	6							55
POSE DE PICC SEULE	21	15	15	24	20	25							120
ABLATION DE PAC SEULE	4	3	1	3	2	3							16
POSE DE KT TUNNELISE SEULE	3			1									4
POSE DE SHELDON SEULE						1							1
APPEL MAR INTERVENTION	2	1		1									4

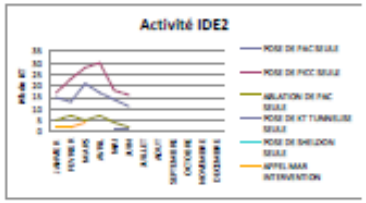
2%

IDE2	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAUX
POSE DE PAC SEULE	15	13	21	17	14	11							91
POSE DE PICC SEULE	17	23	28	30	18	16							132
ABLATION DE PAC SEULE	5	7	5	7	4	2							30
POSE DE KT TUNNELISE SEULE	2		1		1	1							5
POSE DE SHELDON SEULE													0
APPEL MAR INTERVENTION	2	2	4										8

3%

IDE3	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAUX
POSE DE PAC SEULE	12	10	13	10	7	7							59
POSE DE PICC SEULE	11	18	20	14	16	29							108
ABLATION DE PAC SEULE	2	7	3	4	2	4							22
POSE DE KT TUNNELISE SEULE		3		1	2	2							8
POSE DE SHELDON SEULE	1					1							2
APPEL MAR INTERVENTION				1	1								2

1%



Les Points Clés de la réussite

5 - Le matériel: évolution de la technologie. **Facteur essentiel**

- **Echographe** (Site rite 5)

Apprentissage rapide (**technologie avec guide aiguille**)

Ponction fiable dans 100% des tentatives

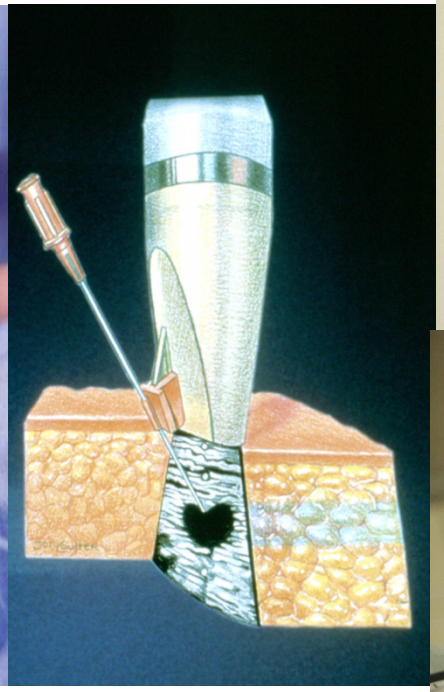
- **PICC**: facilité de pose, absence de risque.

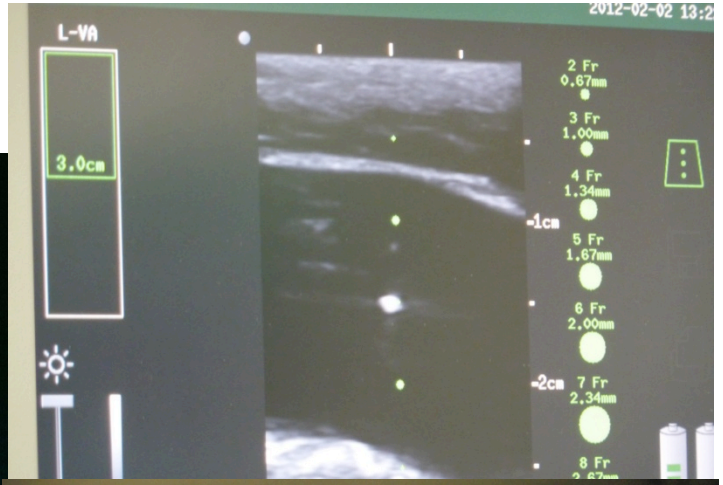
Idéal pour commencer la délégation

- **Valves**: sécurité dans la manipulation et le long terme

Les Points Clés de la réussite

Le matériel





Les Points Clés de la réussite

6 - La confiance

Quelles difficultés avons-nous rencontrées?

Des indications discutées:

L'absence d'arbre décisionnel

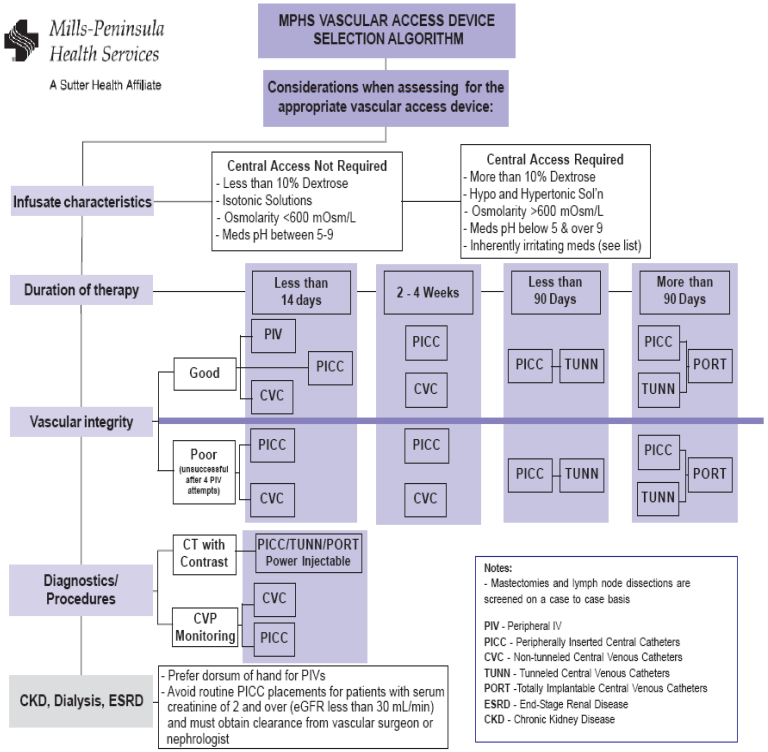
En cours de résolution depuis juin 2012

CDC 2002 Recommandations

http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5110.pdf - **CDC 2011**

Arbre décisionnel

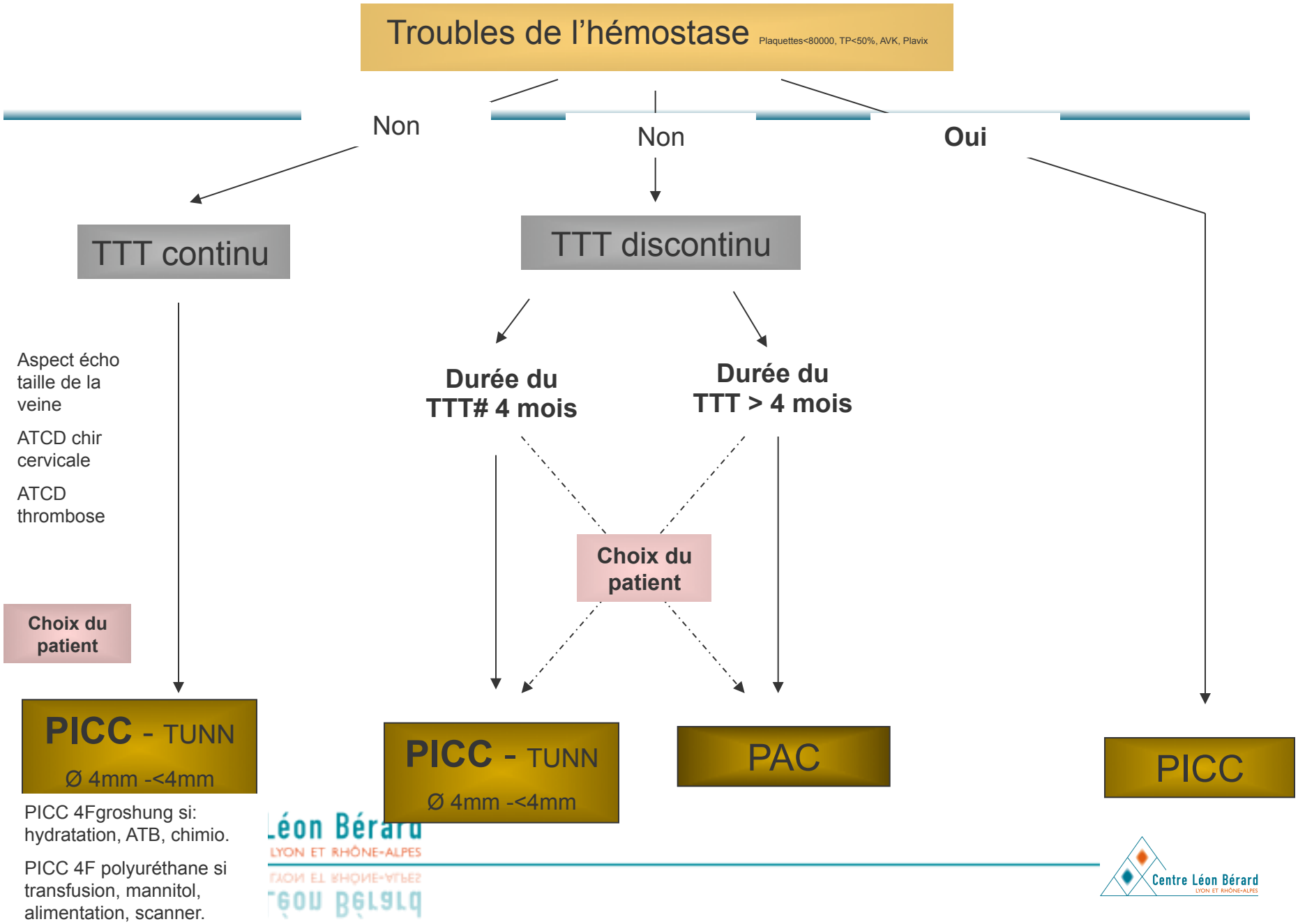
- Choose the device to match the therapy (pg. 14 Category 1A)
- Patients requiring 6 or more days of IV therapy should be assessed for a PICC or Midline (pg. 16 Category 1B)
- Use implanted ports for long-term intermittent access. For frequent or continuous access, use a PICC or Tunneled Catheter (pg. 17 Category 11)
- Educate health-care workers regarding indication for ivcs, proper procedures for the insertion & maintenance of ivcs (pg. 13 Category 1A)
- Assess knowledge of & adherence to guidelines periodically for all persons who insert & or manage intravascular catheters (pg. 13 Category 1A)



Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Arbre décisionnel voies veineuses centrales



Activités associées

Education thérapeutique

Formations d'infirmières aux pansements:

hôpitaux, secteur libéral

Hotline interne et externe

Un transfert d’acte

vers

un transfert de compétence ?

L’ approche générale de la délégation

Centre Léon Bérard
LYON ET RHÔNE-ALPES

Délégation

Contexte, contraintes

Projet (qualité, quantité)

Mentor

Volontaires

Compétence

Contexte, contraintes

- Améliorer l’accès au soins
- Augmenter la qualité des soins
- Améliorer la gestion des ressources humaines
  - Perspective de carrière
  - Dégager du temps médical

Donner un cadre juridique à une activité existante

Qualité du projet

Sens

- Garantir les délais
- Optimiser le temps médical
- Maitrise de la sécurité
  - Maitrise du risque technique
  - Maitrise du risque infectieux
  - Maitrise du processus de formation infirmière
  - Maitrise du dispositif de suivi

Cohérence

Construire le projet

- Formaliser le projet
  - Description exhaustive du process, approche réflexive
- Recruter des acteurs motivés et formés
  - Parcours professionnel
  - Qualités personnelles
  - Cooptation, **volontariat**
  - Formation par compagnonnage: théorie et pratique

Attention aux identités professionnelles

Ce que j’ai à gagner

Ce que j’ai à perdre

Enthousiasme, peur, crainte

Indifférence,

…

Légitimité du professionnel

Construire le projet

Relation de confiance

Construire le projet

Environnement stable, favorable

« Mentor »: disponible et légitime

Encadrer le projet

Chef de projet

DSI, Cadre de proximité:

- Écoute, soutien
- Communication dans l’équipe
- Gestion des ressources et plannings .
- Veille au périmètre de l’expérimentation

Les autres délégations

Go (feu vert) de chimio

Infirmières cliniciennes

Délégation assistantes médicales

Délégation IDEs-AS

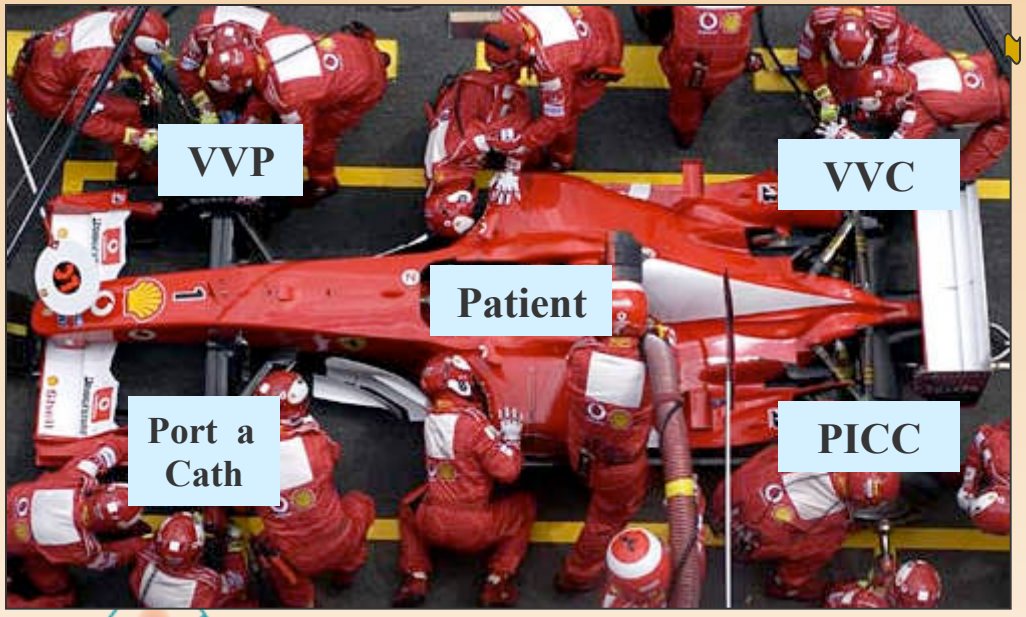
Diététicienne et nutrition

Take home message

Les infirmières françaises sont capables sous couvert d'une formation, de poser des VVC dans une structure organisée.

Take home message

Unité d'accès vasculaire médico-infirmière



- Le bon cathéter
- Pour le bon patient
- Au bon moment,

Pour toute la durée du traitement

- En tenant compte du choix du patient

Pour avoir des résultats

Soyez comme les canards:

En surface

AYEZ L'AIR CALME ET POSÉ

Sous la surface

PÉDALEZ COMME UN FOU

Centre Régio
occueil 1