



**Propositions pour la mise en œuvre
des recommandations du
« Rapport relatif aux métiers en santé de niveau
intermédiaire »**

Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer

L. Hénart – Y. Berland – D. Cadet



Mars 2012

Table des matières

Composition du groupe de travail.....	3
Résumé.....	4
1. Exposé des motifs.....	5
2. Clarification terminologique.....	6
2.1. Métier socle.....	6
2.2. Métier intermédiaire.....	6
2.3. Coopération entre professionnels.....	6
2.4. Pratique clinique avancée.....	7
2.5. Nouveau métier.....	8
3. Le contexte.....	8
3.1. Besoins et attentes de la population.....	8
3.2. Disparités régionales des professionnels de santé.....	9
3.3. Impact de l'évolution des sciences et techniques sur les pratiques.....	11
3.4. Impact des situations psycho-sociales des patients sur les pratiques.....	11
4. Transposition nationale du concept de pratiques avancées appliqué aux métiers paramédicaux.....	12
4.1. Intitulé.....	13
4.2. Définition synthétique.....	13
4.3. Caractéristiques.....	13
4.4. Pré-requis/préalables.....	14
4.5. Valeur ajoutée.....	14
4.6. Cas exemplaires.....	15
4.7. Cas contraires.....	15
5. Analyse des forces/ faiblesses/ opportunités/ menaces.....	15
6. Développement d'un « modèle français » opérationnel.....	16
Conclusion.....	23
Bibliographie.....	24
Annexes.....	27

Composition du groupe de travail

ALLARD	Valérie	Infirmière coordinatrice en cancérologie		Hôpital Kremlin Bicêtre AP-HP	KREMLIN BICETRE
CADET	Danielle	Coordonnatrice Générale des soins	Membre de la mission et co-rédactrice du rapport Hénart	Groupe Hospitalier Lariboisière (AP-HP)	PARIS
CLERE	Florentin	Praticien Hospitalier	Consultation pluridisciplinaire de la douleur	Centre Hospitalier	CHATEAUROUX
CORDESSE	Valérie	Cadre de santé	Réseau SLA-IDF	Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière - AP-HP	PARIS
DEBOUT	Christophe	Enseignant-chercheur		EHESP- Département des sciences infirmières et paramédicales	IVRY-SUR-SEINE
DORE	Anne-Marie	Directrice des soins		FHF	PARIS
DUPONT	Bernard	Directeur Général		Centre Hospitalier Universitaire	BREST
GAUTIER	Jean-Michel	Cadre de santé		Réseau Inter CLUD Languedoc Roussillon	CHRU de MONTPELLIER
LOUIS-BURLAT	Isabelle	Directrice des soins		Centre Hospitalier	MONTELMAR
MONTARON	Anne			IGR	VILLEJUIF
PUGIN	Jean-Maurice	Directeur de l'IFMEM		Centre Hospitalier Universitaire	NANCY

Résumé

Ce document, fruit de la réflexion d'un groupe pluri professionnel d'experts, constitué à l'initiative de la FHF, a pour vocation de proposer une méthodologie pour la mise en œuvre concrète des recommandations du rapport « Hénart » sur les métiers intermédiaires en santé ».

Le document propose tout d'abord une clarification des différents termes retrouvés dans les divers lois et rapports (article 51 de la loi HPST, rapports Hénart-Berland-Cadet, programmes de formation destinés à développer l'expertise infirmière, etc.). Le terme de « pratique avancée » a été retenu pour qualifier ces nouvelles fonctions développées à partir des métiers paramédicaux socles. Il s'agit d'un concept utilisé internationalement et dont les caractéristiques correspondent à celles des métiers intermédiaires en santé.

Après un rappel des éléments essentiels du contexte dans lequel s'inscrit cette réflexion, une présentation des caractéristiques et des indicateurs permettant de définir et d'identifier ce qu'est une pratique avancée est proposée avec à l'appui des exemples et des cas concrets.

Une analyse des forces et faiblesses relatives au projet de mise en place d'un tel dispositif est également présentée en préambule à l'exposé d'une proposition de mise en place d'un modèle français de pratiques avancées opérationnel.

Les annexes de ce document comportent notamment des profils de postes d'infirmières de pratiques avancées pour illustrer les prises de position adoptées.

1. Exposé des motifs

Les recommandations du rapport Hénart-Berland-Cadet¹, publié en février 2010, n'ont, à ce jour, fait l'objet d'aucune réflexion ni d'aucune décision politique visant à opérationnaliser la notion de « métiers intermédiaires en santé ».

Les problématiques à l'origine de ces propositions, déjà identifiées en 2003², s'accroissent : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, difficultés d'accès aux soins, contraintes économiques, pénuries et inégalités de répartition géographique des professionnels de santé.

Face aux enjeux de santé publique, il devient donc de plus en plus urgent de concevoir et de mettre en œuvre un plan d'actions visant à garantir l'égalité d'accès aux soins pour la population et d'assurer la pérennité de notre système de santé.

Des études réalisées à partir d'expériences étrangères ont démontré que la pratique de « métiers intermédiaires en santé » apportait de réels bénéfices tant en matière de prise en charge des patients que pour le système de santé en lui-même.

En 2011, la Fédération Hospitalière de France (FHF), préoccupée par ces enjeux de santé publique (démographie professionnelle, besoins de santé, d'accès aux soins) avait alerté le Ministère de la Santé sur les risques inhérents à l'inertie observée dans la mise en œuvre de la coopération entre professionnels de santé qu'elle considère comme pouvant être une des réponses à ces problématiques.

Aujourd'hui, la FHF ne peut qu'à nouveau constater et déplorer l'immobilisme installé pour la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport Hénart. Dans sa plateforme 2012-2017 « *Le service public de santé une ambition pour la France* », ³ le développement de nouveaux métiers intermédiaires en santé constitue un des axes prioritaires.

C'est pourquoi, la FHF a décidé de mettre en place un groupe de travail composé de professionnels experts afin d'élaborer un document présentant une stratégie de mise en œuvre des axes du rapport assortie de propositions concrètes et opérationnelles

¹ Hénard. L, Berland.Y, Cadet.D. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Janvier.

² Berland, Y. (2003). Rapport coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Octobre.

³ <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Actualites/A-la-Une/La-plate-forme-politique-2012-5-vertus-cardinales-et-10-recommandations-centrales>, accédé en mars 2012.

La méthodologie suivie par le groupe pluri professionnel est la suivante :

- Clarification terminologique
- Réalisation d'un bilan des stratégies mises en œuvre à l'étranger
- Repérage des besoins prioritaires de la population
- Identification des caractéristiques d'un métier intermédiaire en santé
- Conception d'une stratégie opérationnelle

2. Clarification terminologique

Les stratégies visant à répondre au mieux aux besoins de santé de la population en France ont introduit dans les débats un certain nombre de concepts dont il paraît nécessaire de clarifier les définitions et les caractéristiques.

2.1.Métier socle

La notion de métier socle fait référence à la famille professionnelle à laquelle appartient un soignant qui aspire à intégrer une spécialité ou un métier nouvellement créé. On peut citer quelques métiers socles : les manipulateurs d'électroradiologie, les masseurs kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers, ... Le soignant a été préparé en formation initiale à exercer ce métier socle. Il a, en fonction de son parcours, pu acquérir une expérience et développer une expertise dans son champ d'activités.

2.2.Métier intermédiaire

La notion de métier intermédiaire a été introduite dans le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire⁴. Les propositions de ce rapport mettent en avant la nécessité de créer des métiers dans le champ de la santé, à partir des métiers socles, au regard de l'évolution des besoins et des caractéristiques de l'offre de soins. Cette proposition émane du constat qu'il existe en France, dans le domaine de la santé, un écart important entre d'une part la profession médicale, formée au terme de nombreuses années d'études, et d'autre part les professions paramédicales qui sont formées en trois ou quatre années. L'énoncé de « métier intermédiaire » semble avoir été choisi en référence d'une part au nombre d'années d'études nécessaires à l'acquisition des compétences requises pour exercer les activités dévolues à ces métiers à créer et d'autre part au regard de la nature des activités attendues. La création d'un métier intermédiaire représente une évolution dans l'éventail des métiers qu'offre une profession.

2.3.Coopération entre professionnels

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) définit la coopération entre professionnels de santé comme suit : « *par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ».

⁴ Hénard. L, Berland.Y, Cadet.D. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Janvier.

La démarche de coopération se concrétise par la rédaction d'un protocole autorisé par le directeur de l'ARS après avis conforme de la HAS. Cette activité dérogatoire est nominative pour le professionnel qui l'exerce. Si le protocole peut être de portée nationale, l'activité est, elle, en revanche, toujours associée au professionnel délégué.

2.4. Pratique clinique avancée

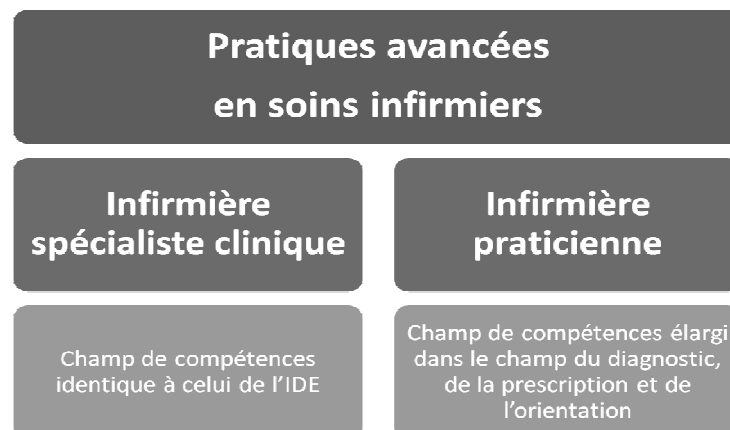
La notion de pratique avancée en soins infirmiers est définie par le conseil international des infirmiers⁵ comme suit : « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de niveau master est recommandée ».

La pratique avancée en soins infirmiers :

- Est centrée de manière privilégiée sur le domaine de la pratique clinique
- Implique que cette pratique se distingue des pratiques habituelles
- S'inscrit dans la discipline infirmière dont elle partage les valeurs, les cadres de référence et le cœur de métier.

Les auteurs de référence dans ce domaine⁶ identifient deux fonctions infirmières sous le terme faïtière d'infirmière de pratiques avancées :

- L'infirmière spécialiste clinique
- L'infirmière praticienne.



Le développement de l'expertise infirmière à partir du cœur de métier représente le dénominateur commun de ces deux fonctions.

⁵ http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/pdf/ICN_APNdefinitionwithLogoFR.pdf, accédé en janvier 2012

⁶ Hamric.A, Spross.J. (2000). Advanced nursing practice: an integrative approach. WB Saunders Co

L'exercice de ces fonctions s'articule autour de 5 rôles : 1) Pratique clinique directe, 2) Consultation, conseil, 3) Formation, 4) Leadership et collaboration, 5) Recherche.

2.5. Nouveau métier

La notion de nouveau métier fait référence à un ensemble de missions et d'activités dévolues à une fonction créée de toute pièce. L'accès à ce nouveau métier n'implique pas obligatoirement pour le candidat d'être issu d'un métier socle. Pour illustrer cette notion de nouveau métier, on peut citer notamment la fonction de conseiller en génétique ou encore celle d'administrateur de réseau en imagerie médicale.

3. Le contexte

3.1. Besoins et attentes de la population

Selon les données collectées par le rapport édité par le ministère de la santé en 2011⁷, « *L'état de santé des Français apparaît globalement bon* ».

Ce rapport souligne également des inégalités en termes de mortalité (disparités homme/femme, catégories sociales, catégories professionnelles).

Toutes les études sur le vieillissement démontrent que l'espérance de vie continue à progresser (en 10 ans, elle a augmenté de plus de deux années). Corollaire du vieillissement de la population, les français vieillissent parfois mal. On assiste à une chronicisation des maladies, par exemple neurologiques, et à une comorbidité chez le patient âgé, avec un développement de poly pathologies, qui sont bien souvent chroniques, et invalidantes.

Ces différences soulignent l'intérêt qu'il y aurait à développer la prévention et des progrès qui pourraient être apportés quant à l'amélioration des prises en charge des problèmes de santé, et ce, à tous les âges de la vie, et particulièrement dans le cadre des maladies chroniques.

Les pouvoirs publics ont mis en place en 2007 un plan quadriennal pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques⁸. La mesure n°7⁹ du plan prévoit de « *reconnaître de nouveaux acteurs de prévention* », et notamment le « *développement des nouveaux métiers autour de l'éducation du patient et de la coordination, (...)* » ainsi que la « *modification des décrets de compétences permettant la réalisation d'actes de prévention et d'éducation du patient par des professionnels de santé formés* ».

⁷ Damet, S. (2011). L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. DREES.

⁸ Ministère de la santé. (2007). Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Plan 2007/2011. 15 mesures. Avril.

⁹ Ministère de la santé. (2007). Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Plan 2007/2011. 15 mesures. Avril.

Les maladies chroniques « touchent 15 millions de personnes soit 20 % de la population française »¹⁰. Avec l'allongement de la durée de vie, la plupart de ces maladies sont en augmentation constante. Les maladies chroniques sont des affections de longue durée (on note en 2009, 1,4 million de nouvelles ALD) et des maladies évolutives.

Les conséquences de ces affections demeurent sévères : détérioration de la qualité de vie, invalidité, complications graves de santé. Parmi ces pathologies on peut citer les cancers qui représentent 30 % des causes de décès par an, le diabète, l'hypertension artérielle qui touche 66 % des plus de 50 ans, l'obésité qui concerne 50 % des 18-74 ans, le syndrome douloureux chronique (20 % de la population) ou encore les maladies cardiovasculaires. Citons également les maladies neuro-génératives, les affections psychiatriques...

Au regard de ces données réactualisées, des perspectives nouvelles doivent émerger en tenant compte de l'évolution des besoins en santé et des besoins exprimés des populations :

- Augmentation et le vieillissement de la population
- Part grandissante des pathologies chroniques
- Diminution de la durée des séjours hospitaliers qui accentue les besoins de prise en charge des patients par le secteur ambulatoire
- Exigences légitimes accrues des patients et de leur famille d'appropriation de leur prise en charge
- Complexification des parcours de soins qui requiert une « ingénierie » de leur organisation pour coordonner une multiplicité d'intervenants.

Le recensement des besoins en santé définit dans le rapport EGOS met en évidence la nécessité :

- De concevoir un dispositif de prise en charge de premier recours lisible, connu et pérenne
- D'apporter une réponse coordonnée et non segmentée à la diversité des attentes selon l'implantation géographique, le niveau culturel et les attentes personnelles de la population.

3.2. Disparités régionales des professionnels de santé

3.2.1. Médecins :

Sur le territoire français, on note 7 régions à forte densité médicale pour 10 régions à faible densité, d'une densité maximale de 415 (PACA) à une minimale de 239 (Picardie) / 100 000 habitants.

En ce qui concerne les généralistes, la distribution par région montre une densité à 192 (PACA) à 133 (centre) pour 100 000 habitants.

Pour les spécialistes, la densité maximale est observée à 233 (Ile de France) pour une minimale à 112 (Picardie).

¹⁰ Ministère de la santé. (2007). Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Plan 2007/2011. 15 mesures. Avril.

- Evolutions et projections :

A partir d'une projection de l'évolution de la population médicale il faut attendre au-delà de 2030 pour retrouver l'effectif de 2006, alors que la baisse a été continue de 2000 à 2020.

De plus, la densité projetée des médecins en activité en 2030 serait égale à celle de 2014 alors que la baisse est également constante de 2006 à 2014 (de 330 à 295 pour 100 000 habitants).

On observe plus de sorties de médecins que d'entrées en exercice jusqu'en 2020, avec une courbe croissante mais modérée jusqu'en 2030.¹¹

Dans une rapide analyse de ces données, nous pouvons anticiper une offre de soins en baisse constante et qui ne retrouvera pas le niveau atteint autour des années 2000. Deux points majeurs sont constatés : le développement de l'exercice à temps partiel et l'augmentation de la population qui aggrave la baisse de l'offre et de l'accès aux soins.

- Particularité :

La population observée des chirurgiens-dentistes était stable de 1990 à 2005, mais la projection à 2030, indique une forte décroissance. La densité passant de 65 à 40 professionnels pour 100 000 habitants¹².

3.2.2. Tendances démographiques des professions paramédicales¹³

Pour les infirmiers, la densité est de 855 pour 100 000 habitants (France métropolitaine). Elle varie de 696 (Centre) à 1 105 (Limousin).

Les statistiques montrent une forte densité dans les régions du Sud, de l'Ouest et de l'Extrême Est et une faible densité dans le Nord, l'Île de France, le Centre et les DOM TOM.

Pour les infirmiers en exercice libéral, la plus forte densité se retrouve dans le Sud, l'Ouest et les Dom Tom, et la plus faible dans le Nord, l'Est, l'Île de France et le Centre. Leur liberté d'installation est désormais encadrée par une convention avec l'assurance maladie.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la densité est de 113 pour 100 000 habitants (France métropolitaine). La densité varie de 71 (Picardie) à 163 (Languedoc-Roussillon). Cette profession se caractérise par une forte proportion de professionnels exerçant en libéral (78 % du groupe professionnel).

¹¹ <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf?download=1> accédé en mars 2009

¹² COLLET, M & SICART, D (2007). La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 Un exercice de projection au niveau national. DRESS n° 595 septembre

¹³ BARLET, M & CAVILLON, M. (2011). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. DREES n° 759, mai

Pour les manipulateurs d'électroradiologie, la densité moyenne est de 46 pour 100 000 habitants. Elle varie de 38 (Corse, Pays de Loire) à 60 (Alsace, PACA).

L'évolution des effectifs est variable d'une profession à une autre. Pour les professions paramédicales, le taux de croissance des effectifs est important, mais cette évolution cache une répartition très inégale sur le territoire. Il existe des tensions très fortes dans certaines zones géographiques. Il est nécessaire de rééquilibrer l'offre de soins vers la population effectivement en demande. On assiste et on assistera à une modification des « frontières » entre les professions de santé.

Il est à noter que depuis 2007, le champ de compétence des opticiens lunetiers et des orthoptistes a été élargi afin de pallier la pénurie des ophtalmologistes.

3.3. Impact de l'évolution des sciences et techniques sur les pratiques

L'évolution des actes de soins, le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, de l'imagerie interventionnelle, de la télémédecine, des plateaux techniques en biologie vont inévitablement avoir un impact sur les pratiques de santé favorisant l'émergence des métiers intermédiaires.

La complexité des modes de prise en charge augmente du fait des caractéristiques des parcours de soins. Ces derniers impliquent l'accès à de multiples structures et nécessitent la contribution de différents professionnels. On assiste donc à un besoin croissant de métiers de coordination afin de garantir la cohérence et la fluidité de ces parcours.

3.4. Impact des situations psycho-sociales des patients sur les pratiques

Les comportements de santé se modifient ainsi que l'implication des patients dans leur projet de soins. On assiste à l'émergence du patient « consommateur averti » de soins. Les caractéristiques multiculturelles de la population impactent les attentes, les besoins de santé. Elles conduisent les soignants à devoir intégrer dans leurs pratiques une approche socioculturelle et une prise en compte des stratégies individuelles d'adaptation à la maladie dans la négociation des contrats de soins (éducation thérapeutique, observance des traitements, modalités de suivi, ...).

Les difficultés socio-économiques que traverse notre société génèrent des situations de précarité qui impactent la santé des personnes.

En milieu rural comme urbain, il existe une insuffisance des réseaux de soutien à l'origine de situations d'isolement qui menacent le maintien à domicile.

On constate de ce fait un recours massif aux urgences hospitalières pour des motifs ne relevant pas de ce type de structure.

EN PRATIQUE

DOMAINES PRIORITAIRES

Au regard des données épidémiologiques, les domaines jugés prioritaires pour la mise en œuvre du rapport Hénart pour en développer les pratiques avancées sont les suivants :

- oncologie
- gériatrie
- pathologies chroniques

Deux profils de professionnels se distinguent :

- **Profil de praticien** (voir document p. 7) : approche clinique, adaptation des projets de soins, suivi de file active de patients en lien avec un référent médical ;
- **Profil de coordination** : activité de coordination du projet de prise en charge dans ses différentes étapes.

4. Transposition nationale du concept de pratiques avancées appliqué aux métiers paramédicaux

Au regard de l'analyse du contexte réalisée, plusieurs options sont envisageables : création de nouveaux métiers sans lien avec des métiers socles, transfert de tâches entre professionnels de santé, métiers intermédiaires, introduction de pratiques avancées pour les professionnels paramédicaux.

Le groupe de travail juge nécessaire de faire au plus vite l'articulation entre les nouveaux métiers et une évolution des domaines de compétences des métiers socles. Plus spécifiquement, il a centré sa réflexion sur l'évolution des métiers socles. Il retient l'intitulé de « pratiques avancées » pour les professionnels paramédicaux qui est plus positivement connoté que le terme de métier intermédiaire.

La dénomination « pratiques avancées » est utilisée, à l'échelon international, dans la profession infirmière depuis de nombreuses années. En outre, il a été introduit par le ministre de la santé Xavier Bertrand¹⁴ à propos des kinésithérapeutes et des orthophonistes.

Il convient toutefois de réaliser une transposition de ce concept dans notre environnement professionnel national. Cette transposition a été réalisée en adoptant une méthodologie classique de clarification de concept.

¹⁴ <http://www.sante.gouv.fr/la-formation-d-orthophoniste-et-de-masseur-kinesitherapeute-reconnue-en-master-le-feu-vert-de-xavier-bertrand-et-laurent-wauquiez.html>, accédé en mars 2012.

4.1.Intitulé

Professionnel paramédical¹⁵ de pratiques avancées

4.2.Définition synthétique

Il convient de transposer la définition internationale proposée par le conseil international des infirmières (CII) à propos des soins infirmiers afin de prendre en compte les réalités du contexte français.

*« Un professionnel paramédical qui exerce en **pratique avancée** est qualifié dans son métier socle au terme de sa formation initiale. Il a acquis, au terme d'une expérience professionnelle et d'une formation qualifiante de niveau/sanctionnée par un **master** dédié les compétences nécessaires au raisonnement clinique dans le champ de compétence ouvert à sa fonction. **La pratique avancée de sa profession implique un degré d'autonomie dans l'exercice de sa fonction, l'acquisition et le maintien d'une expertise dans son champ d'activité.** »*

4.3.Caractéristiques

Il s'agit donc dans un premier temps d'identifier les caractéristiques communes à **l'ensemble des professions paramédicales en matière de pratique avancée.**

Une pratique avancée

- Prend pour base les caractéristiques du **métier socle** (kinésithérapeute, infirmier, ...)
- Impose un **exercice clinique**
- Nécessite le développement de **compétences cliniques spécifiques** à l'exercice en pratiques avancées dans le cadre d'un programme structuré conduisant à l'obtention d'une **qualification de niveau master**
- Implique un **exercice autonome** apportant une contribution spécifique à une prise en charge pluri-professionnelle des patients
- Se situe dans un **contexte d'exercice clinique varié** (exercice libéral / salarié, premier recours, transversal, ...) et dans un **champ de compétence déterminé** (activité dérogatoire ou non dérogatoire)

L'exercice en pratique avancée s'articule autour de 5 rôles :

- **Pratique clinique** auprès des patients qui diffère des pratiques habituelles du métier socle (niveau d'expertise élevé), incluant les activités de coordination de situations complexes et/ou des activités dérogatoires
- **Consultations** de première ligne (et éventuellement de premier recours) ou de seconde ligne
- Rôle de **leadership clinique** (apport d'une expertise paramédicale dans une réunion clinique pluri-professionnelle)
- Activités de **formation** auprès d'autres professionnels

¹⁵ A décliner en fonction du métier socle (infirmier, kinésithérapeute, ...)

- **Interface entre pratique clinique et recherche** (utilisation de résultats de recherche, pratique fondée sur des données probantes, conduite/contribution de travaux de recherche)

4.4. Pré-requis/préalables

4.4.1. L'exercice en pratique avancée ne peut se faire sans au préalable posséder certains pré-requis à savoir :

- Une **qualification** dans le métier socle et une **autorisation d'exercice** (enregistrement) ;
- La **maîtrise de l'exercice du métier socle** (périmètre d'intervention, système de santé, ...) ;
- Une **expérience professionnelle** de préférence dans le champ d'activités dans lequel le professionnel souhaite exercer en pratiques avancées ;
- Une **pratique encadrée par la réglementation** : relative au métier socle inscrit au code de santé publique pour les professionnels de pratiques avancées qui n'exercent pas d'activités dérogatoires. Si la pratique avancée s'inscrit dans un contexte d'activité dérogatoire, le professionnel doit adhérer à un protocole de coopération validé ;
- L'existence d'un **référentiel de compétences** spécifique à l'exercice des fonctions en pratiques avancées ;
- Une qualification du professionnel en pratiques avancées obtenue au terme d'une **formation structurée**, alliant théorie-pratique-clinique, **de niveau master/sanctionnée par un master dédié**.

4.4.2. Le développement des pratiques avancées doit être assorti d'un cadrage permettant de réguler l'exercice, de l'inscrire dans un cadre statutaire et d'en suivre le développement

- Régulation spécifique de ce mode d'exercice :
 - **Protection du titre** professionnel « *titre du métier socle* de pratiques avancées »
 - Détermination de **quotas d'admission** définis selon les besoins
 - **Certification** des programmes de formation conduisant à la qualification
 - Certification/re-certification individuelle des professionnels exerçant en pratiques avancées selon des conditions prédéfinies donnant l'autorisation d'exercice (enregistrement)
- Accès au **développement professionnel continu** notamment par l'intermédiaire de l'analyse des pratiques professionnelles
- Un **statut spécifique** assorti d'une grille de rémunération, révision du cadre conventionnel pour l'exercice libéral
- Mise à disposition des **moyens nécessaires** pour l'exercice de son activité (structure, organisation, ...)
- Définition d'indicateurs de suivi d'actes et d'activités

4.5. Valeur ajoutée

La valeur ajoutée des pratiques avancées est attendue à plusieurs niveaux :

- **Pour les patients et leurs proches** : meilleure accessibilité aux soins et réduction des délais de prise en charge, approche globale de la situation du patient permettant une personnalisation des soins d'où une amélioration de la qualité des soins ;
- **Pour les autres professionnels, médicaux et non-médicaux des secteurs sanitaire et médico-social** : utilisation plus juste des compétences des différents professionnels concernés permettant un recentrage sur leur cœur de métier, orientation plus pertinente du patient ;
- **Pour l'institution** : plus grande attractivité vers le métier socle et vers les pratiques avancées, fidélisation des professionnels dans ce type d'exercice ;
- **Pour le système de santé** : meilleure utilisation des ressources du système, stratégie de lutte contre les pénuries et les phénomènes de désertification médicale ;
- **Pour la profession (métier socle)** : valorisation et évolution des métiers socles.

4.6. Cas exemplaires

Afin de faciliter la compréhension dans la mise en œuvre de pratiques avancées, le groupe de travail a retenu de présenter pour exemple quelques profils de fonction correspondant à des pratiques avancées appliquées aux métiers paramédicaux. **La structure de ces profils aborde le niveau de qualification, formation, missions spécifiques et compétences attendues.** Ces cas exemplaires sont présentés en annexe.

4.7. Cas contraires

Des exemples de situations présentées ci-dessous ne correspondant ni aux principes ni au concept retenus dans ce travail permettront d'en faciliter la compréhension :

- Transfert d'actes et non pas de compétences : réalisation de tests neuropsychologiques sans interprétation et **sans recours à son raisonnement clinique**
- Aides opératoires **non infirmiers**
- Prise en charge centrée sur la pathologie et le traitement **sans approche globale** de la situation du patient appréhendé dans son environnement
- Agents de prévention
- Nouveaux métiers **ne se fondant pas sur les métiers socles** : conseiller en génétique, dosimétriste

5. Analyse des forces/ faiblesses/ opportunités/ menaces

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Référentiel de compétences des métiers socles • Nature clinique des compétences possédées par les professionnels paramédicaux • Expériences étrangères et résultats positifs des évaluations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès aux soins ○ Qualité des soins/satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractère novateur du concept • Organisations professionnelles nombreuses, faiblesse du collectif • Insuffisance du lobbying • Méconnaissance par les professionnels paramédicaux du concept et des enjeux associés • Non reconnaissance • Offre de formation universitaire limitée

<ul style="list-style-type: none"> ○ Résultats cliniques ○ Efficience à moyen/long terme ● Volonté potentielle de certains acteurs paramédicaux ● Potentiels à développer 	<ul style="list-style-type: none"> ● Absence de discipline universitaire instituée dans les métiers paramédicaux
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Faciliter l'accès aux soins ● Attentes de la population en matière de recherche personnalisation des prises en charge ● Evolution du concept de santé et représentations sociales associées ● Evolution du statut des usagers dans le système de santé ● Réingénierie des diplômes ● Diminution du temps médical ● Promotion de l'éducation thérapeutique du patient ● Augmentation des maladies chroniques ● Recherche d'efficience ● Besoin d'attractivité/de fidélisation dans les professions paramédicales ● Possibilité d'évolution de carrière en dehors de la filière d'encadrement ● Complexité croissante des parcours ● Evolutions législatives et réglementaires ● Caractère « officieux » de certaines délégations ● Introduction du développement professionnel continu (DPC) 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lobbying d'autres professions ● Contexte économique ● Dépendance et lien de subordination médicale ● Absence de certification des programmes de formation ● Histoire des professions de santé (monopole médical, expérience des officiers de santé)

6. Développement d'un « modèle français » opérationnel

Après avoir défini les pré-requis à la mise en œuvre de pratiques avancées, l'opérationnalisation de ce modèle de pratiques avancées en France nécessite de définir une stratégie globale.

L'antériorité de la mise en œuvre du concept de pratiques avancées au sein de la profession infirmière (années cinquante) alimente la réflexion dans ce domaine mais **ne saurait constituer une exclusivité.**

La recension de la littérature sur le sujet, réalisée par la chaire de pratiques avancées en soins infirmiers de l'université de Mc Master¹⁶, met en évidence la nécessité de s'attacher à cinq axes lors de l'introduction de pratiques avancées dans un contexte national. **Ces cinq axes sont : la réglementation, la qualification, la régulation, la rémunération et l'accompagnement du changement.**

Plus spécifiquement pour chacun de ces axes :

- **Législation/réglementation**

L'article 51 de la loi HPST¹⁷ marque une évolution dans la reconnaissance officielle de ce type de pratique. Son caractère d'exclusivité relatif aux seuls professionnels signataires et au lieu d'exercice ne permet pas de l'inscrire au même titre que les autres professions au sein du code de santé publique. Le caractère hétérogène qui résulte de la mise en œuvre de ce texte :

- rend difficile le développement de dispositifs de formation homogènes destinés à construire les compétences attendues ;
- rend impossible toute régulation de ces professionnels et toute attribution d'une rémunération spécifique.

La réglementation encadrant les pratiques avancées est indispensable pour assurer la protection du public et des professionnels. Elle est un gage de qualité et de reconnaissance de ce type d'exercice au sein du système de santé.

¹⁶ http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=245&Itemid=28, accédé en mars 2012.

¹⁷ Loi N°2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » du 12 juillet 2009.

EN PRATIQUE

REGLEMENTATION

L'exercice en pratique avancée implique un développement du champ de compétences et du raisonnement clinique.

Les textes qui encadrent les métiers socles des pratiques avancées et la loi HPST – Art. 51 permettent aux professionnels d'exercer en pratiques avancées.

1 - Donner **un cadre législatif** aux professionnels exerçant des pratiques avancées

- Sur la base de la Loi HPST – Art. 51 **promouvoir des protocoles nationaux** à partir des métiers socles applicables aux professionnels qui sont déjà en exercice dans les domaines prioritaires énoncés ci-dessus
- Elaboration **d'un référentiel de compétences**
- L'accès à ce type d'exercice nécessite la mise en place de **formations post-diplôme qualifiante**
- Absence de détermination de quotas (admission, et droit d'exercer)
- Modes de financement à envisager (multiples : DPC, bourse,...)

2 - *Eviter une trop grande hétérogénéité des pratiques sur le territoire national*

- Mettre en place un dispositif de certification des programmes de formation et des professionnels en pratiques avancées

- **Qualification**

Le développement des compétences attendues des professionnels paramédicaux en pratique avancée nécessite impérativement de s'effectuer dans le cadre d'un programme structuré conduisant à l'obtention d'une qualification **de niveau master**. Ce programme prend pour assise les compétences déjà développées dans la formation initiale relative au métier socle.

Une approche par compétences sera retenue. Les dispositifs s'adosent sur les référentiels des métiers socles validés. Une certification des programmes de formation conduisant à la qualification sera requise.

EN PRATIQUE

DEVELOPPER des DISPOSITIFS de FORMATION UNIVERSITAIRE de NIVEAU MASTER

1 – **choix des opérateurs de formation** : universités, instituts assurant la formation initiale du métier socle, organismes de formation, département dédié aux métiers socles au sein d'une université.

L'université doit être un des acteurs de la mise en place du dispositif de formation.

2 – choix des programmes :

- liberté de développement des programmes avec mécanisme de certification ou
- programme national avec montage identique à celui utilisé pour la formation initiale depuis 2009
- rédaction et validation des référentiels de compétences nationaux
- rédaction et validation des référentiels de certification des programmes
- rédaction du processus de certification des programmes

Pilotage : ministère de la santé : référentiel de compétences, structure indépendante pour certification des programmes, le dispositif de certification complète le dispositif AERES existant dans le cadre de l'habilitation et de l'évaluation des programmes.

- **Régulation**

L'exercice en pratiques avancées majore l'autonomie et la responsabilité des professionnels concernés ; ces derniers doivent donc atteindre et maintenir un seuil de compétences défini et qui doit être évalué par un dispositif de régulation spécifique.

Il existe plusieurs modèles de régulation. Quel que soit le modèle, on retrouve :

- **Une protection du titre « professionnel paramédical de pratiques avancées » permettant à la population d'être assurée du niveau de compétence d'un professionnel qui porte ce titre ;**
- **Une certification individuelle (enregistrement) au regard de conditions spécifiques pour l'attribution du titre protégé ;**
- **Une re-certification au regard de conditions spécifiques pour conserver ce titre : pratique clinique, formations, conférences... ;**
- **Un dispositif de suivi des professionnels ;**
- **un cadre normatif (normes de bonnes pratiques) et déontologique ;**
- **un dispositif disciplinaire.**

Actuellement, la régulation des professions paramédicales est réalisée de manière non homogène pour l'ensemble des professions paramédicales alliant un mode de régulation étatique avec, pour certaines professions dotées d'un ordre, une autorégulation.

EN PRATIQUE

3 – Assurer aux usagers un niveau de compétence des professionnels en pratiques avancées

- Certification des professionnels en pratique avancées :
 - protection du titre
 - mettre en place un registre complémentaire à celui des professionnels exerçant les métiers socles
 - mettre en place un dispositif de certification individuel et de re-certification périodique en lien avec le DPC
 - mettre en place un comité de suivi national des professionnels en P A (démographie, cohorte..)
 - élaborer un cadre de déontologie adapté à l'exercice en P A assorti d'un dispositif disciplinaire.

Pilotage : Constituer une cellule de pilotage au sein du ministère de la santé, certificateur potentiel des programmes de formation. Ce dispositif de certification serait complémentaire de celui de l'AERES qui habilite et évalue les programmes de master.

- **Rémunération**

La rémunération des professionnels paramédicaux en pratiques avancées sera basée selon le mode d'exercice (public/privé/libéral) ; elle devra prendre en compte les spécificités liées à l'exercice en pratiques avancées inscrites dans un dispositif réglementaire. **Elle devra donc se démarquer de la rémunération des professionnels exerçant le métier socle.**

EN PRATIQUE

ADAPTER le NIVEAU de REMUNERATION des professionnels en pratiques avancées à leur niveau de qualification, à leurs responsabilités et au secteur d'activité dans lequel ils exercent

La rémunération est adaptée au mode d'exercice : libéral, salarié, et au secteur d'activité.

Pilotage : selon le type d'exercice : convention assurance maladie (libéraux), convention collective (privé)

Statut F P H et grille indiciaire

- **Accompagnement du changement**

L'accompagnement de la mise en œuvre de pratique avancée implique une intégration dans les projets du territoire/de l'institution en fonction des besoins de la population ainsi que des actions de communication adressées à des publics ciblés :

- **Les patients** : information, consentement, choix du professionnel de santé, bénéfices attendus
- **Les décideurs politiques** : nature du concept, plus-value escomptée
- **Les responsables administratifs** : nature de l'activité, positionnement, plus-value
- **Les instances institutionnelles**
- **Le corps médical** : nature de l'activité, relations fonctionnelles
- **Les professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social** : nature de l'activité
- **Les tutelles/financeurs** : nature de l'activité, indicateurs spécifiques, évaluation
- **Les professionnels paramédicaux** : nature de l'activité, relations fonctionnelles, plus-value
- **L'encadrement paramédical** : nature de l'activité, reconnaissance des compétences, évaluation, relations hiérarchiques/fonctionnelles
- **Les professionnels paramédicaux en pratique avancée** : accompagnement dans la prise de poste, positionnement hiérarchique et fonctionnel, développement professionnel
- **Les opérateurs de formation** : caractéristiques du concept

EN PRATIQUE

ACCOMPAGNER CES NOUVEAUX PROFESSIONNELS :

Les actions d'informations devront être adaptées en fonction du public ciblé. Elles devront permettre de comprendre : les enjeux, la plus-value, l'assurance de la qualité des professionnels liée à la qualité et la sécurité des soins. L'information devra également mettre en évidence l'intégration de l'université dans la mise en place du dispositif permettant le développement des pratiques avancées.

Publics ciblés :

- **Les patients** : information, consentement, bénéfices attendus
- **Les responsables administratifs** : nature de l'activité, positionnement des professionnels au sein des institutions, plus-value
- **Les instances institutionnelles**
- **Le corps médical** : nature de l'activité, relations fonctionnelles

EN PRATIQUE

EVALUATION de l'IMPACT de ces « nouveaux professionnels » au sein du système de santé

Mettre en place des indicateurs : accès aux soins, satisfaction des usagers, qualité des soins, attractivité /fidélisation des professionnels, satisfactions des différents acteurs, impact organisationnel et médico-économique.

Conclusion

La FHF attend des pouvoirs publics qu'ils prennent les décisions nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du rapport Hénart. Il convient d'engager sans attendre la mise en œuvre de la méthodologie préconisée dans ce rapport afin d'instaurer les pratiques avancées dans notre système de santé. Ces fonctions, issues des métiers socles paramédicaux, ont montré leur efficacité dans d'autres pays du monde confrontés aux mêmes défis de santé publique que nous rencontrons en France. Les bénéfices attendus sont multiples : accès aux soins, qualité des soins, satisfaction des patients, satisfaction des soignants, efficience à moyen terme.

Toutefois, pour parvenir à ces résultats positifs, il est nécessaire d'engager une démarche globale alliant adaptation de la législation, formation des soignants, régulation de ces professionnels, rémunération adaptée et accompagnement des acteurs du système de santé dans l'introduction de ces changements.

Bibliographie

Articles

- Abou Youssef, E. Y., Bisch, S. A., Hienjnan, S., Hirschfeld, M. J., Land, S., Leenders, F., Manfredi, M., Miller, T. E., Ngcongco, V. N., Salvage, J., Stilwell, B., & Tornquist, E. (1997). Nursing practice around the world. Nursing/Midwifery, Health Systems Development Program, Geneva: World Health Organization.
- Brodie, B. & Baucroft, B. (1982). A comparison of nurse practitioner and physician costs in a military outpatient facility. *Military Medicine*, 147, 1051-1053.
- Brown, M. A. & Draye, M. A. (2003). Experiences of pioneer nurse practitioners in establishing advanced practice roles. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 35, 391-397.
- Brown, S. and Grimes, D. (1996). A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives: A meta-analysis of studies on nurses in primary care roles. American Nurses Association Publications. Publication NP-85 5M, lxx, 1-105.
- Buppert, C. K. (1995). Justifying nurse practitioner existence: hard facts to hard figures. *Nurse Practitioner* 20, 8, 43-4, 46-8.
- Cross, S. & Goodyear, R. (2004). The advanced practice nurse: Global transition through incrementalism. *Nursing and Health Policy Review*, 3, 2, 111-128.
- Debout C. (2011). Un éclairage international sur les pratiques avancées en soins infirmiers au service des réflexions nationales. *Cahiers de la puériculture*. Février (244)
- Giacalone, M., B., Mullaney, D., DeJoseph, D.A., and Cosma, M. (1995). Practice model: Development of a nurse-managed unit and the advanced practitioner role. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 7, 1. 35-41.
- Hooker, R. S. & Berlin, L. E. (2002) Trends in the supply of physician assistants and nurse practitioners in the United States, *Health Affairs*, 21, 5, 174-181.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C., (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324: April, 819-823.
- Latter, S. & Courtenay, M. (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 26-32.
- McCurdy, D. (2002). Review: nurse practitioner primary care improves patient satisfaction and quality of care with no difference in health outcomes. *Evidence-Based Nursing*. October, 5, 4, 121.

- Munding, M. O., Kane, R. I., Lenz, E. R., Totten, A. L., Tsai, W-Y, Cleary, P. D. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioner or physicians: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 59-68.
- Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. Leese, B. (2000) Randomized controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal* 15, 320 (7241) 1048-53.

Ouvrages

- Hamric, A, Spross, J. (2000). *Advanced nursing practice: an integrative approach*. WB Saunders Co
- Joel, L. A. (2004). *Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development*, Philadelphia: F. A. Davis.
- NONPF Curriculum Guidelines Task Force (1995), *Curriculum Guidelines & Program Standards for Nurse Practitioner Education: Advanced Nursing Practice*. Washington, DC. Guidelines for the development of a curriculum preparing the NP at the graduate educational level.
- Schober, M. & Affara, F. (2006) *Advanced Nursing Practice*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Rapports

- BARLET, M & CAVILLON, M. (2011). *La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*. DREES n° 759, mai
- Berland, Y. (2003). *Rapport coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Octobre.
- COLLET, M & SICART, D (2007). *La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 Un exercice de projection au niveau national*. DRESS n° 595 septembre
- Damet, S. (2011). *L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Rapport 2011. DREES.
- Hénart, L, Berland, Y, Cadet, D. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*. Janvier.

Textes législatifs et réglementaires

- Loi N°2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » du 12 juillet 2009.
- Ministère de la santé. (2007). Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Plan 2007/2011. 15 mesures. Avril.

Documents électroniques

- http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/pdf/ICN_APNdefinitionwithLogoFR.pdf, accédé en janvier 2012
- http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=245&Itemid=28, accédé en mars 2012.
- <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf?download=1> accédé en mars 2009

Annexes

INFIRMIERE PRATICIENNE EN ONCOLOGIE

DEFINITION DE LA FONCTION

Missions :

Coordonner le parcours de soins des patients atteints de cancers dès l'annonce du diagnostic, tout au long des différents traitements, jusqu'à l'accompagnement en soins palliatifs afin d'assurer la meilleure prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

Positionnement :

- Sous la direction de la coordination générale des soins paramédicaux
- Collaboration avec les médecins
- Collaboration avec le personnel des services cliniques
- Collaboration avec le service social
- Collaboration avec l'unité de soins palliatifs

PROFIL

Diplômes, formations et expériences :

- Titulaire du DE
- Master de sciences cliniques infirmières spécialisation en oncologie
- Expérience clinique en oncologie
- DU en soins palliatifs et prise de la douleur

Missions spécifiques

Activités cliniques :

- Evaluation clinique du patient : réalisation d'anamnèses, de consultations infirmières
- Raisonnement diagnostique et thérapeutique

Activités de consultation :

- Pratique des consultations en éducation thérapeutique, d'informations et de suivi des patients
- Evaluation des besoins en soins de support
- Prescriptions d'actes et d'interventions médicales
- Prescriptions de médicaments
- Coordination des examens de suivi et les reconductions de traitements
- Accompagnement et information des patients sur les traitements et leurs effets secondaires, sur les soins de support et sur les formalités administratives
- Surveillance de la tolérance des traitements : prévenir et gérer les toxicités et effets secondaires des traitements
- Planification d'examens, d'interventions et d'hospitalisations
- Organisation du dispositif de sortie du patient et son suivi
- Positionnement à l'interface entre la ville et l'hôpital
- Accompagnement des patients à domicile avec un suivi téléphonique
- Orientation des patients vers les soins de support selon leurs besoins

Activités de formation :

- Enseignement auprès des infirmières DE ou des étudiants en soins infirmiers
- Contribution au développement professionnel continu des soignants
- Partage de l'expertise clinique dans publications et congrès professionnels

Activités de leadership :

- Influence sur les politiques de santé publique
- Initiative en termes d'amélioration de la qualité
- Positionnement dans les instances décisionnelles

Activités de recherche :

- Intégration des résultats de recherche dans la pratique (Evidence Base Nursing)
- Direction et/ou participation à des travaux de recherche

Référentiel de compétences du métier socle	Compétences attendues du professionnel paramédical en pratiques avancées en oncologie
1-Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	Savoir utiliser des connaissances théoriques sur les différentes pathologies cancéreuses Evaluer les risques et les effets pour la santé des différents traitements cancéreux
2-Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	Capacité d'analyse et de synthèse pour les prises de décisions lors de situations complexes Savoir coordonner les interventions multi-professionnelles et mobiliser les ressources
3-Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	Savoir utiliser des techniques pédagogiques et de conseils Gérer les symptômes et délivrer des soins de soutien pour améliorer la qualité de vie
4-Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	Recueillir et analyser les différentes sources de données Appliquer les connaissances pour limiter les effets secondaires et la toxicité des traitements Savoir prescrire des réajustements de traitements et des examens de biologie
5-Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	Evaluer les besoins éducatifs pour le patient et ses proches Maîtriser les concepts en éducation thérapeutique Eduquer et soutenir la promotion de la santé ; encourager la santé et le bien-être des patients
6-Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	Permettre aux malades et proches d'exprimer leurs peurs Utiliser des méthodes de soutien
7-Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	Savoir construire et réaliser différents audits cliniques et revues de dossiers Savoir transmettre les plans d'actions et les résultats pour l'amélioration des pratiques
8-Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	Savoir appliquer les théories et les recherches à la pratique clinique Savoir analyser des articles professionnels
9-Organiser et coordonner des interventions soignantes	Savoir collaborer en équipe multi-professionnelle en intégrant d'autres acteurs tels que les bénévoles et les associations

<p>10-Informer et former des professionnels et des personnes en formation</p>	<p>Assurer la formation et la transmission des savoirs auprès des étudiants licence et master en oncologie</p> <p>Participer au développement de compétences des infirmières diplômées</p>
---	--

INFIRMIER(E) PRATICIEN(NE) EN DOULEUR

DEFINITION DE LA FONCTION

Missions :

L'infirmier(e) praticien(ne) en douleur exerce en poste transversal et/ou en Structures d'Etude et Traitement de la Douleur Chronique dans un établissement de santé. Il (elle) contribue à rechercher et à apporter une réponse professionnelle adaptée à la douleur aiguë, chronique, procédurale, liée à l'état de santé du patient ou aux traitements instaurés.

Il (elle) participe au développement d'une véritable culture dans la lutte contre la douleur. Il (elle) exerce son activité dans le respect de la politique institutionnelle, formalisée dans le projet d'établissement et plus spécifiquement dans le projet de soins. En collaboration avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur, il intervient en sa qualité de personne ressource auprès des équipes soignantes et auprès des patients.

Positionnement fonctionnel et hiérarchique :

Liaison hiérarchique :

- directeur des soins, cadre de santé coordonnateur de pôle d'activités pour les infirmiers praticiens en douleur en poste transversal
- cadre de santé de proximité pour les infirmiers praticiens en douleur en poste en Structure d'Etude et Traitement de la Douleur Chronique

Liaisons fonctionnelles :

- président du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de l'établissement de santé
- équipe pluridisciplinaire de la Structure d'Etude et Traitement de la Douleur Chronique
- équipes soignantes de l'établissement de santé
- professionnels médicaux et paramédicaux extra-hospitaliers
- réseaux de soins, de santé, InterCLUD
- équipes des Ecoles et Instituts de formation

PROFIL

Diplômes, formations et expériences :

- Titulaire du Diplôme d'Etat Infirmier ou Infirmier spécialisé (IADE, Puériculture)
- Master en pratiques avancées (ou formation équivalente) en douleur
- Formations complémentaires souhaitées : techniques cognitivo-comportementales, hypnose, sophrologie, éducation thérapeutique
- Expérience clinique de 5 années en établissement de santé

Missions spécifiques :

- Activités cliniques
 - Evaluation de la douleur, analyse de situations cliniques complexes
 - Suivi des patients douloureux
 - Soins éducatifs et éducation thérapeutique
 - Aide à la mise en place, suivi et évaluation de techniques d'analgésie spécifiques (titration de morphine, analgésie contrôlée par le patient, MEOPA, analgésie loco-régionale, neurostimulation transcutanée, neurostimulation médullaire, gestion des pompes intrathécales implantées...)
 - Mise en place de protocoles de prévention de la douleur procédurale (soins ou actes invasifs)
 - Mise en œuvre de méthodes non pharmacologiques (traitements physiques, méthodes cognitivo-comportementales, hypnose, sophrologie, ...).
- Activités de consultation
 - Consultation infirmière de 1^{ère} ligne au sein de la Structure d'Evaluation et Traitement de la Douleur Chronique
 - Consultation infirmière de 2^{ème} ligne pour les patients hospitalisés dans les unités de l'établissement de santé
 - Contribution aux consultations pluri-professionnelles.
- Activités de formation
 - Formation initiale au sein des Ecoles et Instituts de Formation

- Formation-action dans les unités de soins répondant à un projet de service, formations spécifiques (technique d'analgésie, outils d'évaluation, MEOPA, ...)
 - Information ponctuelle dans les unités de soins
 - Compagnonnage auprès des professionnels en situation de soins
 - Formation institutionnelle inscrite au plan de formation de l'établissement de santé
 - Participation à l'enseignement universitaire (DU ou DIU de prise en charge de la douleur, DU ou DIU en soins palliatifs, capacité douleur, ...)
 - Participation au dispositif de développement professionnel continu pour les auxiliaires médicaux
 - Maintien et développement de ses connaissances et de ses compétences (développement professionnel continu conformément à l'article R. 4382-3 du code de la santé publique).
- Activités de leadership
 - Participation active au sein du CLUD : animation, présidence, vice présidence
 - Participation au développement de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur
 - Coordination et animation pour l'élaboration et la conduite du programme de lutte contre la douleur dans l'établissement de santé
 - Coordination et animation du réseau interne des référents douleur des unités
 - Personne ressource pour les soignants, les directions qualité et gestion des risques, direction des soins
 - Interface entre les instances régionales ou nationales et l'établissement de santé dans son champ de compétences.
- Activités de recherche
 - Participation effective à des programmes de recherche clinique
 - Pratique clinique fondée sur des preuves (Evidence Based Nursing)
 - Participation à la conception et à la mise en œuvre de travaux de recherche infirmière et interdisciplinaire
 - Repérage et mise en œuvre des innovations issues de la recherche en vue de l'amélioration des soins des patients douloureux, des organisations ou des systèmes
 - Evaluation des pratiques professionnelles
 - Critique, interprétation, application et diffusion des constatations factuelles
 - Contribution à la diffusion des connaissances nouvelles en présentant des communications et en publiant aux échelons local, régional, national et international.

Compétences attendues (Ex à partir du référentiel infirmier de 2009)

Référentiel de compétences du métier socle	Compétences attendues du professionnel paramédical en pratiques avancées
1-Evaluer une situation clinique et établir un	1. Evaluer une situation clinique et établir un

<p>diagnostic dans le domaine infirmier</p>	<p>diagnostic dans le champ de compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser un examen clinique approfondi complété par une anamnèse centrée sur le vécu douloureux du patient ➤ Procéder à l'évaluation exhaustive de l'état de santé du patient en privilégiant une approche globale de la personne ➤ Utiliser des outils d'évaluation (échelles, questionnaire de qualité de vie, anxiété, dépression...) ➤ Repérer les ressources et les potentialités du patient et de son entourage, notamment dans la prise en charge de sa douleur ➤ Etablir un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier au regard des données objectives et subjectives, précises et pertinentes rassemblées dans le domaine d'expertise ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
<p>2-Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers</p>	<p>2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers dans le champ de compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborer et formaliser un projet de soins et chemin clinique dans le domaine d'expertise en concertation avec le patient et son entourage ➤ Argumenter le projet de soins et la démarche clinique en réunion de synthèse pluri-professionnelle ➤ Définir les priorités de soins en collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle, en concertation avec le patient ➤ Analyser et réévaluer le projet de soins à intervalles réguliers ➤ Documenter de manière précise et régulière le projet de soins et le dossier patient ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
<p>3-Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</p>	<p>3-Accompagner le patient douloureux dans la réalisation de ses soins quotidiens</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources du patient douloureux en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique ➤ Contribuer au développement de compétence en auto-soins ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
4-Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	<p>4-Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique pour la prise en charge d'un patient douloureux</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en œuvre les protocoles d'analgésie validés, à partir des recommandations de bonne pratique reposant sur des preuves scientifiques, lui permettant de concevoir une réponse thérapeutique adaptée aux conclusions de son raisonnement diagnostique ➤ Prescrire et mettre en œuvre des interventions thérapeutiques au regard du champ de compétences ouvert à l'infirmier praticien en douleur : techniques cognitivo-comportementales, hypnose, relaxation, sophrologie, neurostimulation transcutanée, neurostimulation médullaire ➤ Orienter le patient douloureux vers le professionnel de santé ou la structure appropriée aux besoins qu'il présente ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
5-Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<p>5-Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs dans le champ de compétences ouvert à l'infirmier praticien en douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Adapter le traitement du patient douloureux au regard de ses caractéristiques singulières, en respect des protocoles médicaux validés afin d'obtenir une meilleure observance ➤ Réaliser un diagnostic éducatif ➤ Construire et conduire un programme d'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique soumis à autorisation par l'Agence Régionale de Santé

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
6-Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	<p>6-Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en place une relation d'aide ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
7-Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	<p>7-Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur et dégager les spécificités réglementaires, déontologiques et éthiques liées à la pratique infirmière avancée dans le champ de la douleur
8-Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	<p>8-Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques dans le domaine d'expertise</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser une analyse critique des publications de recherche dans le domaine de la douleur ➤ Adopter une pratique clinique fondée sur les preuves (Evidence Based Nursing) ➤ Promouvoir l'introduction d'innovation (technique d'analgésie, nouvelles formes galéniques d'antalgiques, ...), dans la pratique clinique ➤ Concevoir et mettre en œuvre des travaux de recherche infirmière et interdisciplinaire dans le champ de la douleur ➤ Identifier des objets de recherche à partir de la pratique clinique dans le champ de la douleur ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
9-Organiser et coordonner des interventions soignantes	<p>9-Organiser et coordonner des interventions soignantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser une consultation infirmière ➤ Gérer une file active de patients douloureux ➤ Coordonner les activités des différents professionnels intervenant

	<p>dans la prise en charge du patient douloureux</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communiquer toute information pertinente à l'équipe interdisciplinaire afin de favoriser la continuité et le suivi des soins du patient douloureux ➤ Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures extra-hospitaliers ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur
<p>10-Informer et former des professionnels et des personnes en formation</p>	<p>10-Informer et former des professionnels et des personnes en formation dans le domaine d'expertise</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribuer au développement des compétences des infirmiers exerçant dans son domaine d'expertise ➤ Participer à l'enseignement ➤ Agir en tant que personne ressource auprès de ses pairs et autres professionnels ➤ Développer une expertise dans les compétences attendues de l'infirmier praticien en douleur

Documents de référence :

- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Référentiel d'Activité Infirmier Ressource Douleur (IRD) - Novembre 2007. <http://www.sfetd-douleur.org/viedelaSFETD/commissionInfirmiers/index.phtml>

- Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

- Référentiel de compétences de l'infirmière de pratiques avancées développé par le Département des Sciences Infirmières et Paramédicales - EHESP - novembre 2009. <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/11/dossier-master-sci.pdf>

INFIRMIERE PRATICIENNE pour le suivi des patients atteints D' HEPATITE C

DEFINITION DE LA FONCTION

Missions :

Assurer le suivi des patients atteints d'hépatite C sous traitement bi ou tri thérapie. En coordination avec le médecin, pour garantir aux patients une meilleure qualité de vie et une observance optimale de leur traitement. Coordonner le parcours de soins des patients atteints d'hépatite C dès l'annonce du diagnostic, tout au long des différentes phases du traitement.

Positionnement :

- Sous la direction de la coordination générale des soins
- Collaboration avec les médecins du protocole de coopération
- Collaboration avec les médecins libéraux
- Collaboration avec le service social
- Collaboration avec différents professionnels (dermatologue, psychologue, addictologue...)

PROFIL

Diplômes, formations et expériences :

- Titulaire du DE
- Master de sciences cliniques infirmières pratiques avancées (ou formation équivalente)

- Expérience clinique en gastroentérologie > à 5 ans
- Formation en éducation thérapeutique
- Formation à l'écoute et à la relation d'aide
- Excellente connaissance de la pathologie (participation aux staffs médicaux)

Missions spécifiques :

- Activités cliniques
 - Evaluation clinique du patient : réalisation d'anamnèses, de consultations infirmières
 - Raisonnement diagnostique et thérapeutique
- Activités de consultation
 - Pratique des consultations en éducation thérapeutique, d'informations et de suivi des patients
 - Evaluation des besoins sur le plan social, médical et psychologique,
 - Analyse des données biologiques
 - Prescriptions d'examens biologiques,
 - Prescription de consultations médicales complémentaires
 - Prescription de traitement selon protocoles
 - Surveillance de la tolérance des traitements : prévenir et gérer les toxicités et effets secondaires des traitements
 - Assurer l'interface entre la ville et l'hôpital
 - Accompagner les patients à domicile avec un suivi téléphonique
- Activités de formation
 - Enseignement auprès des infirmières DE ou des étudiants en soins infirmiers
- Activités de leadership
 - Contribution au développement professionnel continu des soignants (ETP, analyse clinique...)
- Activités de recherche
 - Participation à des travaux de recherche
 - Formation continue

Compétences attendues (Ex à partir du référentiel infirmier de 2009)

Référentiel de compétences du métier socle	Compétences attendues du professionnel paramédical en pratiques avancées
---	---

1-Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	<p>Excellente connaissance des pathologies rencontrées</p> <p>Excellente connaissance des traitements et de leurs effets secondaires</p>
2-Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	<p>Capacité d'analyse et de synthèse clinique</p> <p>Elaboration d'un projet de soins personnalisé en lien avec le médecin gastroentérologue et le médecin traitant</p>
3-Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	<p>Elaborer un diagnostic clinique, social et psychologique</p>
4-Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	<p>Réajustement des traitements</p> <p>Prescription d'examen complémentaires</p> <p>Prescription de consultations spécialisées (<i>dermato, psychologue...</i>)</p>
5-Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<p>Elaborer un projet d'éducation thérapeutique pour chaque patient</p> <p>Informé le patient des effets secondaires de chaque thérapeutique</p>
6-Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	<p>Adapter son discours à la personne soignée</p> <p>Rechercher les aides externes dans le cadre des réseaux (<i>réseau addicto – toxicomanie</i>)</p> <p>Orienter le patient vers des aides sociales et structures adaptées pour suite de soins (<i>ex : SSR addicto</i>)</p> <p>Consultations téléphoniques</p>
7-Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	<p>Alimenter les indicateurs de qualité posés dans le cadre du poste de travail</p> <p>Participe à des formations sur les nouveaux traitements de la maladie (<i>Staff médical interne, congrès national sur les hépatites</i>)</p>
8-Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	<p>Analyse des bilans biologiques</p> <p>Participer à des études et à de la recherche</p> <p>Participation au groupe de travail sur les maladies chroniques avec</p>

	la DGOS
9-Organiser et coordonner des interventions soignantes	Tout en étant autonome dans son activité quotidienne, faire preuve de discernement sur les informations à transmettre au médecin gastroentérologue et/ou aux spécialistes et professionnels libéraux
10-Informer et former des professionnels et des personnes en formation	Participation à l'enseignement théorique et pratique d'étudiants Activité importante de formation et d'information auprès de professionnels de la santé, des réseaux de soins, de la ville.

Intitulé de la fonction

Manipulateur d'électroradiologie médicale en échographie

DEFINITION DE LA FONCTION

Missions :

Réalisation d'examens échographiques protocolisés et interprétés par un médecin radiologue ou un médecin nucléaire

Positionnement fonctionnel et hiérarchique :

Sous la responsabilité médicale d'un médecin radiologue ou nucléaire

Soumis à la structuration hiérarchique de l'employeur

PROFIL

Diplômes, formations et expériences :

- Titulaire du DE ou DTS
- Diplôme InterUniversitaire d'Echographie, mention acquisition
- Expérience clinique d'au moins 2 ans

Missions spécifiques

- Activités cliniques
 - Accueil de la personne soignée et recueil des données
 - Information de la personne soignée et mise en œuvre des soins dans le cadre de la continuité des soins
 - Réalisation de soins à visée diagnostique dans le champ de l'échographie à l'exclusion des explorations cardiaques et obstétricales. La réalisation de soins s'étend de l'accueil du patient à la transmission au médecin des images et signaux relatifs à l'investigation.

- Exploitation, gestion et transfert des données
- Mise en œuvre des mesures liées à la qualité et à la prévention des risques
- Gestion administrative
- Contrôle et gestion des matériels, dispositifs médicaux et produits

- Activités de formation
 - Formation des professionnels et étudiants

- Activités de recherche
 - Participation à des travaux de recherche en échographie (protocoles d'exploration, qualité d'image...)

Compétences attendues (à partir du référentiel manipulateur de 2011)

Référentiel de compétences du métier socle	Compétences attendues du professionnel paramédical en pratiques avancées
1-Analyser la situation clinique de la personne et déterminer les modalités des soins à réaliser	Etendues au champ de l'échographie
2-Mettre en œuvre les soins à visée diagnostique et thérapeutique en imagerie médicale, médecine nucléaire, radiothérapie, explorations fonctionnelles en assurant la continuité des soins	Etendues au champ de l'échographie
3-Gérer les informations liées à la réalisation des soins à visée diagnostique et thérapeutique	Etendues au champ de l'échographie
4-Mettre en œuvre les règles et les pratiques de radioprotection des personnes soignées, des personnels et du public	Sans objet en échographie
5-Mettre en œuvre les normes et principes de qualité, d'hygiène et de	Etendues au champ de l'échographie

sécurité pour assurer la qualité des soins	
6-Conduire une relation avec la personne soignée	Etendues au contexte des examens échographiques
7-Evaluer et améliorer ses pratiques professionnelles	Etendues au champ de l'échographie
8-Organiser son activité et collaborer avec les autres professionnels de santé	Etendues au champ de l'échographie
9-Informer et former	Etendues au champ de l'échographie
10-rechercher, traiter et exploiter les données scientifiques et professionnelles	Etendues au champ de l'échographie

CADRE DE SANTE DE COORDINATION : HANDICAP NEUROLOGIQUE

DEFINITION DE LA FONCTION

Missions générales :

– Au niveau de l’institution :

Chargé des projets infirmiers contribuant au développement du réseau

– Au près du patient :

Chargé de la coordination des soins infirmiers au domicile et du parcours de soins du patient atteint d’une affection neurologique

– Au niveau des formations :

Chargé de la coordination des actions d’éducation thérapeutique paramédicales et chargé de formation auprès des professionnels libéraux, des structures de soins et d’aide au domicile, des structures de prise en charge de proximité, des établissements hospitaliers ou médico-sociaux partenaire, des écoles para-médicales ou institut de formation en santé, des service d’hospitalisation à domicile

Positionnement fonctionnel et hiérarchique :

PROFIL

Formations et/ou qualifications :

Diplôme d’état d’infirmier(e)

Diplôme de cadre de santé

Un master 2 en « coordination pluridisciplinaire du handicap neurologique de l’adulte » est apprécié (MASTER RIM , UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE)

Expériences particulières :

Expérience significative dans un domaine spécifique : neurologie et handicap

En tant que cadre une expérience significative en institut de formation, ou en structure extra hospitalière est appréciée

Qualités professionnelles :

Respect de la confidentialité et du secret professionnel

Sens relationnel développé

Autonomie

Rigueur

Esprit d'équipe et de collaboration

Sens de l'organisation

Compétences pédagogiques développées

Missions spécifiques dans le cadre des compétences paramédicales :**– Au niveau de l'institution :**

- Participation à la mise en œuvre et au développement du réseau
- Participation à la représentation du réseau face aux institutions, aux établissements de santé, aux professionnels de santé libéraux
- Optimisation des liens entre la ville et l'hôpital
- Traçabilité de l'information dans la base de données épidémiologique
- Participation aux différents groupes de projet du réseau

- Prospection, dans le cadre de la promotion de la pathologie, vers de nouveaux partenariats de ville ou institutionnels au bénéfice des patients suivis

- Auprès du patient

- Inclusion des patients dans le réseau
- Coordination et organisation de la prise en charge du domicile
- Participation aux consultations, hôpitaux de jour en service de neurologie ou de pneumologie, ou hospitalisation traditionnelle afin d'évaluer la demande graduée des besoins d'accompagnement des patients et de leurs proches, avec mise en œuvre d'un projet de soins personnalisé et mise en œuvre des plans d'actions concertés
- Rédaction de projets personnalisés de soins adressés au médecin traitant
- Fluidification du parcours de soins dans le cadre de la pathologie
- Information du patient et de ses proches et réponses aux questions spécifiques liées à la connaissance de la maladie
- Transmissions des informations entre le centre hospitalier référent et les intervenants de proximité (lien ville/hôpital)
- Recherche de nouveaux intervenants de ville dans le cadre de la prise en charge à domicile
- Information et soutien des professionnels de ville impliqués dans la prise en charge
- Actions de promotion de la pathologie auprès des instances (MDPH, CLIC, CONSEILS GENERAUX, UNITES DE SOINS PALLIATIFS...)
- Visites au domicile si nécessaire pour coordination avec les acteurs du domicile et organisation des soins
- Réunion de coordination avec les professionnels et les structures de proximité
- Veille à la permanence et à la continuité des soins.

– **Actions de formations :**

- Chargé de l'éducation en santé du patient et de son entourage
- Chargé de formation des aidants naturels
- Chargé de formation des structures d'aide et de soins au domicile avec déplacement sur les structures
- Participation à toutes les actions de formation du réseau
- Participation aux ateliers de la coordination nationale, avec implication dans les projets de recherche

Compétences attendues (Ex à partir du référentiel infirmier de 2009)

Référentiel de compétences du métier socle	Compétences attendues du professionnel paramédical en pratiques avancées
1-Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	Evaluation dans un domaine de compétence spécifique en lien avec le handicap neurologique, expertise dans l'élaboration de diagnostics complexes
2-Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	Elaboration de projets personnalisés de soins en lien avec l'équipe médicale, le médecin traitant ; Réunion de coordination avec les professionnels du soin intervenant au domicile des patients avec visite en proximité
3-Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	Non adapté à la fonction cadre : planification et organisation des soins et des aides au quotidien à domicile
4-Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	Organisation de la prise en charge à domicile, dans un objectif d'accompagnement,

	<p>thérapeutique ou diagnostique ;</p> <p>Information et soutien apporté au médecin traitant dans l'évaluation de situations médicales complexes en lien avec les spécificités de la pathologie</p>
5-Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<p>Education thérapeutique spécifique (domaines de la nutrition entérale, de la ventilation, du handicap, de la mobilisation, de l'ergothérapie). Education thérapeutique menée auprès des patients, mais également auprès de ses aidants naturels et aidants du domicile</p>
6-Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	<p>Conduite d'entretiens complexes dans le cadre de l'aggravation de la maladie et du handicap. Entretiens téléphoniques, à domicile ou lors de consultation ou hôpitaux de jour</p>
7-Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	<p>Participation aux journées de la coordination nationale : participation dans le groupe infirmier à l'évaluation des pratiques professionnelles sur le plan national, participation aux référentiels de la prise en charge sur le plan national</p>
8-Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	<p>Mise à jour et traitement des données de la base de données du réseau (base événementielle, et épidémiologique)</p>
9-Organiser et coordonner des interventions soignantes	<p>Importante activité de coordination pluridisciplinaire des soins à domicile, et du parcours de soins des patients inclus dans le réseau. Travail de lien ville hôpital et coordination transversale des actions menées au bénéfice des prises en charge</p>
10-Informer et former des professionnels et des personnes en formation	<p>Activité importante de formation : auprès de professionnels institutionnels, de ville, des structures, des instances administratives, dans un objectif d'amélioration des pratiques et de promotion de la maladie</p>