

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS POUR MIEUX COOPERER ET SOIGNER

Rapport présidé par le Professeur Yvon BERLAND

Membres de la mission :

Galadriel BONNEL
Mercédès CHABOISSIER
Jean-Marc GRANGER
Ljiljana JOVIC
Emmanuelle QUILLET
Marie-Thérèse RAPIAU
Régine TEULLIER
Denis VITAL-DURAND

Rapporteur : Marie-Ange COUDRAY

SOMMAIRE

I. ETAT DES LIEUX : EXERCICE ET FORMATION DES PROFESSIONS ET METIERS DE LA SANTE.....	7
I.1. LES PROFESSIONS ET METIERS DE LA SANTE	7
I.1.1. <i>La notion de profession et de métier</i>	7
I.1.2. <i>Les différentes professions et métiers de la santé</i>	8
I.2. L'EXERCICE DES PROFESSIONS ET METIERS DE LA SANTE	10
I.2.1. <i>Caractéristiques communes aux professions paramédicales, une autonomie et un déroulement de carrière limités</i>	10
I.2.1.1. Une autonomie limitée	10
I.2.1.2. Des carrières qui ne peuvent se faire dans le soin	11
I.2.1.3. Les infirmiers	12
I.2.1.4. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale.....	18
I.2.1.5. Les orthoptistes.....	20
I.2.1.6. Les diététiciens	21
I.2.2. <i>Les trois professions médicales et de la pharmacie présentent peu de caractéristiques communes</i>	22
I.2.2.1. Les médecins	22
I.2.2.2. Les chirurgiens-dentistes.....	23
I.2.2.3. Les sages femmes	23
I.2.2.4. Les pharmaciens.....	24
I.3. LA FORMATION	24
I.3.1. <i>La formation des professions médicales et de pharmacie</i>	24
I.3.1.1. Les médecins	24
I.3.1.2. Les odontologistes.....	25
I.3.1.3. Les sages-femmes	25
I.3.1.4. Les pharmaciens.....	25
I.3.2. <i>La formation initiale des auxiliaires médicaux</i>	25
I.3.2.1. L'attribution des diplômes dans le système français.....	26
I.3.2.2. La définition du diplôme.....	27
I.3.2.3. Les tutelles des diplômes	27
I.3.2.4. L'enregistrement des diplômes.....	27
I.3.2.5. L'accès à la formation	30
I.3.2.6. Les contenus de formation.....	30
I.3.2.7. Les instituts de formation : une gestion décentralisée.....	31
I.3.2.8. La réglementation européenne élargit les possibilités de recrutement.....	31
I.3.3. <i>Les formations complémentaires des auxiliaires médicaux</i>	32
I.3.3.1. La formation des paramédicaux à l'encadrement et à l'enseignement.....	32
I.3.3.2. La formation aux spécialisations	33
I.3.3.3. La formation continue.....	34
II. EVOLUTION EN COURS	41
II.1. L'EVOLUTION DES MODES D'EXERCICE DES AUXILIAIRES MEDICAUX	41
II.1.1. <i>La reconnaissance d'une pratique avancée au niveau international</i>	41
II.1.1.1. Les infirmiers	41
II.1.1.2. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale.....	50
II.1.2. <i>Les facteurs d'évolution auxquels vont être confrontés les métiers du soin</i>	51
II.1.2.1. Les facteurs d'évolution de la demande de soins.....	51
II.1.2.2. Les facteurs d'évolution de l'offre de soins.....	53

II.1.3.	<i>L'impact de ces évolutions : l'exemple de deux professions</i>	57
II.1.3.1.	<i>L'émergence de différents profils infirmiers</i>	58
II.1.3.2.	<i>Les manipulateurs d'électroradiologie : une évolution déjà en cours</i>	60
II.1.4.	<i>L'avenir pour les métiers paramédicaux</i>	63
II.2.	<i>L'EVOLUTION DE LA FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE</i>	65
II.2.1.	<i>L'évolution pour les professions médicales et de pharmacie</i>	65
II.2.2.	<i>La ré-ingénierie des diplômes paramédicaux</i>	65
II.2.2.1.	<i>Les processus d'élaboration d'un diplôme</i>	66
II.2.2.2.	<i>La méthode et le contenu des référentiels</i>	66
II.2.3.	<i>La validation des acquis de l'expérience</i>	67
II.2.4.	<i>Le système Licence Master Doctorat (LMD)</i>	69
II.2.4.1.	<i>Les Accords de Bologne</i>	70
II.2.4.2.	<i>Les professions de santé et le LMD</i>	71
II.2.5.	<i>Les spécificités françaises</i>	74
III.	ANALYSE	75
III.1.	<i>UNE TYPOLOGIE POUR UNE NOUVELLE REPARTITION DES ROLES DES PROFESSIONNELS DE SANTE</i>	75
III.1.1.	<i>La nécessité d'adapter la réglementation</i>	76
III.1.2.	<i>La nécessité de graduer la formation</i>	78
III.2.	<i>UNE RECHERCHE DES MODES DE VALIDATION DE LA FORMATION POUR UN EXERCICE PROFESSIONNEL DANS LE DOMAINE DE LA SANTE</i>	79
III.2.1.	<i>Relier les diplômes, et donc la formation, à la formalisation de compétences</i>	79
III.2.2.	<i>Clarifier les contours des « nouveaux métiers »</i>	79
III.2.3.	<i>Formaliser des modes de reconnaissances</i>	80
III.3.	<i>UNE RECONNAISSANCE POUR LES CONNAISSANCES DES AUXILIAIRES MEDICAUX DANS LE SOIN</i>	80
III.3.1.	<i>Les compétences « soignantes » sont partagées par tous les professionnels</i>	80
III.3.2.	<i>La formalisation des savoirs paramédicaux autour du soin de proximité est encore faible en France</i>	81
III.3.3.	<i>La complexité du soin ne vient pas toujours de son aspect technique</i>	82
III.3.4.	<i>La nécessité d'un socle de connaissances large pour être en mesure d'évoluer dans son exercice</i>	82
III.3.5.	<i>Un nécessaire recentrage sur le « cœur de métier »</i>	83
III.4.	<i>L'ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTE GLOBALISEE</i>	83
III.4.1.	<i>La prise en considération de l'écologie des professions</i>	83
III.4.1.1.	<i>La notion d'écologie des professions</i>	84
III.4.1.2.	<i>Penser l'évolution des formations dans un contexte global</i>	85
III.4.2.	<i>La réorganisation des situations et des contextes</i>	86
III.4.2.1.	<i>Les fonctions supports</i>	86
III.4.2.2.	<i>Le management de la coopération</i>	86
III.4.2.3.	<i>La gestion des compétences</i>	86
III.4.3.	<i>Une modification des postes et des statuts</i>	87
IV.	RECOMMANDATIONS	89
IV.1.	<i>ASSOCIER LES PROFESSIONNELS A L'ELABORATION DE NOUVELLES ORGANISATIONS DANS LA REPARTITION DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES</i>	89
IV.2.	<i>ELABORER DES REFERENTIELS METIERS ET COMPETENCES</i>	89
IV.3.	<i>CONSTRUIRE UN CADRE NATIONAL D'ELABORATION DES NOUVEAUX METIERS</i>	90
IV.4.	<i>CONFIER LA FORMATION AUX OPERATEURS A PARTIR DE REFERENTIELS</i>	91
IV.5.	<i>DEFINIR DES DEGRES DE COMPETENCES SUR UNE ECHELLE DE FORMATION EN TROIS NIVEAUX</i>	92

IV.6.	SELECTIONNER DES METIERS A PARTIR DES BESOINS DANS LES DIFFERENTS GRANDS DOMAINES DE LA SANTE.....	93
IV.7.	CONSTRUIRE DES PARCOURS PROFESSIONNELS VISIBLES.....	94
IV.8.	ORGANISER LA COLLABORATION ENTRE LE CORPS MEDICAL ET LES EQUIPES PARAMEDICALES.....	95
IV.9.	PREVOIR LE FINANCEMENT DES NOUVELLES COMPETENCES.....	96
IV.10.	METTRE EN PLACE UN SYSTEME D'EVALUATION DU DISPOSITIF.....	97
V.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	98
VI.	ANNEXES.....	100
ANNEXE 1 :	LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	100
ANNEXE 2 :	ELEMENTS DE SEMANTIQUE	101
ANNEXE 3 :	FORMATION MEDECINS, ODONTOLOGISTES, PHARMACIENS	104
ANNEXE 4 :	ETUDE COMPARATIVE EXERCICE ET RECHERCHE.....	107
ANNEXE 5 :	MALADIES CHRONIQUES.....	109
ANNEXE 6 :	LA PRATIQUE INFIRMIERE AVANCEE AUX ETATS UNIS	111
ANNEXE 7 :	LA PRATIQUE INFIRMIERE AVANCEE AU CANADA	114
ANNEXE 8 :	PRATIQUE INFIRMIERE AVANCEE AU QUEBEC.....	117
ANNEXE 9 :	INFIRMIER EN SOINS GENERAUX EN FRANCE, REFERENTIEL DE COMPETENCES	120
ANNEXE 10 :	VERS UNE PRATIQUE « AVANCEE » EN FRANCE : INFIRMIER CLINICIEN, INFIRMIER SPECIALISTE CLINIQUE	125
ANNEXE 11 :	VERS UNE PRATIQUE « AVANCEE » POUR LES INFIRMIERS EN FRANCE : « NOUVEAU METIER », A ADAPTER AUX TYPES DE POPULATIONS SOIGNEES	130
ANNEXE 12 :	NOUVEAU METIER : INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE EN SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER :.....	133
ANNEXE 13 :	NOUVEAU METIER : INFIRMIERE DE PRATIQUE AVANCEE EN SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE	134
ANNEXE 14 :	LA CONSULTATION	138
ANNEXE 15 :	SCHEMA DES PARCOURS DE FORMATION.....	140
ANNEXE 16 :	LISTE DES ABREVIATIONS.....	141
ANNEXE 17 :	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	144
ANNEXE 18 :	REFERENCES	145

INTRODUCTION

En novembre 2002, le Professeur Berland remettait au ministre de la santé Jean-François Mattei le rapport "Démographie des professions de santé". Dix propositions étaient faites. On pouvait lire dans la troisième proposition, "redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé".

A la suite de ces conclusions et propositions, le Ministre demandait au Professeur Berland en mars 2003 de mener une mission "afin d'étudier les coopérations qui pourraient être organisées dans notre pays entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et autres professions médicales et paramédicales".

En juillet 2003, le Professeur Berland remettait à Jean-François Mattei le rapport de mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences". Ce rapport concluait à la nécessaire mise en perspective de la coopération des professions de santé en respectant quelques grands principes. En premier lieu, la formation : "la légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation" acquise par les acteurs de la coopération.

En juillet 2006, une mission a été confiée par le ministre de la santé Xavier Bertrand à la Haute Autorité de Santé afin d'élaborer une recommandation visant à clarifier les conditions de la coopération des professionnels de santé et à identifier les évolutions qui pourraient la faciliter, afin de préserver, voire d'améliorer, la qualité des soins pour les patients.

Dans ce document préparatoire, nous nous sommes attachés à mener une réflexion sur les enjeux et les principes en terme de formation de l'évolution des pratiques de coopération.

Nous avons souhaité nous appuyer sur des études déjà réalisées et une vision pragmatique et renseignée de la situation vécue par les professionnels de santé qu'ils travaillent en établissement ou à domicile. Les travaux sont plus particulièrement centrés sur deux des professions qui ont fait et font l'objet d'une expérimentation au sens des arrêtés du 13 décembre 2004 et du 30 mars 2006 : la profession infirmière et celle de manipulateur d'électroradiologie médicale (MER). Cela étant, à partir de l'exemple de ces deux professions, les mêmes principes d'évaluation des compétences au travers de la formation et l'évolution des métiers peuvent s'appliquer à l'ensemble des auxiliaires médicaux.

En termes de méthodes, des personnes expertes ont été interrogées¹, une lecture attentive de la littérature et des sites professionnels a été faite, et une analyse de diverses pratiques déjà en cours dans le domaine de la « pratique avancée » des professionnels paramédicaux a été réalisée.

¹ Annexe 1

Le présent rapport dresse un état des lieux de l'exercice et des formations ainsi qu'un état des lieux de la formation universitaire des professions de santé et des évolutions en cours. Dans la mesure où les nouvelles coopérations doivent déboucher sur une implication plus importante des professions paramédicales, une grande place est faite à ces professions. De la même manière, quelques-unes de ces professions ont bénéficié d'un plus grand développement du fait notamment de leur implication dans les expérimentations mises en place depuis 2004. Cela étant, les professions médicales et pharmaceutiques sont abordées car la collaboration doit impliquer une bonne connaissance de tous les acteurs de santé.

Ce rapport fait des propositions susceptibles d'être reprises dans les recommandations que la Haute Autorité de Santé soumettra à la Ministre de la santé de la jeunesse et des sports, Madame Roselyne Bachelot.

I. ETAT DES LIEUX : EXERCICE ET FORMATION DES PROFESSIONS ET METIERS DE LA SANTE

I.1. les professions et métiers de la santé

I.1.1. La notion de profession et de métier

Dans le cadre de son travail sur la ré-ingénierie des diplômes délivrés par le ministère en charge de la santé, la DHOS définit la notion de « métier » comme suit {DHOS 2005}².

« Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul.

Dans un même métier, les salariés peuvent changer d'emploi (à niveau égal de compétences), de poste, de structure, d'employeur, avec un temps d'adaptation et de formation relativement court. A contrario, changer de métier nécessite un temps d'apprentissage beaucoup plus long.

Le métier est défini d'abord par des activités professionnelles. La description des activités d'un métier est indispensable pour pouvoir en inférer les compétences.

Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme ».

Le concept de « profession » est attribué aux métiers dotés d'autonomie dans leur exercice, leur juridiction professionnelle et leur formation. Cette notion de profession s'accompagne chez leur titulaire d'un fort sentiment d'appartenance et de responsabilité professionnelle.

La définition d'une profession repose donc sur des caractéristiques relativement identifiables et la professionnalisation, au sens de « l'établissement d'une profession » dans une société donnée, peut alors être décrite comme suivant une suite d'étapes telles que la constitution de journaux, d'associations, de codes, de formations, de règlements, de lois, etc.

Andrew Abbott (1988³) développe une approche originale de la notion de profession. Il critique particulièrement la démarche visant à considérer l'évolution des professions indépendamment les unes des autres, à travers différents stades. De ce fait, on traiterait moins de ce que les professions font que de comment elles s'organisent pour le faire.

² Extraits de « note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé », novembre 2005, C.Gay/DHOS.

³ Andrew Abbott (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press.

Cet auteur propose une approche dynamique et systémique de la notion de profession, qui ne peut donc plus être identifiée *a priori* : les professions évoluent et se définissent les unes par rapport aux autres, dans des rapports de concurrence pour le monopole de compétences juridiquement établies. Pour lui, on ne peut pas dire vraiment à partir de quand un groupe peut être catalogué comme ayant réussi à constituer une profession. Les professions définissent leur travail, et se faisant elles se définissent elles-mêmes. Les frontières d'une profession n'ont qu'une existence courte et peuvent être remises en cause par un groupe professionnel concurrent.

La distinction entre les mots « profession » et « métier » n'étant pas aboutie dans l'usage courant, les deux termes seront utilisés.

I.1.2. Les différentes professions et métiers de la santé

En l'absence d'autre classification, l'inscription dans le Code de la Santé Publique (CSP) a valeur de typologie des professions de la santé, avec trois catégories :

- les professions médicales : les médecins, les sages-femmes et les odontologistes ;
- les professions de la pharmacie : les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie ;
- les professions d'auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseur-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens.

D'autres professions exercent dans le secteur de la santé, et sont citées dans les parties législatives et/ou réglementaires du code de la santé :

- soit qu'ils sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent : les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers ;
- soit qu'ils sont notés en relation avec les professions dont leur activité dépend : les aides soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques ;
- soit qu'ils sont notifiés selon une logique de nature d'activités : les conseillers en génétique ;
- soit qu'ils sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés comme des professions de santé : les ostéopathes, les psychothérapeutes.

Certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste « d'actes », c'est le cas des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Une ordonnance de 2005⁴ fixe les conditions de l'exercice illégal des professions et la répression pour l'usage des titres. La circulaire explicative de la DHOS rappelle les conditions permettant l'exercice d'une profession de santé :

- possession d'un diplôme, titre ou certificat précis ou autorisation d'exercice pour les ressortissants communautaires
- enregistrement du diplôme auprès des services de l'Etat (sauf pour les préparateurs en pharmacien et les techniciens de laboratoire).

Seule, la profession d'infirmier reconnaît, en sus, trois spécialités qui sont inscrites dans le décret d'exercice des infirmiers et sous l'angle de la formation, mais ne font pas l'objet d'un titre spécifique dans le CSP : l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE), l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), la puéricultrice diplômée d'Etat.

Trois professions d'auxiliaires médicaux sont regroupées en « ordre » professionnel : masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers.

Les métiers de l'encadrement des soins (cadre de santé en service hospitalier, cadre supérieur de santé, directeur de soins) et de formateur en soins (cadre de santé dans un institut de formation) ne sont pas inscrits dans le code de la santé. Ils concernent l'ensemble des métiers définis comme auxiliaires médicaux, ainsi que les techniciens en analyse biomédicale et les préparateurs en pharmacie hospitalière.

Le taux de croissance des effectifs est variable d'une profession à une autre. Il est important pour les professions paramédicales. Cela étant, ces évolutions cachent souvent une répartition peu homogène des professions sur le territoire.

⁴ Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titre et de l'exercice illégal de ces professions. Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions

Circulaire N°DHOS/P2/2005/225 du 12 mai 2005 relative aux conditions d'exercice des professions de santé et aux sanctions pénales applicables pour l'exercice illégal et l'usurpation de titre.

Tableau 1 : effectifs et taux de croissance des principales professions paramédicales

	2005	taux de croissance annuel moyen 2000-2005	moins de 35 ans (%)	plus de 55 ans (%)
médecins	205 864	1,2%	7,4%	26,2%
chirurgiens-dentistes	41 083	0,3	14,0	26,4
pharmaciens	67 484	2,9	15,8	20,7
sages-femmes	16 550	2,9	29,8	14,0
infirmières	452 466	3,4	28,5	15,6
masseurs-kinésithérapeutes	60 364	3,0	30,3	21,3
orthophonistes	15 909	3,4	29,8	15,8
orthoptistes	2 588	3,9	39,1	11,8
psychomotriciens	5 894	5,1	36,1	7,8
pédicures-podologues	10 550	3,7	38,1	16,9
ergothérapeutes	5 370	6,7	47,4	7,7
audioprothésistes	1 806	6,6	35,2	22,3
opticiens	15 141	8,6	51,2	15,4
manipulateurs radio	24 512	2,6	28,2	13,8

Source : DREES – Documents de travail – les médecins au 1^{er} janvier 2006 / les professions de santé au 1^{er} janvier 2005

I.2. L'exercice des professions et métiers de la santé

La réflexion sur la formation aux professions et métiers de la santé et son évolution ne peuvent se concevoir sans connaissance précise de l'exercice de ces professions et métiers. Afin de mieux préciser les contextes de l'exercice des professionnels paramédicaux, le groupe s'est attaché, à titre d'exemple, à décrire quatre professions qui ont été concernées par les expérimentations : les infirmières, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les orthoptistes et les diététiciens. De la même manière, dans le contexte de la réflexion sur la délégation de tâches, il a souhaité rappeler l'exercice de la médecine.

I.2.1. Caractéristiques communes aux professions paramédicales, une autonomie et un déroulement de carrière limités

I.2.1.1. Une autonomie limitée

L'exercice de la médecine en France s'est structuré autour de l'activité des médecins, positionnant les « auxiliaires » ou les « para » médicaux comme des aides pour l'activité médicale, sous la seule responsabilité des médecins, plutôt que dans des rapports de collaboration ou de coopération pour prendre en charge des patients. Cet aspect a longuement été rappelé dans le rapport élaboré par le professeur MATILLON en 2003 {Matillon2003}:

« L'intervention des professionnels de santé repose sur un système organisé en référence à la qualification. Le critère légal retenu par le législateur pour légitimer une « atteinte à l'intégrité physique des personnes par des professionnels de santé » est celui de la qualification liée à l'obtention d'un diplôme »

...

« Au centre de la construction se trouve la profession médicale, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole médical, protégé par l'exercice illégal de la profession »⁵.

Sur le plan de la légalité, les auxiliaires médicaux travaillent sur prescription médicale pour les activités en relation avec l'administration des soins. Quatre professions d'auxiliaire de santé bénéficient d'un champ d'autonomie limité. Les infirmiers qui ont une reconnaissance d'autonomie sur un champ propre depuis 1978, et un droit de prescription de dispositifs médicaux depuis 2007. Les pédicures-podologues et les masseurs-kinésithérapeutes qui ont un droit de prescription encadré dans leur domaine. Les opticiens-lunetiers qui viennent de se voir reconnaître un droit de renouvellement des ordonnances sous certaines conditions.

Les nombreux professionnels exerçant dans des établissements de soins sont par ailleurs placés sous la responsabilité d'une double hiérarchie : une hiérarchie professionnelle administrative et une hiérarchie médicale de fonction.

1.2.1.2. Des carrières qui ne peuvent se faire dans le soin

Les professionnels paramédicaux ne peuvent évoluer dans leur carrière professionnelle qu'en modifiant l'axe de leur choix de départ : d'un professionnel du soin, devenir un professionnel de l'encadrement ou de la formation. Le diplôme de cadre de santé permet d'accéder à un poste de cadre de proximité dans un établissement, ou de formateur en institut de formation professionnel.

Seuls les infirmiers peuvent obtenir un diplôme de spécialité dans le champ clinique : infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste ou puéricultrice.

Le statut de la fonction publique hospitalière, et souvent les conventions collectives dans le secteur privé, ne reconnaissent comme emplois statutaires que des postes correspondant aux diplômes répertoriés : de base, de l'encadrement et des spécialités infirmières.

Quelle que soit l'obtention de compétences ou de connaissances supplémentaires et complémentaires en cours de carrière, rien n'est traduit en termes de reconnaissance financière ou de statut pour les personnels.

A contrario, certains établissements, sans que la condition ne soit introduite dans le statut ou la convention, ont glissé dans leur mode de sélection des exigences supplémentaires à celles prévues dans le statut : exemple de la maîtrise pour les cadres supérieurs de santé de l'Assistance Publique (il s'agit d'un partenariat spécifique avec une université), ou diplôme inter-universitaire de soins palliatifs (DUI requis pour les équipes mobiles, les référents « lits identifiés ») ou d'hygiène hospitalière pour obtenir un poste spécifique dans certains établissements, mais ceci reste de l'ordre du management local et d'une reconnaissance dans un lieu précis sans possibilité ni de rémunération adaptée ni d'évolution de carrière.

Ainsi, il n'existe pas réellement de possibilité de progression de carrière pour un paramédical dans le domaine qu'il a choisi au départ : le soin.

5 MATILLON Y. « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », août 2003. Annexe juridique : MORET-BAILLY J., « L'organisation juridique des compétences des professions de santé », p.8

1.2.1.3. Les infirmiers⁶

La profession infirmière est la seule profession paramédicale généraliste. Historiquement, c'est autour d'elle, ou en rapport avec elle, que toutes les autres professions paramédicales se sont développées.

Tableau 2 : démographie infirmière

Infirmiers	1 ^{er} janvier 2007
Salariés hôpital public	267.230
Salariés autres	148.279
Libéraux	67.871
Total	483.380

Source : ADELI

Cette profession est de loin la plus nombreuse, dans un rapport de 1 à 7 avec la profession la plus proche en nombre, les techniciens de laboratoire qui sont 70 000.

Les lieux d'exercice infirmier sont très variés : en secteur de ville, en établissement de santé, mais aussi dans le secteur du travail, en prison, dans les écoles, dans les organisations non gouvernementales (ONG), dans les entreprises de matériel médical, etc. Il est possible de les regrouper en trois grands secteurs : le domicile de la personne, l'institution de soins, et les organismes ou organisations dont le but n'est pas de soigner, mais qui ont une activité demandant des soignants.

Quel que soit le lieu de l'exercice, la nature des activités de l'infirmière évolue dans le sens d'une plus grande autonomie (prise de décisions, résolution de problème...) et d'un travail de plus en plus relié à celui de nombreux autres intervenants sur le champ de la santé.

▪ *L'exercice infirmier à domicile*

L'exercice à domicile peut être libéral ou salarié. En effet, il existe des associations de soins à domicile (centres de soins, Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)...), ou des services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), où les infirmiers sont salariés. Ces structures collaborent le plus souvent avec les infirmiers libéraux.

Cet exercice demande aux infirmiers des capacités d'adaptation et d'analyse fine des situations. En effet, les personnes malades suivent désormais des parcours de soins variés avec des retours précoces à domicile, des ré-hospitalisations fréquentes, et des placements intermédiaires en institution. Les infirmiers doivent donc développer des savoirs plus techniques, plus élargis en soins généraux et spécifiques, et surtout une capacité d'adaptation pour faire face aux modifications des situations des patients rapidement.

L'activité au domicile de la personne situe l'infirmier, de plus en plus fréquemment, en relation avec des intervenants multiples notamment de l'aide à domicile (auxiliaires de vie sociale...). Les frontières entre la prise en charge non médicalisée et médicalisée sont parfois ténues, comme dans le cas de personnes atteintes de dépendance et/ou de pluri pathologies. Il revient souvent aux infirmiers à domicile d'avoir un rôle de soutien, de formation et d'encadrement des gestes et des soins de confort (alimentation, techniques de déplacement des personnes...) apportés par ces professionnels.

⁶ Le mot "infirmier" et "infirmière" sera utilisé indifféremment.

Les infirmiers à domicile travaillent également avec de nombreux intervenants médicaux, des réseaux de santé, des SSIAD, des HAD, des prestataires divers de matériel, des pharmaciens, etc. Le temps de coordination passé à la communication, aux transmissions des informations est essentiel pour la continuité et la qualité du suivi de la personne soignée. Par ailleurs, le rôle social, voire d'alerte dans les cas de multiples difficultés est essentiel, et ne peut aller qu'en augmentant dans une société qui vieillit et qui isole.

Les patients et leurs familles ou entourage s'adressent souvent aux infirmiers pour des conseils ou des informations pour des conduites à tenir, des décisions à prendre ou des choix à faire dans des parcours de soins. Les infirmiers sont ainsi positionnés dans des activités « de premier recours » ou « d'orientation » sans que ceci soit clairement indiqué comme un « acte infirmier » du point de vue de la réglementation, ni comme une entrée possible dans le système de soins. Dans les situations difficiles (pathologies cancéreuses, soins palliatifs...) les infirmiers participent également au soutien des proches.

Les conseils donnés (prévention des risques ou des complications...), le temps passé en éducation, relation thérapeutique, ou les initiatives diverses qui évitent qu'une situation se dégrade ou qu'un médecin soit appelé en urgence, sont une nouvelle valeur ajoutée au rôle de l'infirmière.

L'exercice libéral s'est enrichi en 2002⁷ de la démarche de soins infirmiers (DSI), mise en œuvre dans le cadre des soins d'entretien et de continuité de la vie, DSI conçue pour valoriser la fonction infirmière autonome et faciliter le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente, quel que soit leur âge. Les interventions infirmières sont argumentées par des objectifs de soins, s'appuyant sur une analyse et une sémiologie (diagnostics infirmiers), déterminant le contenu et le nombre de séances de soins nécessaires au patient. A l'issue de cette analyse c'est l'infirmière qui détermine si la réponse aux besoins des personnes relève de la compétence infirmière (séances de soins infirmiers) ou de l'aide à domicile (plan d'aide personnalisé).

Cette DSI peut donner lieu à des séances de surveillance clinique, elle devient une réelle consultation infirmière qui en possède toutes les caractéristiques sans en prendre l'appellation. Elle fait du lien entre sanitaire et social et repose sur l'identification des diagnostics infirmiers qui donnent sens au plan de soins proposé.

La « convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'assurance maladie⁸ », signée en juin 2007, entend développer « l'implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques » et « la participation à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé », ceci afin « d'accroître l'efficacité du système de soins ».

⁷ Arrêté du 28 juin 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

⁸ Convention signée le 22 juin 2007 entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les quatre syndicats représentatifs des infirmiers libéraux : convergence infirmière, la fédération nationale des infirmiers (FNI), l'organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) et le syndicat nationale des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL), et approuvée par l'arrêté du 18 juillet 2007.

Sur la question de la coordination des soins, la convention engage les parties signataires à remplacer le dispositif mis en place appelé « démarche de soins infirmiers » par un autre permettant de « garantir l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale auprès des personnes dépendantes ». La réflexion doit se faire autour des éléments recueillis par les infirmières libérales dans leurs entretiens avec les personnes et leur valorisation en tant que « consultation infirmière ».

Par ailleurs, on trouve sur le secteur du domicile *des infirmiers coordonnateurs de réseaux*, ils confortent le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent et réalisent souvent les interfaces avec l'hospitalisation. Ces infirmiers développent des compétences de coordination et de gestion des interfaces pour le parcours de soins du patient.

- *L'exercice infirmier en secteur hospitalier⁹,*

La capacité d'exercer dans des situations et des services variés est au cœur du métier infirmier et a été précisément développée dans le cadre de la formation initiale et son cursus de stages.

Les compétences de l'infirmier en soins généraux se développent selon l'expérience acquise dans le cadre de son emploi et les diverses responsabilités spécifiques exercées autour de l'organisation des soins ou de la prise en charge des patients. De « novice »¹⁰ ou débutant à son entrée dans la profession, l'infirmier peut devenir plus « confirmé » dans l'activité de son unité médicale ou médico-sociale d'affectation, il peut développer une polyvalence en changeant de service ou en étant nommé au sein d'une équipe de suppléance. Il peut aussi devenir un infirmier expérimenté dans une activité « technique » et référent dans son unité, ou bien développer une compétence de tuteur reconnu dans l'équipe pour les étudiants en formation.

Les compétences les plus longues à acquérir correspondent à des savoir-faire qui nécessitent une approche plus globale du patient, une compréhension des troubles du comportement ou encore une capacité à trouver des solutions à des situations inédites ou complexes.

L'apprentissage des actes techniques, surtout lorsqu'ils font l'objet de protocoles bien définis, semble beaucoup plus aisé. C'est aussi une question de maturité et d'expérience. Les plus anciens, à la fois du fait de leur expérience et d'une meilleure connaissance d'eux mêmes, tendent à mieux appréhender les situations humainement plus difficiles, tandis que les plus jeunes, dont les connaissances, encore plus « extérieures », ont été acquises récemment, ne craignent pas la technicité, au risque d'ailleurs de s'y réfugier.

Certaines spécialités médicales exigent des aptitudes particulières et l'apprentissage de savoir-faire relativement spécifiques qui confèrent une expertise certaine aux infirmiers y exerçant. Il apparaît des groupes de spécialités particulièrement proches, au sein desquels la mobilité d'une spécialité médicale à une autre semble plus aisée. Quand les pôles ont une certaine homogénéité de ce point de vue, l'organisation des soins bénéficie d'une plus grande facilité de gestion des remplacements et de la mobilité des infirmiers entre les unités fonctionnelles.

⁹ Les éléments sont ici empruntés en grande partie au travail prospectif réalisé en 2007 par la DHOS pour l'ONEMFPH, en cours de publication

¹⁰ Cette évolution, commune à bien des professions, a été très bien décrite pour les infirmiers dans le livre « de novice à expert » de Patricia BENNER

De manière visible, des positions précises peuvent être confiées aux infirmiers, sans que, pour autant, ceux qui occupent ces « postes » en aient acquis un quelconque bénéfice en termes de salaire. Les positions occupées donnent néanmoins une reconnaissance sociale dans les établissements où la « valeur ajoutée » est reconnue. Quelques exemples sont développés ci-dessous.

- *Des infirmiers ayant développé une expertise ciblée*

Au-delà des pratiques soignantes confirmées et fortes d'expérience, il existe des postes infirmiers qui nécessitent une expertise plus poussée et ciblée sur des outils (ex. mise en place du dossier de soin), sur des dispositifs (ex. qualité hygiène), sur des techniques (ex. endoscopie), sur des populations spécifiques (ex. personnes porteuses de stomie, en fin de vie, diabétiques, asthmatiques).

Ces compétences s'acquièrent en coopération avec l'équipe médicale et sont souvent renforcées par une formation continue (ex. DU), par la participation à des colloques, rencontres, groupes de travail, ou encore en menant une veille technique (ex. revue médicale, Internet).

Ces infirmiers peuvent alors être considérés comme « personnes ressources, ou personnes expertes¹¹ » et placées dans des positions particulières. Dans cette catégorie, on pourrait placer les infirmiers qui réalisent des consultations infirmières de conseil et d'éducation, les infirmiers dans les services d'exploration fonctionnelle ou auprès de patients spécifiques : maladies rares, etc.

D'autres infirmiers deviennent référents sur un thème précis, ils sont souvent placés en mission transversale au sein de leur unité, sur un secteur voire sur l'établissement (hygiène-sécurité, plaies et cicatrifications, soins palliatifs, maladies mentales dégénératives, troubles du comportement, etc.).

- *Des infirmiers de recherche clinique*

L'infirmier de recherche clinique collabore à la réalisation d'un ou plusieurs essais soit sur un seul site, soit sur plusieurs sites de recherche clinique. Il s'agit davantage d'aide à la recherche médicale et rarement ou jamais de recherche en soins infirmiers.

La complexité des protocoles d'essais cliniques (examens complémentaires, nombre d'intervenants croissants : laboratoires d'analyses médicales, pharmaciens hospitaliers, autres médecins que l'investigateur, etc.) entraîne une professionnalisation de la recherche clinique et requiert de consacrer un temps considérable au suivi des essais, tant d'un point de vue clinique qu'administratif.

Ne pouvant être investigateur principal, les infirmiers n'ont, de fait, pas accès à la définition de l'objet de recherche ni au développement de la méthodologie qu'il induit.

Le rôle essentiel de l'infirmier de recherche clinique consiste donc à assister l'investigateur tout au long de l'essai, de l'initiation à la clôture de l'essai clinique à son cabinet médical ou dans un service hospitalier.

- *Des infirmiers coordonnateurs*

¹¹ Les expressions « personnes ressources, personnes référentes, personnes expertes », sont actuellement utilisées sans distinction précise dans les établissements.

Des infirmiers assurent la programmation et la coordination des équipes comme celles des parcours des patients (entrées-sorties). Cela peut constituer une délégation de mission du cadre de santé ou d'un médecin coordonnateur (ex. urgences).

La plupart des infirmiers coordinateurs agissent dans les réseaux comme les collaborateurs naturels des médecins promoteurs et coordinateurs du réseau. Ils ont une longue expérience professionnelle, avec souvent une diversité de formes d'exercice. Ils ont été recrutés par les médecins coordonnateurs qui cherchent des professionnels soignants confirmés pour aider les médecins traitants dans leur rôle d'animateur de réunion de coordination.

L'infirmier coordonnateur se définit encore comme un soignant, même si sa fonction de coordination comprend également une activité de représentation du réseau auprès des professionnels de santé et des usagers. Ses fonctions peuvent s'apparenter sans doute davantage à celles du cadre de santé à l'extérieur du champ hospitalier. Quelques uns ont d'ailleurs bénéficié de la formation de cadres de santé.

Dans certaines structures de grande taille apparaît une fonction d'infirmier de coordination qui peut devenir une véritable interface entre l'hôpital (notamment les urgences) et les différentes structures d'accueil à l'extérieur. La finalité de ces postes est de réduire ou d'éviter le temps de passage aux urgences en organisant très vite un retour sur des structures d'aval (SSR, EHPAD, soins à domicile...). Dans ce contexte, la capacité à évaluer les besoins du patient en termes de suivi, éducation, etc. dont disposent les infirmières représente un atout considérable par rapport à une personne qui ne disposerait que de connaissances relatives à l'environnement institutionnel de l'hôpital.

▪ *Des infirmiers « de pratique avancée », les cliniciens*

Les « infirmiers cliniciens », dont l'appellation n'est pas reconnue officiellement, ont souvent suivi une formation relativement longue, qui pour le moment n'existe en France que dans le cadre d'organismes de formation continue privés (une quarantaine de jours environ), sans contrôle du ministère de la santé. Ils exercent leur activité sur le champ du rôle actuel de l'infirmier.

Ils sont souvent positionnés dans les services comme une aide aux équipes pour analyser des situations complexes de soins, et peuvent être amenés à faire des consultations dites « infirmières » auprès de patients pour des entretiens de conseils, d'information, d'éducation, d'aide, de soutien, de suivi de la personne dans ses conditions de vie avec une pathologie ou un handicap.

Ainsi on trouve des consultations auprès de personnes diabétiques, asthmatiques, ayant des problèmes d'accompagnement lors de maladies cancéreuses etc. Ils ont aussi à conduire des projets d'amélioration de la qualité des soins ou de changement dans l'organisation des soins. Des référentiels de compétences ont été élaborés au Québec, en Suisse...

Des infirmiers, décrits comme « personnes ressources ou expertes » dans un paragraphe précédent, peuvent devenir des cliniciens à partir du moment où ils ont reçu une formation relativement longue, ou qu'ils ont élargi le champ de leur expertise en ayant développé un savoir en cohérence avec leur savoir de base professionnel qui prend en compte l'ensemble du métier et non seulement une partie de celui-ci.

Plus les savoirs sont proches de la seule technique et ne prennent en compte que des actes ciblés et répétitifs, plus les personnes seront des experts du domaine, mais non des cliniciens au sens développé ici. A l'inverse, plus les savoirs s'enrichissent sur la base de l'ensemble des concepts utiles pour prendre soin des personnes, plus elles pourront entrer dans la catégorie « clinicien ».

- *Les infirmiers « de pratique avancée », comprenant la réalisation d'actes médicaux supplémentaires¹²*

Les infirmiers de pratique avancée, ou « *nurse practitioner* », si on considère que ce sont ceux qui réalisent des activités médicales supplémentaires à leur exercice infirmier légal actuel, ne devraient donc pas exister en France sauf dans le cadre des expérimentations.

En réalité, ce type de liaison particulière entre un médecin et un infirmier est parfois rencontré. Le médecin travaille avec un professionnel jugé plus compétent, et il lui confie alors des actions au-delà de son champ propre qu'il contrôle lui-même. Le montage est très personne-dépendante.

Ce schéma, outre les questions d'exercice illégal de la profession de médecin, et donc des responsabilités conséquentes, pose aussi la question de la non-lisibilité et de la non-reproductibilité de la situation. Les savoirs disparaissent avec les personnes, les pratiques sont faiblement formalisées et les compétences non transmises.

- *Les parcours professionnels en secteur hospitalier*

L'analyse des parcours professionnels des infirmiers réalisée par la DHOS¹³ montre des aires de mobilités spécifiques : les infirmiers gèrent souvent leur carrière en circulant dans des zones d'activités proches : urgences, cardiologie intensive, réanimation, ou médecine, gériatrie...

Les compétences développées dans des services proches vont permettre des mobilités à l'intérieur des pôles. Ce sont non seulement les savoirs de type disciplinaires qui sont touchés, mais aussi les « façons » de travailler, les modes de relation avec le corps médical, les zones plus ou moins fortes d'autonomie dans les activités quotidiennes.

A titre d'exemple les infirmiers de réanimation, ceux des urgences, et ceux des SMUR travaillent avec de nombreux interlocuteurs médicaux, sont rarement seuls très longtemps, connaissent bien le fonctionnement d'appareils et de techniques spécifiques, et doivent réagir vite et donner des informations brèves.

Au contraire, les infirmiers de secteur de gériatrie ou de maison de retraite médicalisée sont en relation avec des médecins peu nombreux et connus, ils sont souvent seuls, ils doivent faire face à des situations qui se dégradent ou des urgences et doivent faire au médecin des transmissions étayées prenant en compte de longues périodes d'évolution, mettant en perspectives de nombreux paramètres.

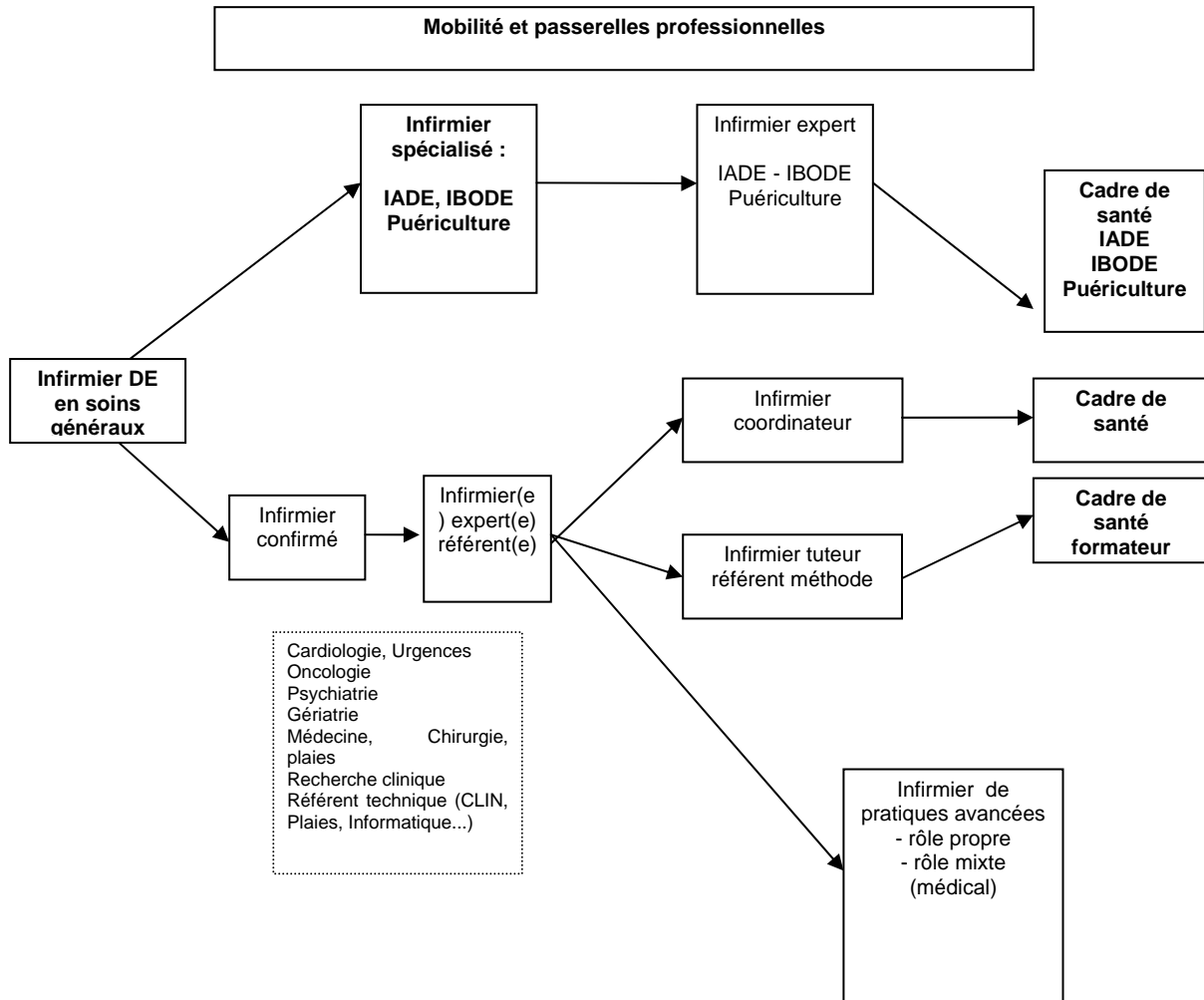
¹² Selon la définition internationale, une infirmière de pratique avancée peut être soit une infirmière clinicienne ou spécialiste clinique (telle que nous les formons actuellement en France), soit une infirmière praticienne (au sens de transferts d'actes médicaux) pour plus de précisions, voir la suite du document et le lexique en annexe.

¹³ La DHOS a réalisé en 2007, dans le cadre des travaux de l'ONDEMFPH, une grande étude prospective sur les métiers de l'hôpital. Après une étude sur l'ensemble des facteurs d'évolution qui influent sur les métiers, dix métiers les plus impactés par les évolutions ont été étudiés, dont les infirmiers et les manipulateurs d'électroradiologie médicale. L'enquête s'est faite à la fois par étude bibliographique, entretiens, réunions d'experts.

Ce sont tous ces savoirs non formels qui signent les différences de compétences, et souvent les parcours.

Le schéma ci-dessous¹⁴ montre comment les infirmiers positionnent leur parcours professionnel, sachant qu'il existe encore très peu d'infirmiers dit « cliniciens » et que les parcours s'arrêtent actuellement sur des postes soit de spécialités, soit d'encadrement, qui sont les seuls à exister réellement en tant que « postes » dans la fonction publique hospitalière.

Figure 1 : Les parcours professionnels des infirmiers



1.2.1.4. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale

Au 1^{er} janvier 2006 (source ADELI), on dénombrait 25 100 manipulateurs en électroradiologie dont la moitié dans la fonction hospitalière. Les effectifs ont connu un taux de croissance annuel moyen de 2,6 % sur la période 2000-2005.

Il existe une même profession : manipulateur d'électroradiologie médicale, accessible par deux diplômes : le diplôme d'Etat délivré par le ministère de la santé et le diplôme de technicien supérieur délivré par le ministère de l'éducation nationale. Dans la pratique, les profils ne sont pas différents et l'exercice strictement identique.

¹⁴ Seuls les intitulés en gras mènent à des postes dans la fonction publique hospitalière

Le manipulateur d'électroradiologie médicale participe directement, sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin, à la réalisation des investigations et à l'application des traitements en imagerie médicale (radiologie et médecine nucléaire), en radiothérapie et en électrophysiologie. Il utilise des agents physiques (rayons, champs magnétiques...) à des fins diagnostiques ou thérapeutiques

La répartition des manipulateurs entre ces trois domaines d'exercice est :

- imagerie médicale 75%, dont 70% en radiologie et 5% en médecine nucléaire
- radiothérapie : 14%
- électrophysiologie : 1%

- *Une polyvalence utile*

Le manipulateur est un collaborateur du médecin spécialiste en imagerie médicale, en médecine nucléaire ou en radiothérapie, mais également en cardiologie, en neurologie ou en rhumatologie. Le manipulateur se voit confier de plus en plus la réalisation pratique de l'investigation ou du traitement, il en assure aussi la traçabilité.

L'exercice repose sur des éléments techniques que les professionnels doivent maîtriser mais aussi sur des aspects humains de relation, d'information et d'éducation, adaptés à la personne. La préparation somatique et psychologique aux examens et aux traitements, la surveillance clinique ainsi que la continuité des soins, sont réalisés en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé avec lesquels les manipulateurs possèdent des champs d'action partagés.

Les technologies mises en œuvre sont variées, et ne visent pas toutes à la même finalité. La différence est forte, par exemple, entre la radiothérapie et l'imagerie médicale. Au sein de cette dernière discipline, des différences notoires caractérisent de nouveau l'IRM de la radiologie de projection. Les éléments communs sont : la prescription médicale, un protocole d'examen ou de traitement à mettre en œuvre, un appareillage spécialisé et un patient..

Si la polyvalence dans le métier peut paraître nécessaire, elle est limitée par l'expertise qui se développe dans les divers lieux d'exercice compte tenu des parcours professionnels. Ainsi, les manipulateurs développent, selon leur affectation, une compétence spécifique en scanner, radiologie de projection, IRM, électroencéphalographie.

- *Des spécificités techniques nécessaires*

Les progrès technologiques permanents bouleversent l'imagerie médicale. Le corps médical, confronté, à une sémiologie diversifiée et à des arbres décisionnels complexes, confie aux manipulateurs une part croissante de la réalisation des examens voire la totalité de celle-ci.

En radiothérapie, les procédures de mise en traitement ont bénéficié également du développement de l'informatique et des méthodes d'exploration utilisant des agents physiques, imposant aux manipulateurs un élargissement de leurs domaines d'attribution conjointement à une plus grande spécificité de leurs fonctions.

L'arrivée à l'hôpital des « techniciens de radiophysique » qui sont d'un niveau licence ou BTS et issus de la filière scientifique, impacte le travail du manipulateur. Ils participent, comme certains manipulateurs, aux calculs dosimétriques, sous la responsabilité des « radio-physiciens » qui eux, issus également de la filière scientifique, sont recrutés au niveau du master.

Ainsi on voit apparaître à certains endroits une double hiérarchie, l'une médicale du radiologue vers le manipulateur d'électroradiologie, l'autre « physique » du radio physicien vers le technicien de radio physique. Tous contribuant, par exemple, à l'activité de dosimétrie à des niveaux différents.

En imagerie de projection, les supports de l'image ne sont quasiment plus argentiques mais numériques. De véritables stations de travail des images existent aujourd'hui grâce au développement des réseaux d'image, de la télémédecine.... Un travail de type « photographique » a fait place à un positionnement plus centré sur la maîtrise des outils informatiques.

A travers la reconstitution d'images liée à des finalités diagnostiques, le manipulateur est, et sera associé de plus en plus, à l'élaboration par le médecin du diagnostic lui même.

Dans ce contexte le manipulateur doit s'adapter en s'appuyant sur des savoirs fondamentaux solides, à partir desquels, il doit constamment adapter sa pratique, développer et élargir ses compétences. Ce métier est donc par excellence « apprenant », et cela en fait précisément son intérêt.

1.2.1.5. Les orthoptistes

L'orthoptiste assure, par la rééducation, le traitement des troubles de la fonction sensorielle et motrice des yeux (strabisme, paralysie oculomotrice...). Il travaille sur prescription médicale : 80 % de ses actes sont prescrits par les ophtalmologistes. La pratique de l'orthoptie s'articule principalement autour de trois éléments : le bilan, la rééducation orthoptique, et la rééducation fonctionnelle du trouble visuel.

Le nombre total des orthoptistes, au 1^{er} janvier 2006, est de 2 679 pour la métropole (source DREES). Les orthoptistes exercent essentiellement dans le secteur libéral. La densité de ces professionnels sur le territoire français est forte dans les régions Ile-de-France et PACA.

Tableau 3 : Effectifs des orthoptistes

Libéraux	Salariés hospitaliers	Autres salariés	Hommes	Femmes	TOTAL
1 994	236	449	221	2 458	2 679
74,43 %	8,81 %	16,76 %	3,73 %	91,75 %	100 %

Source : DREES

La formation conduisant au certificat de capacité d'orthoptiste comprend un enseignement théorique et pratique. Ces études, d'une durée de trois ans, s'effectuent au sein d'établissements d'enseignement supérieur publics dépendant du ministère chargé de l'éducation nationale. Le code de l'éducation prévoit la réduction du temps de la formation en fonction des diplômes obtenus et de l'expérience professionnelle.

Suite aux expérimentations menées sur les transferts d'actes entre les ophtalmologues et les orthoptistes, une modification de l'exercice des orthoptistes¹⁵ a été introduite dans la loi et a élargi leur champ d'activité, une modification du décret d'actes est en cours. Il s'agit, d'étendre l'activité des orthoptistes à la détermination de la réfraction, la tonométrie sans contact et la pose de lentilles. L'adaptation du programme de formation est également en cours.

1.2.1.6. Les diététiciens

Le diététicien, collaborateur de médecins, de gestionnaires ou de chercheurs apporte sa compétence scientifique et technique pour assurer la qualité des aliments et des préparations, l'équilibre nutritionnel, l'établissement de régimes sur prescription médicale et le respect des règles d'hygiène.

Le nombre des diététiciens exerçant en France est estimé à 4 500 environ. En 2004, on compte 2 560 diététiciens titulaires et non-titulaires exerçant au sein de la fonction publique hospitalière (source SPE 2004 redressée avec SAE 2004 et SPE 2004).

Un diplôme d'Etat de diététicien a été créé récemment¹⁶, ses modalités ainsi qu'un décret relatif aux actes que les diététiciens sont habilités à accomplir, doivent être élaborés (articles L 4371-1 et suivants).

Actuellement existent : le brevet de technicien supérieur diététique et le diplôme universitaire de technologie en génie biologique option diététique qui comprennent un enseignement théorique et pratique. Ces études, sont d'une durée de deux ans, et s'effectuent au sein de lycées pour l'obtention du BTS ou bien d'IUT pour l'obtention du DUT dépendant des ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur chargés de la formation.

L'application du programme national nutrition (2006-2010) donne de nouvelles ambitions en matière de prévention, de dépistage et de prise en charges des troubles nutritionnels, en ciblant sur les populations défavorisées et les personnes en situation précaire.

¹⁵ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article.54. Article L4342-1 du CSP.

¹⁶ Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, article 14.

I.2.2. Les trois professions médicales et de la pharmacie présentent peu de caractéristiques communes

Seules trois professions de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes) disposent d'un code de déontologie.

Le code de déontologie médicale *figure dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112.*

Ces dispositions qui réglementent l'exercice s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin.

L'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions (article L.409 du code de la santé publique)

I.2.2.1. Les médecins

Les médecins ont le quasi monopole de l'exercice médical. C'est à partir de leurs attributions que se sont construites les autres professions de santé. Cela étant, l'exercice des médecins présente quelques particularités qu'il faut souligner.

- *Un métier d'une grande diversité*

Il n'existe pas un métier de médecin mais de nombreux métiers. Ces métiers sont déterminés par les différents diplômes de spécialité. Bien que titulaire du même titre de docteur en médecine, il y a peu de point commun dans l'exercice par exemple entre un chirurgien orthopédique et un oncologue. De plus, au sein même d'une spécialité l'exercice peut être différent en fonction de plusieurs facteurs, notamment l'acquisition d'une sur-spécialisation, le lieu d'exercice ville-hôpital, hôpital public-hôpital privé, etc.

- *Des acteurs qui font le grand écart*

Les médecins dans chacune de leur spécialité ont accumulé des tâches : d'une part des tâches qui sont liées à l'acquisition de connaissances nouvelles et qui ne cessent de s'ajouter les unes aux autres. D'autre part des tâches d'un niveau inférieur au niveau de compétences acquises au cours de 9 à 11 ans d'étude et non assurées par d'autres acteurs de santé. Enfin certaines tâches exercées par les médecins ne sont sans doute pas du ressort des acteurs de soins.

Cette dispersion d'activité explique en grande partie l'impression souvent exprimée par les médecins d'une surcharge considérable de travail. A terme, avec la baisse annoncée des effectifs médicaux, cette situation peut s'avérer totalement rédhibitoire.

- *Des plus jeunes qui souhaitent modifier leurs conditions d'exercice*

Longtemps l'exercice de la médecine a été un exercice isolé. Les plus jeunes qui entrent aujourd'hui dans la profession ne souhaitent plus reproduire ce schéma, il existe un fort souhait d'exercice en groupe, d'exercice partagé tant dans l'espace que dans le temps. Cela doit incontestablement impacter l'organisation de l'offre de soins dans son ensemble et nécessite des dispositions juridiques et déontologiques en conformité avec ce type d'exercice.

- *Un exercice qui nécessite de plus en plus des plateaux techniques sophistiqués et des échanges entre pairs*

L'exercice des spécialistes, notamment, nécessite d'avoir à disposition des plateaux techniques performants, adaptés, innovants. Cela justifie l'exercice, au moins pour partie, dans des établissements de santé et l'existence de ces établissements d'un niveau technologique avancé. Ce constat doit impacter l'organisation territoriale des établissements au niveau des territoires, de la région et du pays et aura des conséquences sur la répartition des médecins sur le territoire.

- *Des médecins qui ne sont pas considérés comme participant à l'offre de soins*

C'est notamment le cas de la médecine du travail, de la santé publique et de la médecine scolaire. Cela étant, les médecins exerçant ces activités pourraient voir leur métier évoluer du fait de la plus grande attention portée à la prescription.

1.2.2.2. Les chirurgiens-dentistes

La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession (article L. 4127- 1 du code de la santé publique)

Il s'agit d'une profession qui implique peu de coopération avec les autres professions de santé.

Une grande partie de l'activité de ces professionnels échappe au champ conventionnel. Une seule spécialité dentaire est officiellement reconnue par la profession : l'orthodontie dento-faciale, aussi le chirurgien dentaire est avant tout un omnipraticien.

Majoritairement libérale, cette profession pourrait dans un cadre d'exercice hospitalier développer une prise en charge médicale plus importante des affections de la bouche, du fait, et en lien notamment avec l'évolution de la stomatologie.

1.2.2.3. Les sages femmes

La profession de sage-femme est une profession médicale définie par la loi (loi 82413 du 19/05 /1982 et loi 2004-806 du 9/08/2004). Elle a un droit de prescription et une responsabilité médicale. Son champ de compétence concerne la femme enceinte et la naissance. Il est limité à la grossesse et à l'accouchement normal, un médecin devant obligatoirement prendre le relais en cas de grossesse ou accouchement pathologique. Elle assure la surveillance de la grossesse pathologique ou à risque et pratique dans ce cas les soins prescrits par les médecins. Dans le cadre de la surveillance de la grossesse physiologique, elle assure les consultations prénatales obligatoires et la préparation à la naissance.

Les actes et les prescriptions médicamenteuses que les sages-femmes sont autorisées à effectuer sont précisés par des textes réglementaires (article L4151-1 du code de la santé publique et loi de santé publique du 9 août 2004).

Une enquête faite auprès des sages-femmes dans le cadre du rapport 2004 de l'ONDPS souligne les différences d'organisation de l'activité des sages-femmes selon les secteurs d'exercice, par exemple les établissements publics et PSPH accordent plus de place au secteur des consultations que les cliniques.

1.2.2.4. Les pharmaciens

- *Une diversité de métiers*

Les pharmaciens exercent plusieurs métiers : la dispensation des médicaments – dans les officines de ville, mais aussi dans les établissements hospitaliers-, la distribution en gros, l'industrie pharmaceutique, les analyses de biologie médicale, la recherche.

Cependant, cette diversité de mission n'a pas conduit à l'éclatement de la profession : elle est réunie autour du diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie et par l'inscription de tous à un organisme commun, l'Ordre des pharmaciens.

Ainsi, quel que soit leur domaine d'activité, les pharmaciens interviennent en vue du bon fonctionnement de la chaîne du médicament ou du traitement de la biologie médicale.

- *Le pharmacien d'officine a le monopole de la dispensation des médicaments mais n'est pas impliqué dans le soin.*

Le pharmacien d'officine est à la fois l'acteur de santé le mieux réparti sur le territoire national et le plus facilement accessible. Les officines sont des établissements pharmaceutiques auxquels sont réservées "la dispensation" au détail des médicaments, [la définition du médicament est donnée par le Code de la santé publique (Art. L 5111-1 du code de la santé publique)], l'exécution des préparations dites magistrales et officinales ainsi que la vente des plantes médicinales. Elles assurent aussi la vente de dispositifs médicaux et de nombreux accessoires et de produits d'hygiène. Elles constituent donc le dernier maillon de cette chaîne. Comme pour les autres établissements, la création et le transfert des officines sont réglementés.

I.3. La formation

I.3.1. La formation des professions médicales et de pharmacie¹⁷

I.3.1.1. Les médecins

La formation des médecins se fait en 9 à 11 ans au cours de trois cycles d'études : un premier cycle de 2 ans, un deuxième cycle de 4 ans et un troisième cycle de 3 à 5 ans.

La première année est sanctionnée par un concours et fait l'objet d'un *numerus clausus* national défini annuellement et décliné faculté par faculté. En 2007, il est de 7100.

Quelques places sont réservées pour les professions paramédicales : après deux ans d'exercice professionnel. Les étudiants présentent le concours de PCEM1 mais une note de 10 seulement est exigée. Chaque faculté se voit proposer quelques postes. En 2006, il était au total en France de 150.

¹⁷ Schémas annexe 3

Enfin, quelques places, 120 en 2006, sont réservées pour les étudiants issus des grandes écoles ou de pharmacie après une évaluation du dossier et un entretien.

1.3.1.2. Les odontologistes

Les études d'odontologie durent de 6 à 8 ans. Le premier cycle est de 2 ans, le deuxième de 3 ans et le troisième cycle de 1 an pour la plupart des étudiants et de trois ans via l'internat pour quelques étudiants qui passent un concours national. La première année des études d'odontologie est commune à la première année des études de médecine et sanctionnée par le même concours permettant l'accès à la deuxième année d'odontologie.

Le numerus clausus en 2006 pour les études d'odontologie est fixé à 977.

Le nombre d'internes admis au concours national en 2006 est de 35.

1.3.1.3. Les sages-femmes

La formation des sages-femmes se déroule en 5 ans. La première année est commune à la première année de médecine et d'odontologie et se fait donc dans les universités. Les candidats admis intègrent par la suite des écoles professionnelles, les écoles de formation de sages-femmes avec une première phase qui dure deux années et une deuxième phase qui dure également deux années. Ces études sont sanctionnées par un diplôme d'Etat, le diplôme d'état de sage-femme.

1.3.1.4. Les pharmaciens

Les études de pharmacie durent, pour la plupart des étudiants 6 années, avec un premier cycle de 2 ans, un deuxième cycle de 2 ans et un troisième cycle de 2 ans conduisant au métier de pharmacien d'officine ou au métier de pharmacien d'industrie.

Certains étudiants passent le concours de l'internat et le troisième cycle dure alors 4 ans et conduit au diplôme d'études spécialisées, permettant notamment d'intégrer les métiers de la biologie.

La première année de pharmacie est sanctionnée par un concours avec un nombre de places, qui est fonction d'un numerus clausus au plan national. Le numerus clausus en 2006 était de 2 990.

1.3.2. La formation initiale des auxiliaires médicaux

Les diplômes paramédicaux relèvent des dispositions des articles L335-5 et 6 du Code de l'Education. Ce sont des diplômes à finalité professionnelle, « post-bac », mais qui ne relèvent pas de l'enseignement supérieur. Cette spécificité française rend difficile les comparaisons européennes et l'application des accords de Bologne concernant les trois niveaux de formation en L.M.D. (licence, master, doctorat) pour l'enseignement supérieur¹⁸.

Les études durent presque toutes trois ans, mais ont été homologuées en niveau III, ce qui correspond à un bac+2, du fait du temps important de la formation consacré aux stages (un peu plus de 50% pour les infirmiers).

¹⁸ Décret 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux ; décret 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace Européen de l'enseignement supérieur.

On peut remarquer quelques incohérences, par exemple, pour les techniciens de laboratoire, et pour un exercice identique, la formation menant au diplôme délivré par l'éducation nationale dure deux ans, celle menant au diplôme délivré par le ministère de la santé, trois ans.

1.3.2.1. L'attribution des diplômes dans le système français¹⁹

Une analyse du système français des diplômes permet de dégager la définition juridique suivante :

« Document élaboré ou validé par les autorités publiques et, à ce titre, pénalement protégé en tant que tel, un diplôme certifie que son titulaire possède des savoirs et des aptitudes, notamment professionnelles, après avoir suivi une formation ou une procédure de validation des acquis de l'expérience. Le diplôme accorde à son titulaire un certain nombre de droits, tantôt garantis par les autorités publiques en matière de poursuite d'études, d'accès à des professions réglementées ou de port d'un titre, tantôt éventuels, en matière d'accès à des professions non réglementées, de rémunération ou de bénéfice de mécanismes de lutte contre le chômage. » (P. CAILLAUD, *Le diplôme*, Thèse de droit privé, Nantes, 2000, 615 p.)

Le diplôme possède quatre caractères juridiques essentiels²⁰ :

- un caractère étatique : ne peut être un diplôme qu'une certification élaborée ou validée par les autorités publiques et délivrée par l'Etat ou en son nom.
- un caractère personnel : les droits conférés par le diplôme à son titulaire sont extra-patrimoniaux et peuvent être analysés comme des droits de la personnalité.
- un caractère intemporel : une fois délivré dans le respect des règles légales, le diplôme ne peut être retiré au récipiendaire et les droits qu'il lui confère sont imprescriptibles.
- un caractère territorial : dans sa conception française, le diplôme possède un caractère national et confère les mêmes droits à tous ses titulaires.

Les diplômes du secteur sanitaire possèdent des caractéristiques propres :

Un diplôme est en relation avec un métier donné et un seul

Les diplômes s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées :

Pour les professions réglementées, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier

L'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité

Le diplôme est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins, garante de la sécurité du patient.

¹⁹ Sont introduits ici des éléments de la note méthodologique établie par la DHOS et le cabinet CG Conseil en vue de la ré-ingénierie des diplômes paramédicaux, 2006.

²⁰ Ibidem

1.3.2.2. La définition du diplôme

Le diplôme certifie que son titulaire possède les compétences (savoirs et savoir-faire) décrites dans le référentiel de certification, à un niveau d'exigence également défini. Il est élaboré et validé par les autorités publiques.

Le diplôme à finalité professionnelle porte sur des compétences professionnelles, définies en relation avec les activités professionnelles du métier ciblé.

Le diplôme professionnel est défini par le référentiel de certification qui comporte :

Un référentiel de compétences

Les critères d'évaluation de ces compétences permettant de définir le niveau d'exigence

Les modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la formation initiale et continue (modules complémentaires de formation suivis suite à une démarche VAE)

Les modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience

1.3.2.3. Les tutelles des diplômes

Deux ministères se partagent la tutelle des formations aux professions et métiers de la santé : le ministère chargé de la santé et le ministère de l'éducation nationale (Tableau 4).

Parfois il existe une « co-tutelle » dans le sens où les textes de formation sont co-signés par les deux ministères, ainsi :

- dans le cas des psychomotriciens, le diplôme d'Etat est délivré par le ministère de la santé, les textes de formation sont co-signés par la Santé et l'Enseignement Supérieur et les structures sont situées dans les universités ;
- dans le cas des orthophonistes, et des audioprothésistes c'est l'inverse, le certificat ou le diplôme d'Etat est délivré par l'éducation nationale et les textes concernant la formation sont co-signés par la santé et l'enseignement supérieur.

On remarquera que pour certaines professions, il existe deux voies de formation. C'est par exemple le cas des manipulateurs d'électroradiologie médicale : l'une, dépendant du ministère de la santé, prépare au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale ; l'autre, relevant du ministère de l'éducation nationale, conduit au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique.

1.3.2.4. L'enregistrement des diplômes

En France, l'enregistrement d'une certification professionnelle par l'État se fait au sein du Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) tenu par la Commission nationale de la certification professionnelle (CNCP, service dépendant du ministre en charge de la Formation Professionnelle), il lui est attribué à cette occasion un niveau gradué de V à I dans la classification interministérielle des qualifications professionnelles de 1967 ou 1969. Pour les diplômes délivrés au nom de l'État, cet enregistrement est dit « de droit » (même s'il n'est pas automatique); pour les autres diplômes et titres, l'enregistrement passe par une commission technique, à la demande de l'organisme délivreur.

Cette procédure succède à l'ancienne procédure « d'homologation ».

Dans le cas des diplômes professionnels, l'organisme chargé de la certification du diplôme est tenu de réunir une commission professionnelle consultative composée des collèges représentant les employeurs, les salariés, les pouvoirs publics, des personnalités qualifiées. Pour toute modification du diplôme, la commission doit être consultée.

Tableau 4 : Diplômes et ministères certificateurs par profession

Profession	Diplômes	Ministère certificateur		
		Santé ²¹	Education nationale	Co-tutelle des deux ministères
Infirmier	Diplôme d'Etat infirmier	x		
Infirmier de bloc opératoire	Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire	x		
Infirmier anesthésiste	Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste	x		
Puéricultrice	Diplôme d'Etat de puéricultrice	x		
Masseur-kinésithérapeute	Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute	x		
Pédicure podologue	Diplôme d'Etat de pédicure podologue	x		
Ergothérapeute	Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	x		
Psychomotricien	Diplôme d'Etat de psychomotricien	x		x
Orthophoniste	Certificat de capacité d'orthophoniste		x	x
Orthoptiste	Certificat de capacité d'orthoptiste		x	
Manipulateur d'électroradiologie médicale	Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	x		
	Diplôme de Technicien Supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique		x	
Audio prothésiste	Diplôme d'Etat		x	x
Opticien lunetier	Brevet de Technicien Supérieur d'opticien lunetier		x	
Orthoprothésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Brevet de Technicien supérieur de prothésiste-orthésiste		x	
Podo-orthésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Brevet de Technicien supérieur de podo-orthèse		x	
Oculariste	Diplôme d'Etat	A venir		
Episthésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Diplôme universitaire de prothèse faciale appliquée		x	
Orthopédiste-orthésiste	Diplôme d'Etat	A venir		
	Brevet de Technicien supérieur d'orthopédiste-orthésiste		x	
Diététicien	BTS ou DUT biologie appliquée option diététique		x	
	Diplôme d'Etat	A venir		
Technicien de laboratoire	Diplôme d'Etat de technicien en analyse de biologie médicale	x		
	BTS d'analyse biologiques		x	
Préparateur en pharmacie	Brevet de préparateur en pharmacie		x	
Préparateur en pharmacie hospitalière	Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière	x		

²¹ Le contrôle de la qualité de l'enseignement est effectué par les services déconcentrés de l'Etat : directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), directions départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et directions de la santé et du développement social (DSDS).

1.3.2.5. L'accès à la formation

L'accès à la formation est régulé par un quota pour les professions suivantes²² : infirmiers (30 000), masseurs kinésithérapeutes (1 867), orthophonistes (689), psychomotriciens (398).

L'accès aux études est différent pour chacune des professions, mais toujours sur épreuves après un baccalauréat (ou un examen de niveau dans certains cas).

Certaines formations voient entrer une majorité de jeunes porteurs de baccalauréats scientifiques, d'autres non. Certains instituts de formation, de kinésithérapie, de manipulateurs d'électroradiologie et d'infirmiers plus ponctuellement, ont obtenu la possibilité de recruter une partie de leurs effectifs ou la totalité par le biais de la première année de médecine (P1). Cette autorisation, donnée à titre expérimental, est prolongée depuis plusieurs années sur quelques sites.

Depuis la réforme des études médicales de 2002, le concours d'accès est le même pour recruter les étudiants en médecine, en kinésithérapie (50% des formations) et d'études de sage-femme (100%).

Actuellement, les études courtes de DEUST par exemple de délégué médical (passage à la licence professionnelle) ou bien celle de kinésithérapie constituent des filières possibles à l'issue d'une année de préparation au concours des études de médecine (réforme 2002). Si le concours n'est pas réussi, avec la moyenne aux épreuves, l'orientation vers les écoles spécifiques du domaine de la santé combine rang de classement et entretiens de sélection ou toute autre procédure définie dans les universités et les écoles.

1.3.2.6. Les contenus de formation

Les formations paramédicales reposent sur des contenus de type « sciences exactes » (manipulateurs d'électroradiologie médicale, kinésithérapeutes...) ou plus « sciences humaines » (infirmiers...). Ce point a été soulevé et étudié dans le rapport de la « commission pédagogique nationale de la première année des études de santé », remis au ministre en 2003 {Debouzie, 2003}²³.

Le nombre d'heures de formation dans les programmes de base est également très variable d'une profession à l'autre. Il peut aller de 1900 environ pour les orthoprothésistes à plus de 4000 pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les infirmiers par exemple (soit plus du double). Les heures théoriques vont de 638 pour les audioprothésistes à 2240 pour les infirmiers en passant par un chiffre autour de 1500 pour une majorité de formations. Il faudrait d'ailleurs entrer plus avant dans la comparaison des programmes pour se baser sur ces chiffres seuls, car si la définition des heures de stage semble claire, (elles sont de 700 à 3700), pour le reste, il n'est pas certain que les comparaisons se fassent sur des typologies bien définies (enseignement clinique, pratique, travaux dirigés, travaux pratiques, cours...).

²² Chiffres de 2006.

²³ DEBOUZIE Domitien, « commission pédagogique nationale de la première année des études de santé », 20 juillet 2003

1.3.2.7. Les instituts de formation : une gestion décentralisée

La formation des professionnels paramédicaux relève d'instituts faisant partie d'établissements publics de santé et d'instituts privés. Ces formations concernent au total (ensemble des certificateurs) plus de cent mille étudiants et élèves répartis dans environ 1 000 établissements de formations ; 70 % de ces instituts sont adossés à des établissements publics de santé.

On compte 333 instituts infirmiers, 18 de manipulateurs en électroradiologie, 37 de kinésithérapeutes²⁴, 8 d'ergothérapeutes, 6 de psychomotriciens, 4 de techniciens d'analyse biomédicales, 450 d'aides soignants et 90 d'auxiliaires de puériculture.

Dans le cadre de la décentralisation, le gouvernement a souhaité renforcer le rôle des régions dans la formation professionnelle²⁵. Les régions ont désormais la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes. Elles peuvent participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés.

Les financements²⁶ publics octroyés aux organismes de formation par les régions sont principalement des crédits de l'assurance maladie au travers les dotations des établissements de santé sur lesquels sont adossés les instituts de formation (budget annexe des établissements publics de santé).

La région est compétente pour attribuer les aides financières dont pourront bénéficier les étudiants²⁷.

L'autorisation de ces instituts et écoles ainsi que l'agrément des directeurs est délivré par le président du conseil régional, après avis du représentant de l'Etat dans la région²⁸.

Le contenu de la formation, l'organisation des concours et la délivrance des diplômes restent de la compétence de l'Etat. Le nombre de places fixé pour l'entrée de ces instituts et écoles est fixé par l'Etat et réparti par le président du conseil régional.

Le transfert de compétence s'est opéré au 1^{er} juillet 2005, conformément à l'article 52 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005.

1.3.2.8. La réglementation européenne élargit les possibilités de recrutement

Le Parlement européen et le Conseil de l'Union Européenne ont adopté en 2005²⁹ une nouvelle directive visant à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle vise à consolider quinze directives : douze directives dites « sectorielles », dont celles des médecins et des infirmiers, et trois directives générales qui traitent des autres professions paramédicales. Les dispositions de cette directive doivent être inscrites dans le droit français.

²⁴ Deux nouveaux instituts doivent être créés en sus en septembre 2007

²⁵ Article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

²⁶ Décret 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

²⁷ Décret n° 2005-418 du 3 mai 2005 fixant les règles minimales de taux de barème des bourses d'études accordées aux élèves et étudiants inscrits dans les écoles de formation de certaines professions de santé ;

²⁸ Décret n° 2006-393 du 30 mars 2006 relatif aux instituts et écoles de formation de certaines professions de santé et modifiant le code de la santé publique

²⁹ Directive 2005/36/CEE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Il s'agit de poursuivre le système de reconnaissance des qualifications visant à la libre circulation des personnes exerçant des professions réglementées et inscrites depuis les directives de 1977 pour les infirmiers, et celle de 1989 et 1992 pour les autres professions.

Concernant les infirmiers, la directive européenne CEE du 27 juin 1977³⁰, qui vise à la reconnaissance mutuelle des diplômes et des titres portés par les infirmiers en Europe, repose sur un « accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières » daté du 25 octobre 1967³¹. La directive de 1977³² fixe un seuil de programme commun : durée minimale de formation théorique et de stage et obligation de réaliser cette formation à temps plein. Ces conditions ont été reprises dans la directive de 2005.

Les directives 89/48/CEE du Conseil de L'Union Européenne du 21 décembre 1988 et 92/51/CEE du Conseil de L'Union Européenne du 18 juin 1992 prévoient un système de reconnaissance qui touche l'ensemble des autres professions paramédicales.

La libre circulation est donc acquise sur la base de la reconnaissance mutuelle des diplômes et sous réserve d'exigences minimales de formation entre les Etats partenaires de l'Union Européenne, de l'Espace Economique Européen, et de la Suisse suite aux accords entre cet Etat et l'Union Européenne intervenus en 2002. Les modalités de la directive de 2005 sont plus contraignantes pour les infirmiers que pour les autres professions qui ne sont pas soumis à des obligations d'heures ou de contenu de formation.

I.3.3. Les formations complémentaires des auxiliaires médicaux

I.3.3.1. La formation des paramédicaux à l'encadrement et à l'enseignement

Mise en place en France, dès 1951, à l'initiative de la Croix-Rouge Française pour les infirmiers, cette formation a été reconnue officiellement en 1958. A cette époque, les « Ecoles de cadres infirmiers » préparaient à deux fonctions et délivraient deux certificats : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) ; Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM)

En 1973, est créé, en sus le « Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière de santé publique » (CAFISP) pour les responsables de structures ou services de santé publique, délivré à la Croix-Rouge uniquement.

En 1978, sont regroupées les deux formations et fonctions dans un « Certificat Cadre Infirmier » (CCI) visant à favoriser les passerelles entre les fonctions de surveillante et d'enseignante.

En 1995³³, sont regroupés en une seule structure, les « Instituts de formation des cadres de santé » (IFCS) de l'ensemble des paramédicaux (soit 13 professions – ainsi que des infirmiers de secteur psychiatrique). Il n'existe plus alors qu'un seul diplôme : le « diplôme de cadre de santé » accessible à ces treize professions.

³⁰ Directive 77/452/CEE du 27 juin 1977 (JO L.176 du 15 juillet 1977)

³¹ Accord européen du 25 octobre 1967, série des traités européens, n°59, Conseil de l'Europe, Strasbourg, mai 1972.

³² Directive 77/453/CEE du 27 juin 1997 modifiée (JO L.176 du 15 juillet 2006)

³³ Décret du 18 août 1995

Il existe 37 IFCS en France (dont 5 en Ile-de-France). Tous ces instituts sont rattachés à un hôpital public, en dehors de 4, dont deux relevant de la Croix Rouge Française, un de l'Université catholique de Lille et un dernier constitué en GIP regroupant l'Université Paris XII et la Mutualité Française.

La formation est réalisée sur 10 mois à temps complet en continu, ou sur 18 à 24 mois en discontinu.

Le nombre d'étudiants entrant en formation de cadre de santé et disposant déjà de formations universitaires de niveau Licence voire Maîtrise augmente, jusqu'à correspondre à plus d'1/3 des candidats³⁴.

La formation est orientée dans ses contenus vers une professionnalisation de la fonction management du cadre de santé. Elle conduit les personnes à se distancer de plus en plus de la fonction « clinique » de ce même cadre.

Ceci est d'ailleurs majoré par l'attente des institutions, la pratique des démarches de qualité, et de certification, l'évolution des questions concernant la traçabilité, les dossiers ou les missions transversales confiées à cet encadrement.

Ainsi l'encadrement³⁵ se détache, de fait, de la « proximité » des personnes soignées en réponse à une demande plus « administrative » ou « gestionnaire », perdant ainsi la légitimité clinique dont les équipes ont un besoin criant.

Il faut également souligner la faible part réservée dans le programme de la formation des cadres de santé à la formation des formateurs.

Les instituts de formation de cadres de santé ont été incités à réaliser des partenariats universitaires dès 1995. Ainsi les IFCS permettent à leurs étudiants des parcours complémentaires leur donnant accès à une licence, voire à des parties de master (management, sciences de l'éducation...). Les schémas de partenariats diffèrent, mais le plus souvent une partie de l'enseignement est identique donnant accès aux deux diplômes : professionnel et universitaire.

Cette formation est reconnue puisque le « diplôme de cadre de santé » est obligatoire pour exercer comme cadre de santé dans la fonction publique hospitalière. Il est ainsi une voie d'accès à une carrière dans le management ou dans la formation des paramédicaux. Ensuite, le grade de cadre supérieur de santé s'obtient par avancement et celui de directeur de soins est lié à la réussite d'une formation réalisée à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP).

1.3.3.2. La formation aux spécialisations

La formation en vue d'une spécialisation professionnelle ne concerne que les infirmiers qui peuvent faire des formations de :

Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, formation de 24 mois³⁶, 700 heures d'enseignement, et 2450 heures de stage.

Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, formation de 18 mois³⁷, 900 heures d'enseignement et 1395 heures de stages.

³⁴ Des études sont réalisées chaque année sur les populations d'étudiants dans les IFCS

³⁵ Voir les travaux de l'ONEMFPH, donc on ne parlera pas ici, mais qui sont réalisés en 2007 sur la fonction de cadre à l'hôpital

³⁶ Arrêté du 17 janvier 2002.

³⁷ Arrêté du 22 octobre 2001.

Puéricultrice diplômée d'Etat, formation de 12 mois³⁸, 780 heures d'enseignement, et 710 heures de stage.

Seuls les infirmiers anesthésistes ont une « exclusivité d'exercice » reconnue par l'attribution d'actes spécifiques³⁹ qui oblige les employeurs à un recrutement de diplômés.

Les activités exercées par les IBODE et les puéricultrices peuvent être légalement réalisées par des infirmiers, et seule la compétence supplémentaire, reconnue comme une plus value, peut inciter les employeurs à choisir des personnes ayant réussi une formation.

Les puéricultrices ont une formation qui leur donne une ouverture sur l'extérieur de l'hôpital : prévention maternelle et infantile (PMI), crèches, centres éducatifs. A contrario, les deux autres spécialités ont tendance à « enfermer » leurs titulaires dans les blocs opératoires dont il est difficile de s'extraire ensuite.

1.3.3.3. La formation continue⁴⁰

Avant la loi de 1971 qui en organise les modalités de fonctionnement, la formation continue des professions paramédicales se faisait « sur le tas ». Depuis, le « droit à la formation » est devenu un véritable atout pour les personnes et un mode de management, pour les institutions.

En France, le marché de la formation est ouvert, même si les organismes sont répertoriés et reçoivent un numéro attribué par la Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DGEFP) dont la mission est l'enregistrement des déclarations de ces prestataires.

C'est seulement entre 1991 et 1993 qu'une loi, des arrêtés et des mesures conventionnelles nouvelles ont introduit le droit à la formation continue pour les infirmières libérales⁴¹.

Ainsi, la loi sur la formation continue et ses divers aménagements ont permis, depuis plus de 20 ans, de structurer des démarches d'organisation des plans de formation qui profitent aux personnels paramédicaux, quantitativement majoritaires ; les ressources qui y sont consacrées résultent d'une fraction de la masse salariale, ce pourcentage étant défini par la réglementation. A ce titre, tous les agents ne peuvent pas partir en même temps en formation, et il n'est pas rare que des professionnels choisissent de payer eux-mêmes une partie ou la totalité de leur participation à certaines actions de formation.

Cependant, la formation continue a bénéficié d'avancées significatives récentes par la loi du 4 mai 2004 qui a introduit le concept de formation tout au long de la vie (articles L 900 et suivants du code du travail) et la notion de droit individuel à la formation (DIF).

³⁸ Arrêté du 13 juillet 1983.

³⁹ Article R 4311-12 du C.S.P.

⁴⁰ Se basant sur les règles de financement, les professionnels ont pris l'habitude de nommer « formation continue » tout ce qui se situe au delà de la formation menant au diplôme « de base » ; a contrario, dans le milieu universitaire, la formation menant à un diplôme est considérée comme « formation initiale », d'où une certaine confusion parfois. Nous avons pris le parti ici de rassembler des exemples de formations, menant ou non à des diplômes, qui se situent après l'acquisition d'un diplôme d'exercice paramédical.

⁴¹ Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991, art. L 953-1 du Code du Travail, JO du 4 janvier 2002.

Dans les trois fonctions publiques, c'est la loi 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique qui vient transposer la majeure partie de ces mesures. Pour la fonction publique hospitalière, l'importance de cette nouvelle donne conduit à réécrire l'actuel décret du 5 avril 1990.

Cette réforme de la formation introduit une nouvelle typologie des actions de formation qui figurent dans les plans, crée deux nouveaux droits à congé, le congé pour validation des acquis de l'expérience et le congé pour bilan de compétences ; enfin, le droit individuel à la formation est reconnu, ce qui signifie que des actions de formation peuvent avoir lieu en dehors du temps de travail et, dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation. De plus, les fonctionnaires peuvent aussi prétendre à des périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance.

Ce dispositif est complété par deux autres mesures spécifiques au monde hospitalier public :

la création, par l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, d'une contribution de 0,6% pour la gestion et la mutualisation des fonds aux fins d'assurer le financement des études relatives à la promotion professionnelle des personnels de la fonction publique hospitalière ;

l'évolution de l'association centrée sur la formation, constituée par la majorité des établissements publics de santé et établissements sanitaires et sociaux, l'ANFH, dont les statuts changent pour en faire un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) qui pourra être agréé par l'Etat pour exercer une triple compétence :

la gestion du financement des plans de formation

la gestion du congé de formation professionnelle

la gestion du fonds de mutualisation pour financer les études promotionnelles

Cet ensemble est donc susceptible de donner un nouvel élan à la formation des personnels hospitaliers et notamment à celle des personnels paramédicaux.

▪ *Les infirmiers*

De nombreux organismes de formation continue présentent aux infirmiers une offre de formation leur permettant d'augmenter leurs compétences. De plus en plus, ceux-ci cherchent à obtenir un label de qualité (APQF...) et se réfèrent à des normes reconnues (AFNOR, ISO...) leur conférant une plus grande légitimité aux yeux des acheteurs de formation que sont les employeurs ou les personnes.

Les formations DU et DIU

Il s'agit de distinguer ici les formations universitaires de type DU et DIU et les formations proposées par un nombre limité d'organismes dans le champ de l'approfondissement clinique.

Une analyse à la fois rapide et partielle, mais aussi intéressante et instructive, a été faite par le groupe de travail sur les formations en DU et DIU qui touchent les domaines évoqués dans ce rapport, offertes aux infirmiers, dans les universités de la région parisienne. Ont été sélectionnées les offres accessibles par Internet à un jour donné d'avril 2007 : 149 DU ou DIU ont été trouvés, dans les domaines :

- médicaux
- santé – droit
- hygiène – éducation santé

- santé mentale – psychologie
- soins palliatifs – prise en charge de la douleur
- gestion – management – direction
- pour des types de populations : enfants – adolescents – personnes âgées

En conclusion de ce relevé, on peut noter

- la grande variabilité des offres, tant dans leur contenu, que dans leurs objectifs ou dans leur durée (entre 70 et 150 heures) ;
- la volonté d'augmenter le niveau de connaissances et d'expertise des infirmiers dans le champ de la clinique ;
- l'accès des mêmes formations aux médecins et aux paramédicaux ;
- la volonté de se situer dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle en proposant des contenus ouverts à un ensemble de praticiens autour des mêmes pratiques (dépistage et prévention de l'insuffisance rénale chronique, prise en charge de l'insuffisance cardiaque...) ;
- la différence notable des objectifs fixés par les formations : autour de la réalisation d'activités précises (dialyse...), à des contenus plus généralistes (éthique...) faisant appel à la réflexion.

Les formations à l'approfondissement clinique

Il n'existe plus en France de formation supérieure en soins infirmiers, en lien avec l'université, depuis la fermeture en 1992 de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur. Celle-ci, créée en 1965, à Lyon, à l'initiative de l'OMS avait permis que soient formés pendant des années, des cadres de haut niveau, placés dans des directions de soins, sur le champ du management des soins. Cet Institut avait une vision internationale lui conférant une grande ouverture, et une formation se basant à la fois sur le champ de la clinique, de la santé publique, et du management. Le passage, en exclusivité, des formations de directeur des soins à l'Ecole Nationale de la Santé Publique a stoppé le développement d'une formation supérieure en soins.

Dans le champ de l'enseignement de la clinique, quatre organismes en France⁴² forment aux activités d'infirmière clinicienne.

Ces formations ne font actuellement l'objet d'aucune reconnaissance officielle. En revanche, l'expertise spécifique offerte par ces formations est de plus en plus reconnue par les employeurs, et spécifiquement les directeurs de soins, et utilisée en positionnant les infirmiers formés sur des activités différentes de celles de leurs collègues.

Ces formations, et l'expertise qui en découle, se situent dans la logique des possibilités offertes actuellement du point de vue de la légalité, c'est-à-dire sur l'enrichissement de l'ensemble du rôle actuel dans le cadre des décrets d'exercice.

Si les formations déployées par ces organismes ne sont pas identiques on rencontre des similitudes importantes qui peuvent se résumer en deux niveaux de formation menant à deux positionnements professionnels différents :

⁴² Il s'agit des formations réalisées à l'institut de soins infirmiers supérieurs (ISIS), à l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS) du CH Ste Anne, de celle organisée par l'université libre européenne en soins infirmiers, et du Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Education Permanente des Soignants (GRIEPS).

- un premier niveau d'infirmière clinicienne ou d'infirmière conseillère de santé, la formation dure de 30 à 40 jours répartis sur 14 à 18 mois, donne lieu à certification. Les personnes agissent dans leur service avec des missions spécifiques d'expertise auprès des patients ou auprès des équipes
- un deuxième niveau d'infirmière spécialiste clinique⁴³ dont la formation dure 65 jours répartis sur 24 mois (ISIS) et donne lieu à certification. Les personnes sont positionnées en fonction transversale, sous la responsabilité directe du directeur de soins, et deviennent des référents cliniques à l'échelle d'un établissement ou d'un pôle, elles sont agents de changement médiateurs et promoteurs de programmes de qualité de soins, elles contribuent à la mise en place, à la diffusion et à l'évaluation de travaux de recherche en soins infirmiers.

L'analyse des contenus de formation de ces organismes montre à quels besoins d'approfondissement et à quelle demande répond cette offre.

La formation de premier niveau se situe essentiellement dans le champ de la pratique soignante avec des apports sur : le processus de soin, le raisonnement et la démarche clinique, le diagnostic infirmier, la consultation infirmière, l'entretien infirmier, l'éducation thérapeutique, le toucher thérapeutique, le soutien relationnel, le renforcement des stratégies d'adaptation, la prise en charge de la douleur, des situations de deuil, de stress...

La formation de deuxième niveau introduit des éléments sur la pensée et l'identité infirmière (histoire, concepts, modèles en soins...), renforce la question de la santé communautaire, des stratégies d'adaptation, aborde des problèmes plus spécifiques comme ceux liés à la dépendance, à la chronicité, à la violence, aborde les questions d'évaluation de la qualité des soins et de mise en place de programmes de santé, et fait travailler sur l'introduction de changements dans une organisation, et sur la question de la supervision. On voit ici comment la place de leader, de manager ou de tuteur dans le domaine des soins rejoint celui de l'expert dans un domaine clinique.

En sus de ces quatre organismes, beaucoup d'autres se positionnent sur des champs similaires, montrant ainsi la nécessité pour les infirmiers de développer des savoirs plus experts dans leur domaine, en particulier sur la démarche clinique, les droits des patients et la responsabilité, la prise en charge de la douleur, la fin de vie, l'éducation thérapeutique...et dans des domaines « spécifiques » les soins en cardiologie et réanimation, en diabétologie, en neurologie, en oncologie, en psychiatrie et santé mentale, auprès de mères et d'enfants, auprès de personnes âgées.

La nécessité de développer des compétences en soins infirmiers dans le champ de la clinique, outre l'expression des professionnels, est repérable dans la multiplication de l'offre de formation et le nombre sans cesse croissant de personnes formées. Il est à noter que la réponse à ce besoin des professionnels, pour mieux exercer leur métier et satisfaire la demande de soins de santé, est apportée par des initiatives individuelles ou privées (organismes de formation ...). Elle n'a pas fait l'objet, à ce jour, de programmes nationaux initiés par les pouvoirs publics en charge de l'exercice professionnel infirmier.

- *Les manipulateurs d'électroradiologie médicale*

⁴³ www.webisis.com

La formation continue des manipulateurs s'appuie sur des sessions organisées principalement par les Instituts de Formation de Manipulateurs et sur des journées scientifiques mises en place notamment par l'Association Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie ou l'Association Française des Techniciens de Médecine Nucléaire.

Il existe aussi des formations internes organisées dans les établissements de santé qui ne touchent d'ailleurs pas uniquement l'aspect technique de la réalisation des examens ou des traitements (hygiène, radioprotection, prise en charge des patients...).

Les fournisseurs de matériel interviennent lors de la vente d'un nouvel appareillage dont ils assurent la mise en route, à travers l'initiation des équipes concernées « au mode d'emploi ».

Nous n'avons pas trouvé de DU ou DIU centrés sur les compétences des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

- *Les Masters*

Parmi les masters ouverts aux manipulateurs, les propositions de l'université Joseph Fourier de Grenoble s'adressent aussi bien aux étudiants terminant leur formation initiale qu'aux professionnels justifiant de 4 années d'ancienneté⁴⁴.

Ces masters sont susceptibles de conduire certains vers des filières de recherche, des postes chez des industriels, donc hors du champ soignant. Pourront accéder à ces activités des personnes sans autre expérience professionnelle que celle des stages de la formation pré-diplômante de même que des personnes issues d'autres filières professionnelles ou universitaires.

L'université Blaise Pascal de Clermont Ferrand accueille des manipulateurs pour une entrée en M1 en vue de préparer un master de Physique et Technologies des Rayonnements. Ils rejoignent alors des étudiants venant d'autres parcours pour accéder en fin de cursus à des métiers tels qu'ingénieur ou physicien dans les domaines des accélérateurs de particules, de la détection des rayonnements, des chaînes de productions industrielles, etc.

- *Le développement de la dosimétrie*

La dosimétrie qui désigne l'ensemble des techniques de mesure et de modélisation qui permettent de calculer la puissance des rayonnements électromagnétiques, utilise de nombreuses méthodes pour mesurer les doses de rayonnements délivrées à des fins médicales et pour modéliser leur action sur les tissus.

Sur un plan général, l'évolution actuelle concerne l'optimisation des doses reçues par les patients à l'occasion des examens (transposition de la directive 97/43 Euratom), la radioprotection des personnels et dans le contexte plus particulier de la radiothérapie, la précision de plus en plus grande recherchée dans le calcul des doses et la délimitation des volumes irradiés.

Des compétences nouvelles sont souhaitées qui se traduisent par la mise en place de formations à la dosimétrie, le tableau suivant présente quelques exemples et leur diversité.

⁴⁴ Informations consultables sur le site www2.ujf-grenoble.fr

Tableau 5 : les formations de dosimétriste

Responsable du projet	Titre obtenu	Public concerné	Durée de la formation	Poursuite d'études
Université de Franche Comté	Licence professionnelle « dosimétrie et radio-protection »	DUT - Mesures Physiques, Génie Electrique, Génie Chimique • BTS - Manipulateurs d'électroradiologie • « DEUG »- ou 120 ECTS Scientifiques	36 semaines dont 14 semaines de stages	• Radiophysique médicale • Imagerie médicale • Radiobiologie /Radioprotection • Génie biomédicale
Université de Nice	Licence professionnelle « dosimétrie et radio-protection »	•Titulaires d'un niveau bac + 2 validé, filières Physique, Chimie, Biologie, Electronique ou BTS Scientifique. •Cadres médico-techniques d'hôpitaux ou •Manipulateurs d'électroradiologie sur validation d'acquis professionnels correspondant à l'exercice d'au moins trois années dans le domaine de la dosimétrie ou de la radioprotection	700 Heures	Pas de mention spéciale
I.F.M.E.M de Grenoble	Certificat d'école « Dosimétriste en radiothérapie »	Manipulateurs radio Personnes compétentes en mesures physiques	7 semaines dont 4 semaines de stages	Non
Centre Louis REGAUD à Toulouse	Certificat « Dosimétriste en radiothérapie »	Manipulateurs radio Personnes compétentes en mesures physiques	7 semaines dont 4 semaines de stages	Non

Deux options de formation co-existent donc actuellement dans le champ de la dosimétrie, l'une plus courte qui cible uniquement la dosimétrie en radiothérapie et qui mène à un certificat, l'autre plus longue qui cerne un domaine plus large : la dosimétrie et la radioprotection et qui mène à une licence professionnelle.

La licence vise davantage à former des « personnes référentes » en radioprotection, alors que, tel qu'il est noté le certificat vise plutôt à conforter la formation déjà reçue en formation initiale en vue d'une mise à jour et d'un enrichissement.

Il faut noter ici à la fois la convergence et la différence de deux métiers dont les filières et les compétences se complètent :

- les manipulateurs d'électroradiologie médicale sont des paramédicaux qui s'occupent de la dosimétrie clinique. Leurs compétences sont médicales, physiologiques et anatomiques.
- les techniciens de la dosimétrie physique, qui viennent de la filière scientifique, ne sont pas des paramédicaux et leurs connaissances sont plus orientées vers les mathématiques et la physique fondamentale.

Les diplômes visés par les formations en dosimétrie sont accessibles aux deux filières.

Le plan cancer a adopté une mesure⁴⁵ visant à « étudier l'opportunité de créer une formation de dosimétriste au sein des filières existantes de manipulateur de radiothérapie »

Pour les manipulateurs en électroradiologie, les formations d'approfondissement sont surtout positionnées dans l'axe scientifique, elles pourraient voir leur champ s'élargir dans la mesure où des activités de conseil ou d'information par exemple seraient confiées aux manipulateurs.

Les voies d'enrichissement professionnel sont donc variées pour les manipulateurs, depuis les formations internes à un service sur un matériel nouveau en passant par les sessions d'actualisation des connaissances proposées par les instituts de formation jusqu'aux reconnaissances de compétences validées par des diplômes universitaires. Certaines de ces options ne modifient pas les activités de professionnels, d'autres les amènent à une spécialisation de technique ou d'organe et peut être les plus récentes les conduiront-ils à exercer un autre métier.

La question de l'échographie fait aujourd'hui l'objet d'une réflexion de la profession et du corps médical pour envisager la meilleure réponse possible, en terme de formation, à l'acquisition par les manipulateurs, des compétences nécessaires.

⁴⁵ « Cancer, une mobilisation nationale » Plan cancer, mesure 65-1, 2003

II. EVOLUTION EN COURS

II.1. L'évolution des modes d'exercice des auxiliaires médicaux

II.1.1. La reconnaissance d'une pratique avancée au niveau international

Plusieurs pays ont permis aux professionnels de santé non médicaux de développer un champ d'intervention élargi. La profession d'infirmier est certainement celle qui a pu bénéficier le plus de cette évolution.

II.1.1.1. Les infirmiers

Les expériences étrangères sur l'extension du périmètre de l'action des infirmiers sont nombreuses et tentent de se structurer autour des positions prises notamment par les organisations internationales représentatives de la profession.

- *La position des organisations internationales*

Ces dernières années, l'OMS s'est engagée dans une réflexion sur les ressources professionnelles dans les systèmes de santé à un niveau international. Elle a lancé des alertes en constatant, d'une part, une montée importante des besoins mondiaux en matière de santé, en rapport avec l'avancée des pathologies dites chroniques, et d'autre part, une pénurie infirmière dans certains pays, accentuée par l'attrait exercé par les pays les plus riches en vue de combler leurs propres besoins au détriment des populations déjà moins dotées.

L'OMS préconise le passage de certaines activités médicales aux infirmiers {OMS 2002}⁴⁶ et le renforcement des compétences pour tous les professionnels de santé en fonction des besoins des populations du XXI^e siècle {OMS 2005}⁴⁷.

Il ressort des analyses de l'OMS que la réorganisation de la répartition des tâches concerne l'ensemble de la chaîne des professionnels intervenant auprès du patient : du médecin vers l'infirmier puis vers l'aide soignant. Cette analyse appelle plusieurs observations.

Premièrement, on peut se demander si la création d'une « pratique avancée » pour les infirmiers accompagnée d'une révision des activités des aides-soignants ne risque pas de conduire à une perte de savoir et de qualité dans la réalisation des soins dits « de base ».

⁴⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE Human resources and national health systems : shaping the agenda for action. Final report, Geneva, 2002;

⁴⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE Former les personnels de santé du 21^{ème} siècle, le défi des maladies chroniques. Genève, 2002, 72 p).

Deuxièmement, l'organisation des soins a été jugée comme spécifique à chaque système de santé, car elle s'inscrit dans une histoire précise. De ce fait, les comparaisons internationales n'ont d'intérêt que si elles sont en capacité de prendre en compte cette histoire. « *La pratique avancée doit être ancrée dans le système local de santé et bien adaptée pour satisfaire les besoins du patient ou de la population. Cela signifie que globalement, la pratique avancée, tout en partageant beaucoup de similitudes, prend des formes bien différentes en fonction des régions du monde* » {Schober 2006}⁴⁸.

De ces deux observations, nous pouvons accepter comme une conclusion forte la nécessité d'une réflexion systématique : d'une part, qui tienne compte des implications de toute réorganisation dans le contexte français ; d'autre part qui se penche sur les contenus des métiers et sur les niveaux de formation de toutes les catégories de soignants et ne se limite pas à l'analyse de relations bilatérales entre deux professions.

Le comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté en 1998, « la santé, politique cadre de la Santé pour tous⁴⁹ ». Parmi les 21 buts fixés, le but 18 concerne l'amélioration des compétences des professionnels de santé.

Dans ce cadre, la région européenne de l'OMS propose un « nouveau métier » : « l'infirmière de famille ». Un document, publié en 2002⁵⁰, définit les missions de cette infirmière, ses compétences et propose un programme de formation en 40 semaines.

L'infirmière de famille devra aider les individus et les familles à « assumer la maladie et l'incapacité chronique ». Elle devra donner des conseils sur les mode de vie et les facteurs de risques liés aux comportements. Elle sera capable de détecter très tôt des problèmes de santé, saura orienter les patients et remplacer parfois le médecin. Les compétences attendues sont celles de « dispensateur de soins, décideur, communicateur, animateur local, gestionnaire ».

Seront admises en formation, les infirmières qui auront acquis au moins deux ans d'expérience, et fait un stage professionnel de trois mois au service d'une famille.

Les modules de formation sont :

- exercice de la fonction d'infirmière de famille, 2 semaines
- dispensation des soins, 10 semaines
- prise de décision, 4 semaines
- gestion de l'information et recherche, 6 semaines
- dispensation de soins, 2 semaines
- gestion des ressources 4 semaines
- rôle d'animateur local et de collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire, 4 semaines

M., AFFARA F. . International Council of Nurses Advanced Nursing Practice. Blackwell Publishing : Oxford, 2006. 223p. Traduction : Galadriel Bonnel pour le groupe de travail.

⁴⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, La santé21, politique cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999. (série européenne de l Santé pour tous n°6).

⁵⁰ L'infirmière de famille, contexte, cadre conceptuel et programme d'études, EUR/00/5019309/13, 0075, 27 janvier 2000.

Un « réseau de pratique avancée » international a été lancé en 2000, par le Conseil International des infirmières (*International Council of Nurses*, ICN) pendant la huitième conférence internationale des Infirmières de pratique avancée à San Diego en Californie. Il s'est donné les objectifs suivants :

- lancer un forum d'échange de connaissances
- fournir une base de ressources pour le développement de la pratique avancée et pour le soutien éducatif approprié
- aider l'ICN à trouver les ressources nécessaires en terme d'expertise
- obtenir la reconnaissance pour les infirmières travaillant dans le domaine de la pratique avancée
- provoquer des rencontres internationales sur le thème

L'ICN a défini comme suit l'infirmière de pratique avancée : « Une infirmière praticienne est une infirmière diplômée certifiée qui a acquis la base de connaissance d'un expert, la capacité à prendre des décisions complexes et à démontrer des compétences cliniques adéquates pour la pratique avancée, pratique qui est déterminée par le contexte dans lequel elle exerce. Un Master est recommandé pour entrer dans la profession⁵¹ » {ICN 2002}.

En 2000, une enquête lancée par l'ICN dans 109 pays, dont 40 ont répondu, a montré que des programmes de formation en pratique avancée existaient dans 69% des pays répondant, mais seulement 35% de ces pays avaient un titre officiel spécifique pour désigner ces « nouveaux métiers », et certains pays possédaient même plusieurs titres créant une certaine ambiguïté dans la reconnaissance des professionnels. Quant à la nature des activités exercées, une grande diversité a été mise en évidence, allant du développement de programmes sanitaires, à la prescription médicale, en passant par la recherche.

L'ICN insère cette expertise dans le champ des politiques locales, en préconisant : une préparation académique de haut niveau, la reconnaissance officielle des programmes et des rôles, ainsi que la création d'un système de certification et d'enregistrement.

En mai 2007 une réunion du Conseil International des Infirmières s'est tenue au Japon, une part des débats a été consacrée à la constitution d'un réseau sur la Pratique Avancée⁵²

▪ *Les Etats Unis : un pays promoteur*

La pratique d'infirmière clinicienne a été créée aux USA dans les années soixante⁵³ {Delannoy 2006} pour répondre aux besoins de certaines populations, en particulier celles ayant des problèmes d'accessibilité aux soins, que ce soit pour des raisons géographiques ou sociales. Une forte opposition, tant des médecins que des infirmières, a retardé la mise en place du processus et surtout a conduit à l'émergence d'une nouvelle catégorie de professionnels non infirmiers, mais autorisés à réaliser des actes médicaux : les assistants médicaux.

⁵¹ INTERNATIONAL COUNCEL OF NURSES. Definitions and characteristics of the role, 2002. <http://icn-apnetwork.org/>, traduction Galadriel Bonnel

⁵² International Council of Nurses- ICN 2007 Conference Reports, INP/APNN session. Obtenu le 26 septembre 2007 à www.aanp.org. Traduction par Galadriel Bonnel.

⁵³ La première formation autorisée date de 1965 et elle a été mise en œuvre par l'université du Colorado. Delannoy C et Mairlot AF, soins cadre, n° 58, mai 2006, Elsevier- Masson.

Il existe trois catégories de professionnels qui interviennent dans le champ médical, dont deux seulement sont infirmiers en « pratiques avancées »,.

L'assistant médical (Physician Assistant, PA). Personnel, qui remplit des fonctions similaires à la « Nurse Practitioner » (cf. ci-dessous) mais sans posséder le diplôme infirmier. Contrairement aux « nurse practitioner », le « physician assistant » travaille toujours sous la direction d'un médecin superviseur, alors que le premier peut exercer indépendamment.

L'infirmière spécialiste clinique (Clinical Nurse Specialist, CNS). Les CNS se situent comme des agents de changement et des experts cliniques. Elles exercent toutes les activités de l'infirmière, mais leurs compétences plus développées leur permettent de les pratiquer en direction de situations plus complexes ou en aide aux équipes de soins. Elles peuvent exercer conjointement ou non les fonctions suivantes : expert clinique dans un domaine de spécialisation, enseignante, conseillère-consultante, chercheur, manager.

L'infirmière praticienne (Nurse Practitioner, NP). Sa fonction intègre le soin (*Care*), le curatif (*Cure*) et le conseil (*Counseling*). Les NPs exercent, en association et en sus de leurs activités infirmières : des activités médicales de diagnostic (anamnèse, examen clinique...), de prescription (examens, médicaments...), d'actes médicaux). Elles pratiquent donc une activité infirmière plus une part précise d'activité médicale, déterminée selon les lieux de l'exercice. Elles contribuent à la promotion, l'éducation à la santé, la prévention de la maladie et le conseil auprès des patients. Leur champ d'activités peut être le milieu hospitalier (soins intensifs, urgence, hospitalisation, consultation...) ou extra hospitalier (crèche, entreprise, école, prison...)

Le degré d'autonomie des infirmières, spécialistes cliniques ou praticiennes, est important comparativement aux assistants médicaux, qui travaillent tout le temps sous la responsabilité et sur prescription du médecin.

La formation est située à un niveau Master dans les trois cas ; les infirmières en soins généraux ayant acquis un *bachelor*⁵⁴.

La régulation de l'exercice est établie selon des critères spécifiques dans chaque board of nursing des Etats. Le maintien du droit à l'exercice est soumis à des conditions strictes de formation continue (*continuing education credits*).

L'*American Association of Colleges of Nurses* a produit en 1996 une « déclaration de consensus » où elle recommande que la formation des infirmières praticiennes comporte trois volets⁵⁵ :

- formation de base commune à tous les programmes des deuxièmes et troisième cycle en sciences infirmières : recherche et mesure des résultats, théories des sciences infirmières, opérations de marché et remboursements, soins administrés, promotion, questions juridiques et éthiques et sciences de la santé ;
- formation de base en pratique avancée : formation avancée en pathophysiologie et en évaluation de la santé et formation en pharmacothérapie, en promotion de la santé et en prévention de la maladie ;
- formation de base en spécialisation : soins aux adultes, pratique familiale, gériatrie, pédiatrie, soins actifs et santé de la femme.

⁵⁴ Le bachelor (licence en français) est le premier niveau des accords de Bologne, la France a traduit cela par le mot « licence », gardant ainsi la dénomination actuelle et évitant la confusion avec le baccalauréat français.

⁵⁵ Cité dans le document : « volet de la formation recherche documentaire » ICIP, 2005, p.9

- *Le développement de la pratique infirmière avancée au Canada*

Le Canada reconnaît une pratique infirmière avancée. « La pratique infirmière avancée (PIA) est une expression globale. Elle décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi pour répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (particuliers, familles, groupes ; populations ou collectivités au complet). La PIA repousse ainsi les frontières du champ de l'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier et à l'épanouissement et au progrès de la profession » {Association des infirmières et infirmiers du Canada 2002}⁵⁶.

- L'exercice

La pratique infirmière avancée (PIA) couvre deux types d'exercice : les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et les infirmières praticiennes (IP). Ces dernières sont reconnues au Canada depuis les années 70, mais chaque province et territoire a adopté des modalités de formation, d'exercice, et d'enregistrement des professionnels différents.

En 2000, le gouvernement du Canada, soucieux de développer la prévention et la promotion de la santé, a créé le « Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires » et l'a doté de 800 millions de dollars.

A la suite de ces accords, Santé Canada a versé 8,9 millions de dollars à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada afin que celle-ci définisse un cadre d'intégration durable du rôle des infirmiers praticiens au sein du système de santé canadien⁵⁷.

Ainsi a été créé un projet : « L'Initiative Canadienne sur les Infirmières et Infirmiers Praticiens (ICIIP) », financé par le gouvernement fédéral et géré par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), qui vise à faciliter l'intégration permanente du rôle des infirmiers praticiens au système de santé pour une plus grande accessibilité des services de santé à la population. L'ICIIP se divise en cinq composantes stratégiques : gestion du changement, marketing social et communications stratégiques, formation, législation et réglementation, pratique et évaluation, planification des ressources humaines de la santé.

L'AIIC au sein de ce projet a développé un cadre de travail pour la pratique avancée d'infirmière. Elle a mis en place un « dialogue national » visant à « tirer les leçons de l'histoire des rôles actuels en pratique infirmière avancée » et « définir des principes et stratégies pouvant faciliter la mise en œuvre de rôles en pratique infirmière avancée qui favorisent la prestation aux clients de soins accessibles, rentables, rapides et sécuritaires dans le système de santé du Canada ».

- Le cadrage national

⁵⁶ ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU CANADA, la pratique avancée, cadre national, avril 2002

⁵⁷ L'association des Infirmières et Infirmiers du Canada a donné mission de travailler le sujet dans un programme émanant du *Nurse practitioner Planning Network*, dont elle a assuré la présidence du comité consultatif : « Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens » (ICIIPC).

Ensuite ont été diffusés des éléments de cadrage national pour le Canada, ceux-ci comportent des études sur la pratique, des principes en vue d'une unification de cette pratique, et des outils sur l'introduction, la mise en place et l'évaluation des pratiques infirmières avancées dans le pays⁵⁸.

- *Quelques uns des principes retenus sont les suivants {ICIIPC 2006}⁵⁹ :*

Il ne s'agit pas de fabriquer des sous professions médicales, mais de renforcer les connaissances et compétences infirmières dans leur ensemble, afin que les infirmières deviennent, du fait de leur savoir renouvelé, aptes à la prise en charge d'autres situations, de problèmes plus complexes et qu'elles contribuent mieux, mais toujours sur la base de leur métier infirmier, à améliorer la santé des personnes⁶⁰.

Il s'agit d'une décision politique, mettant en œuvre des moyens conséquents et devant se construire avec les professionnels représentés par leurs associations.

Le cadre défini doit être national (« pancanadien ») pour appuyer l'intégration durable du rôle des infirmières et infirmiers praticiens dans le système de santé.

Le titre doit être normalisé et protégé à l'échelle du pays, tout en tenant compte des lois provinciales et territoriales

Les définitions et des descriptions du métier doivent être identiques dans tout le pays. Le champ de la pratique est établi, ainsi que la reconnaissance de l'autonomie dans le rôle.

La responsabilité est fixée, ainsi que les pratiques de collaboration entre les professionnels

Les critères de formation les exigences de l'évaluation sont définis.

Une accréditation nationale est mise en place en ce qui concerne le droit d'exercer

Une information est donnée au public et à tous les professionnels de santé au sujet des infirmiers praticiens et de leur rôle dans le système de santé

Un plan de transition est élaboré pour tenir compte des pratiques existantes, et des personnes sans accréditation

Un financement est prévu pour la rémunération des infirmières praticiennes.

Les compétences décrites dans le « cadre de compétences de base »⁶¹ sont très approfondies, et précises. Outre des compétences de diagnostic, de prescription et de suivi des personnes, sont mises en évidence des compétences de promotion de la santé et de prévention des complications, des blessures, ou de la maladie. Ce cadre donne des indications globales sur ce que devraient être un cadre de compétences, il montre une autonomie importante de l'Infirmier de pratique avancée (IPP), il doit être rapporté au cadre d'exercice qui peut être plus restreint.

⁵⁸ Accessibles sur le site de l'ICIIPC : www.iciip.ca

⁵⁹ Le titre du document de communication diffusé en 2006 par l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (ICIIPC) est à lui seul révélateur : « *Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé, une solution pour améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente* ».

⁶⁰ L'AIC insiste sur un point majeur dans la définition du métier : « *c'est l'application d'un savoir infirmier avancé qui détermine si la pratique infirmière est avancée et non l'ajout de fonctions d'autres professions* ».

⁶¹ Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada, association des infirmiers et infirmières du Canada, IIP, janvier 2005

- *La formation*

Sur le champ de la formation, une étude documentaire publiée en 2005⁶² met en évidence la diversité et l'hétérogénéité des formations au Canada. Un des buts du programme ICIP est de fournir des recommandations sur le cadre pédagogique et les programmes d'études, sur les modes d'exécution de la formation, sur les modes d'évaluation et sur la reconnaissance des acquis professionnels. Voici quelques unes des questions posées en amont de ce document de recensement :

- comment former des partenariats de travail dans un mouvement de normalisation des titres scolaires ?
- comment poser des principes nationaux dans une situation d'hétérogénéité des programmes ?
- comment équilibrer les contenus théoriques et cliniques des programmes ?
- sur quels aspects doivent insister les programmes (contrôle de qualité, informatique, formation interdisciplinaire, recherches sur les résultats pour les patients, pratiques exemplaires de formation ?)
- quels enseignants, quels tuteurs ?
- quelles responsabilités respectives des formateurs et des employeurs ?
- formation à distance ?
- dosage des méthodes ?

Après la formation, la vérification des compétences professionnelles est faite par les associations professionnelles qui demandent et peuvent exiger (des différences existent selon les régions) des personnes d'établir un plan d'apprentissage. Le renouvellement de l'immatriculation qui est donné chaque année ne s'obtient qu'après vérification que l'infirmière a bien maintenu sa compétence, réalisé si besoin son apprentissage et prouvé qu'elle a modifié sa pratique.

La « trousse à outils » a pour but de viser une meilleure intégration des infirmières de pratique avancée dans l'ensemble du dispositif de santé. Elle a vu le jour à la suite de l'analyse des échecs dans l'utilisation du rôle et des compétences des infirmières qui avaient été formées. Elle fournit des conseils sur l'implantation et l'évaluation du rôle des IP, elle est conçue pour aider les utilisateurs.

Deux principes sont sans cesse rappelés dans les travaux canadiens :

- la participation des représentants des collectivités, associations et personnes concernées dans la mise en place d'infirmière de pratique avancée
- le passage de soins centrés sur la maladie à « un modèle intégré et holistique orienté sur la prévention et axé sur les patients qui exige un changement considérable d'attitude »

L'idée qui prévaut est que la réalisation d'une partie de l'activité médicale par des infirmiers modifie de manière non négligeable l'activité soignante et l'approche du patient. En effet, si l'acte est le même, la perspective change, et la façon dont le soin est réalisé et intégré dans la vie du patient aussi. L'impact de ces changements devra être mesuré, mais il est vraisemblable que les situations doivent être regardées dans leur ensemble et non évaluées seulement du seul point de vue des actes.

⁶² Volet de la formation, recherche documentaire, 2005, ICIP

▪ *Les infirmières praticiennes spécialisées au Québec*

Le Québec est un objet d'observation intéressant, du fait de la proximité de cette province avec la France et des liens étroits que tissent depuis de nombreuses années les infirmiers entre les deux continents.

○ *L'exercice*

Au Québec, la loi sur les infirmières et infirmiers votée en 2002, entrée en vigueur le 30 janvier 2003, liste 14 activités réservées aux infirmières et infirmiers et y ajoute dans son article 36.1 un paragraphe sur les infirmières de pratique avancée : « les infirmières praticiennes », qui peuvent aussi s'appeler « infirmières praticiennes spécialisées » quand elles le sont dans certaines spécialités : infirmières praticiennes spécialisées en néphrologie, en néonatalogie...qui peuvent, sous certaines conditions :

- prescrire des examens diagnostiques ;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
- prescrire des médicaments et d'autres substances ;
- prescrire des traitements médicaux ;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Des groupes de travail composés des représentants de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du collège des médecins du Québec (CMQ) ont rédigé des documents qui présentent le modèle québécois de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) {OIIQ 2006 }⁶³. En particulier, certains principes y sont donnés :

- le diagnostic demeure l'exclusivité du médecin ;
- l'admission, la sortie du patient ainsi que le constat de décès demeure de la responsabilité du médecin ;
- toute décision concernant un acte médical appartient en dernier ressort au médecin ;
- une étroite collaboration entre le médecin et l'infirmier est essentielle ;
- des mécanismes de liaison sont prévus entre médecin et infirmier.

On voit ici comment le Québec a adapté le modèle proposé par le Canada en l'intégrant dans son propre système, et insiste sur la liaison entre médecin et infirmier.

Les IPS peuvent prescrire des examens, utiliser des techniques diagnostiques invasives (ponction lombaires...), prescrire des traitements médicaux, et utiliser ou appliquer des traitements médicaux invasifs. Le tout est encadré et listé précisément pour chacun des domaines concernés. Chaque domaine de spécialité fait donc l'objet d'un document sur « l'étendue des activités médicales exercées par l'infirmière de pratique avancée ». Y sont précisés le contexte de la pratique, les médicaments et les examens dont la prescription est autorisée, et les actes permis.

⁶³ ORDRE DES INFIRMIERS ET INFIRMIERES DU QUEBEC ET COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée, 2006.

L'autonomie des professionnels est balisée selon les lieux d'exercice, quelles que soient ses compétences personnelles. Des règles d'utilisation des médicaments et des soins médicaux spécifiques sont fixées par le Collège des médecins du Québec, puis dans chaque établissement en fonction des besoins et des ressources. Le conseil d'administration de l'établissement où les IPS vont exercer doivent se prononcer et approuver les règles établies.

- *La formation*

Pour le moment, trois universités dispensent des cours, et la formation comporte à la fois de sciences infirmières et des sciences médicales.

Un exemple de programme de formation de la maîtrise, diplôme de deuxième cycle, est donné ici avec celui mis en place par la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal⁶⁴, actualisé en juin 2007, présente quatre options :

- option pratique infirmière avancée
- option expertise-conseil en soins infirmiers
- option formation en soins infirmiers
- option administration des services infirmiers

Pour les deux premières options, les activités sont similaires et complémentaires. La distinction vient du fait qu'en expertise-conseil les infirmières consacrent 80% de leur temps au soutien et au développement de la pratique infirmière dans les équipes et 20% en clinique auprès des patients, et c'est le contraire en pratique avancée.

Le programme de formation comporte un tronc commun entre les quatre options (étude de la discipline infirmière, recherche en sciences infirmières, bio statistique), puis des cours par option (intervention auprès des familles, rôle de l'infirmière en pratique avancée, éthique et conception des soins, examen physique avancé), et un diplôme complémentaire pour la pratique avancée dans la spécialité choisie (pharmacologie, pathophysiologie en cardiologie ou néphrologie).

En octobre 2006, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) remettait leur certificat⁶⁵ à 17 premières IPS lors de son congrès annuel à Montréal. Ces infirmières exercent dans trois domaines (la néonatalogie, la néphrologie et la cardiologie) et dans neuf centres hospitaliers.

- *Autres exemples étrangers⁶⁶ : des signes qui vont dans le sens de la création d'un statut d'infirmière en pratiques avancées*

D'autres pays s'engagent ou se sont engagés dans la voie des infirmiers en pratiques avancées.

Au Royaume Uni, l'agence de réglementation de la profession d'infirmière tente d'élaborer un cadre visant à reconnaître un « niveau de pratique supérieur ». La République d'Irlande travaille dans le même sens.

D'autres pays ont mis en place des formations de niveau master : la Suisse (institut de la science en soins de l'université de Bâle) ; la Jordanie et le Pakistan.

⁶⁴ GRATON F. Programme de maîtrise, juin 2007, (<http://www.scinf.umontreal.ca>)

⁶⁵ Il existe au Québec des diplômes, et l'ordre ensuite délivre des certificats d'exercice, qui doivent faire l'objet de revalidation au cours de la carrière et en fonction des changements de poste.

⁶⁶ Deux tableaux réalisés par Fabienne Soulié à partir de l'étude IRDES sont placés en annexe 4

En Hollande, le travail dans le domaine de la pratique infirmière avancée a commencé en milieu hospitalier en 1997.

En Espagne, un processus de certification de la pratique avancée existe depuis 2005.

En Suède, des programmes éducatifs ont été établis en 2003 pour la pratique avancée infirmière dans le domaine des soins primaires.

Le Liban, qui forme à l'université Saint Joseph des infirmiers au diplôme d'Etat français, a créé une licence en soins infirmiers⁶⁷, un master et prépare la mise en place d'un doctorat en sciences infirmières.

La Nouvelle Zélande et l'Australie ont proposé des normes et des compétences mutuelles définissant la pratique avancée des infirmiers. Cette pratique a été légalisée en 2001, même si elle existait depuis plusieurs années.

Le Danemark offre des masters ainsi que des doctorats en sciences des soins, mais n'a toujours pas obtenu d'approbation nationale pour un rôle infirmier en pratique avancée.

II.1.1.2. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale

Les exemples de coopération aujourd'hui mis en œuvre dans les établissements, ou expérimentés, ou en devenir pour les manipulateurs, présentent comme dénominateur commun de concerner des professionnels ayant de l'ancienneté dans leur pratique.

Dans les domaines de la radiothérapie et de la médecine nucléaire, le développement de compétences renforcées en dosimétrie est aujourd'hui recherché.

Au niveau européen, le champ des coopérations et transferts de compétences se situe essentiellement dans le domaine de l'échographie. Les pays concernés sont principalement le Royaume Uni et à moindre niveau les Pays Bas.

En Angleterre, la notion de pratique avancée trouve son expression dans la réalisation complète des examens digestifs par les techniciens. Le médecin n'intervient que dans le cadre du contrôle du bon déroulement.

Pour le continent nord américain, le positionnement des techniciens par rapport au corps médical leur confère une plus grande indépendance dans l'exercice de leur métier. L'approche de la notion de coopération n'est pas comparable. On peut cependant remarquer l'importance de l'expérience. Au Québec par exemple, l'accès à la complexité pour les activités du métier de « technologue » se fait par paliers, l'expérience étant considérée comme incontournable. On ne fait pas de scanographie en sortant de l'enseignement collégial⁶⁸.

⁶⁷ Les étudiants passent une licence en sciences infirmières qui leur permet d'exercer au Liban, et en sus une formation complémentaire pour obtenir le diplôme infirmier français dont le contenu est plus technique.

⁶⁸ Informations sur l'ordre des technologues en radiologie du Québec sur le site www.otrq.qc.ca

II.1.2. Les facteurs d'évolution auxquels vont être confrontés les métiers du soin

Un travail de monographie réalisé en 2007 par la DHOS, dans le cadre de l'ONEMFPH, cible les facteurs d'évolution de la société qui vont potentiellement impacter les métiers du soin et les faire évoluer dans les prochaines années {DHOS 2007 en cours de publication}⁶⁹. Ils touchent principalement, du côté de la demande : l'évolution de la démographie et des besoins de la population, et du côté de l'offre : l'évolution des organisations, des institutions, et des techniques médicales.

II.1.2.1. Les facteurs d'évolution de la demande de soins

- *Vieillesse de la population*

Il s'agit sans doute du facteur le plus important, car il touche de près la pratique des soignants. Le nombre des personnes âgées voire très âgées à prendre en charge va beaucoup augmenter.

C'est surtout après 2020 que l'effet « grande dépendance » se fera sentir pour les personnes au-delà de 80 ans, néanmoins la prise en charge des personnes les plus nombreuses, qui arrivent à la soixantaine prochainement devient de plus en plus complexe : parcours cliniques variés, retours d'hospitalisation nombreux, suivis d'une ou de plusieurs maladies chroniques, et prise en charge de la dépendance qui commence.

Les traitements de radiothérapie ou les pathologies articulaires qui concernent davantage cette catégorie d'âge vont en particulier impacter le nombre et la nature des actes du métier de manipulateur en électroradiologie. Les demandes liées aux pathologies comme le cancer vont évoluer, et l'importance de certaines maladies se faire sentir, comme les maladies cardiaques qui ont une prévalence élevée dans les premières années de la retraite.

La génération des jeunes retraités est plus exigeante vis-à-vis du système santé, d'autant plus que son revenu et sa couverture de complémentaire santé sont meilleurs, risquant d'influer sur la demande en actes de diagnostic et de prévention.

- *Augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée*

Les pathologies qui augmentent sont les polyopathologies et les pathologies chroniques⁷⁰, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires. Cette évolution induit une transformation de l'organisation des soins, mais aussi en conséquence une évolution des pratiques de soins.

⁶⁹ La DHOS, prenant en compte les évolutions démographiques connues, tant pour les populations de personnes susceptibles d'être prises en charge du point de vue de leur santé, que pour les personnels dont les départs à la retraite ont été évalués et dont « l'usure au travail » a donné lieu à de nombreux écrits, a lancé une vaste étude sur la prospective des métiers les plus touchés, dits « sensibles », pour les quinze prochaines années. Cette étude, réalisée avec la contribution de nombreux professionnels au cours d'entretiens individuels auprès de « grands témoins », et de rencontres de groupes de personnes-ressources, vise à rendre lisibles et communicables les évolutions possibles dans les métiers hospitaliers, qu'ils soient de la santé ou non.

⁷⁰ Voir en annexe 5, la fiche « maladies chroniques »

Ces besoins médicaux nouveaux doivent tenir compte de multiples facteurs : sociaux, psychologiques, économiques. Ainsi, les personnes soignées pour des problèmes psychiatriques, celles placées dans des maisons jusqu'à la fin de leur vie et pour des années, les populations socialement plus démunies, demandent des soins adaptés et un suivi « au long cours » fait par des professionnels compétents et attentifs. Par ailleurs, la demande de santé de première ligne va augmenter pour des suivis de pathologies plus répandues, encombrant les consultations médicales, sans qu'il soit aujourd'hui possible d'effectuer un tri de priorité en amont de ces consultations.

Il est probable que les paramédicaux aient à cet endroit des domaines où ils pourront s'investir, il est non moins probable qu'il faudra que certains d'entre eux acquièrent des compétences pointues, pour utiliser des cadres de connaissances, s'imprégner de recherches nouvelles, s'engager dans des réseaux professionnels, afin d'aider leurs collègues à « tenir le coup », à trouver du sens, et à « rester présent » devant des situations parfois difficiles au quotidien.

La mise en place de dispositifs spécifiques et adaptés pour ces populations, leur accueil, la nécessité de mettre sur le marché des personnels formés en éducation, prévention, médiation, tout ceci va dans le sens du développement de compétences nouvelles. Les soignants deviendront référents de patients, coordonnateurs de soins, ou décideurs capables d'orientation, dans une logique de travail en coopération avec tous les acteurs médicaux et paramédicaux.

- *Modification de la demande des personnes*

On constate, de la part des patients, une demande accrue pour être considérés comme des acteurs de leur propre santé, et voir leurs droits à l'information et à la transparence reconnus : demande d'information et d'explications, participation à la décision et au processus de soin. L'exigence des patients nécessitera une écoute plus intense et des explications plus détaillées, et ce d'autant qu'ils obtiennent par leurs propres moyens une quantité non négligeable d'informations⁷¹.

La caricature du « patient consommateur » devient plutôt une norme sur laquelle il faut se pencher. Les usagers réclament du savoir, de la qualité, des résultats. Ils recherchent la meilleure offre, et font rarement confiance aveuglement. L'apparition des indicateurs de performance les incite à choisir.

L'impact pour les soignants est fort : il faut sans cesse expliquer, revoir les organisations, repenser les modes de prises en charge, mettre du lien entre les acteurs. Les compétences de pédagogie et de maîtrise de soi sont recherchées. Il faut aussi composer avec les cultures, les représentations, les exigences, toute attitude qui demande souvent une expertise et parfois une bonne supervision afin de confronter ses pratiques dans des débats la remettre en cause et savoir faire appel aux notions de valeurs ou d'éthique.

L'équipe soignante devra s'organiser pour assurer une prise en charge plus globale (soins, social, psychologique), pour informer et éduquer les patients et les familles, et pour assurer la coordination avec tous les acteurs, avant, pendant et après la prise en charge au sein de l'établissement.

⁷¹ TATU Natacha, les malades prennent le pouvoir, nouvel observateur, 17 mai 2007

II.1.2.2. Les facteurs d'évolution de l'offre de soins

▪ *Evolution de la démographie médicale et paramédicale⁷²*

Les départs à la retraite des personnes nées après guerre a commencé, et va s'accélérer. Le pic se situera vers 2012 tant pour les médecins que pour les paramédicaux. La fonction publique hospitalière verra plus de la moitié de son personnel présent en 1999 partir avant 2015. La baisse des effectifs médicaux, bien qu'inégale tant dans les disciplines que les régions, sera elle aussi importante. Elle sera plus forte dans certaines régions et dans les spécialités peu attractives : zones rurales, nord de la France, gériatrie, psychiatrie, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, gériatrie, imagerie médicale... Le manque de radiothérapeutes voire de radio physiciens doit aussi être pris en considération du fait des tensions qui risquent de se voir augmentées au niveau du métier de manipulateur d'électroradiologie médicale.

Ceci a été analysé dès 2002 dans le rapport du professeur Yvon Berland «Démographie des professions de santé». Les travaux réalisés ensuite par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ont confirmé la tendance et insisté sur la mauvaise répartition des médecins sur le territoire français.

L'impact, déjà sensible à certains endroits ou pour certains métiers, devrait se renforcer, et un suivi régulier devra s'opérer afin de répondre aux situations dès qu'elles seront connues. L'attractivité et la fidélisation deviendront les deux critères de sécurité pour les gestionnaires de ressources humaines, et pour garantir une accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire.

C'est dans ce cadre que, du triple point de vue de la nature des activités pour attirer des professionnels, de la compétence pour soigner les personnes, et de l'évolution des carrières pour fidéliser les meilleurs, il sera bon de proposer des cheminements professionnels ouverts et porteurs.

▪ *Evolution des conditions d'exercice*

Plusieurs évolutions concernent les conditions d'exercice : l'évolution des techniques médicales et des technologies, l'évolution des parcours de soin et l'apparition de nouveaux domaines d'exercice.

En premier lieu, on constate l'évolution des techniques médicales et des technologies, et cette évolution va se poursuivre : pharmacologie, techniques d'anesthésie, traitement de la douleur, chirurgie moins invasive, développement de la radiologie interventionnelle, développement de l'e-santé, etc.

Sur le plan organisationnel, cette évolution technologique s'accompagne de l'apparition de pôles hyper spécialisés qui favorisent une centralisation des plateaux techniques. Cette évolution induit une hyperspécialisation des soignants, qui s'accompagne d'une protocolisation accrue des pratiques, pour répondre à la complexification des techniques et aux exigences en matière de sécurité sanitaire.

⁷² Voir à ce sujet les travaux de l'ONDPS, et spécifiquement les rapports annuels de 2004 et 2005. Voir aussi les rapports de Y.Berland

Ainsi se développent, parmi les personnes exerçant des métiers paramédicaux, des expertises plus techniques, liées le plus souvent aux lieux de l'exercice et au type d'investigations ou de traitements réalisés. Ce sont, par exemple, les infirmiers en services de réanimation ou intensifs, les puéricultrices en réanimation néo-natale, ou les manipulateurs d'électroradiologie médicale sur certains secteurs.

En second lieu, le parcours des patients évolue. La durée d'hospitalisation diminue avec une réduction souvent regrettée du temps dédié à la prise en charge globale et à l'échange avec le patient.

On constate également une exigence accrue de continuité des soins. Ce dernier point peut entraîner une modification des frontières entre services d'explorations ou de traitements et services cliniques, avec l'apparition de champs de compétence partagée entre plusieurs professionnels, qui auront des connaissances communes acquises dès la formation initiale.

Par exemple, dans le cadre du Plan Cancer, dans le cadre du dispositif d'annonce, ont été mises en place dans des établissements pilotes, des organisations où ce sont soit des infirmiers soit des manipulateurs qui participent à la 1^{ère} consultation puis assurent le suivi des patients en traitement, (manifestations somatiques, psychologiques, conseil en matière d'hygiène de diététique, relations avec les organismes sociaux...).

Les modifications introduites et en cours dans la gestion du dossier patient et le déploiement des systèmes d'information —outils indispensables de la continuité des soins— vont avoir un impact sur les relations entre les acteurs de la santé et engendrer des réorganisations du travail fréquentes qui demandent aux professionnels à la fois des capacités d'adaptation et une exigence de maintien dans le sens donné à leurs activités.

Enfin, de nouvelles compétences sont amenées à se développer pour répondre par exemple à la place prise par les établissements de santé comme acteurs incontournables de la recherche clinique, ou au développement des pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique, en particulier dans le cadre des maladies chroniques et/ou de l'hospitalisation à domicile.

Toutes ces évolutions vont avoir des impacts divers, parfois difficilement conciliables, sur la nature des métiers paramédicaux.

Ainsi, la tendance à l'hyperspécialisation peut aller à l'encontre des besoins de mobilité (nécessaire pour développer des parcours professionnels décloisonnés mais aussi pour favoriser une organisation plus souple des services) et des besoins de polyvalence accrue dans certains services (ex. gérontologie, soins de suite...).

La protocolisation des pratiques, qui répond à un besoin de normes et de sécurité dans la prise en charge collective doit être compatible avec le besoin d'individualisation de la prise en charge face à un patient particulier. Bien encadrée, elle permet de reconnaître l'autonomie des soignants et de les recentrer sur leur cœur de métier en réduisant le temps passé aux tâches de gestion.

Il est intéressant de constater que l'hyperspécialisation des professionnels paramédicaux, qui accompagne la mutation de certains services dans leur vocation de plus en plus interventionnelle (neurologie, appareil cardio-vasculaire...), ne se limite pas à des compétences techniques mais qu'elle nécessite le développement de compétences soignantes.

Les paramédicaux doivent acquérir une solide compréhension des pathologies et des thérapies et des nouvelles technologies médicales et paramédicales utilisées, car il s'agit d'assister le médecin, de savoir expliquer (traduire) au patient et à la famille, et de maintenir sa capacité d'alerte et de vigilance (interprétation des symptômes).

Les professions paramédicales peuvent ainsi se trouver confrontées à l'intégration d'expertises aussi diverses que l'expertise clinique, biomédicale, informatique et de télécommunication.

Ces évolutions interrogent la pratique quotidienne de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi la réglementation sur les frontières de leur exercice : les actes ne peuvent plus s'appréhender sous le seul angle de l'exécution. Notons à ce propos que si la réglementation des professions constitue « un garde fou » indispensable aux dérives, elle montre malgré tout ses limites dès lors qu'il s'agit de prendre en compte rapidement des évolutions techniques ou de pratiques de soins.

- *Evolution du contexte organisationnel*

Trois points seront évoqués : l'apparition de nouveaux modes organisationnels de la prise en charge, la prise en compte des contraintes économiques et des contraintes de sécurité.

Le premier point renvoie à la continuité des soins déjà évoquée, laquelle doit faire face à une diversité des lieux et des temps de prise en charge d'un patient. En sus de l'organisation « classique » du retour au domicile, avec éventuellement un passage par un centre de soins de suite (ou convalescence), on a vu se développer de nouveaux modes organisationnels de la prise en charge, facilités par le développement de l'e-santé : développement de l'hospitalisation à domicile, des réseaux de santé, de la télémédecine. Autre exemple, la spécialisation —déjà évoquée— des plus gros établissements d'une région disposant d'un plateau technique sophistiqué et de multiples expertises, s'accompagne d'un repositionnement progressif des établissements de proximité ou spécialisés dans une pathologie ou sur un niveau de prise en charge.

Cette diversité organisationnelle induit : d'une part, une nécessité de coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et donc une meilleure coordination entre les opérateurs ; d'autre part, une réflexion à mener sur la phase préliminaire d'orientation des patients, en lien avec l'organisation de la permanence des soins (« consultation de première ligne », « porte d'entrée »), surtout dans certaines disciplines (psychiatrie, maladies chroniques, pédiatrie, urgences). Cela renvoie à deux types de compétence différents : une compétence de coordination visant à développer des habitudes de collaboration entre des secteurs très différents de par leurs pratiques et leur culture (soins hospitaliers versus extrahospitaliers ; secteur sanitaire versus social et médico-social) ; des compétences d'analyse et d'orientation dans le second cas.

Le deuxième point de contexte porte sur la mise en œuvre dans les établissements de santé de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité, qui conduisent les établissements à une recherche continue de l'efficacité et de l'optimisation des moyens. Il s'agit de concilier les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge et de moindre coût. L'organisation en pôle accompagne les regroupements et la recherche d'économie d'échelle, les fonctions techniques deviennent des fonctions supports aux pôles cliniques qui passent commande.

La recherche d'efficacité ne touche pas le cœur des compétences des paramédicaux, mais il s'agit plutôt de développer des capacités à discerner, à trouver des solutions adaptées, à savoir redéfinir en continu l'organisation du travail et la coopération entre les professionnels. Il s'agit de répondre tout autant à la problématique démographique, à l'évolution des pratiques qu'à la recherche d'efficacité (coût et qualité).

Le troisième point de contexte concerne le développement des procédures de qualité (certification des établissements, accréditation des professionnels et des équipes, évaluation des pratiques professionnelles). Outre l'aspect sécuritaire, ces démarches deviennent des outils de management pour les établissements (recherche de l'excellence, différenciation de l'offre, démarche qualité, mobilisation du personnel, meilleure attractivité pour les patients et le personnel etc.).

Elles répondent également à l'augmentation de la notion de judiciarisation liée à l'affirmation du droit des patients, faisant naître un besoin de traçabilité des investigations et du traitement, de contrôles quotidiens des appareillages. La nécessité du développement de l'évaluation des pratiques professionnelles tout au long de la carrière se fait de plus en plus pressante.

En effet, il semble judicieux de devoir actualiser ses connaissances et le prouver pour l'obtention d'un poste de travail dans un monde en mouvement constant. Les questions environnementales vont également être de plus en plus contraignantes au niveau du fonctionnement des établissements, et donc également au niveau des pratiques. Toutes ces évolutions nécessitent le développement de compétences particulières dans le domaine hygiéniste, méthodologique et réglementaire.

Tableau 6 : Facteurs d'évolution et conséquences

Facteurs d'évolution	Nature de l'impact
Demande : Nature de la demande de santé et de soins des personnes Vieillessement de la population Augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée Exigence accrue de qualité de la part des usagers	Précision de la réponse Qualité de la relation Complexité des prises en charge et des parcours de soins Intégration de la dimension sociale dans les soins
Contraintes sécurité et qualité Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires Exigences accrues en matière de sécurité et vigilance sanitaire	Evaluation des pratiques professionnelles Exigence de traçabilité
Offre Développement des réseaux de soins Coordination des professionnels intra et inter établissement Prise en charge des patients dans un parcours Démographique des soignants	Coopération et décloisonnement, Redéfinition des fonctions Pratiques avancées Intégration des parcours (avant, après), en relation avec les autres acteurs
Contraintes économiques Facteur d'évolution médico-économique Recherche systématique de l'efficience	Gestion des contradictions : plus de qualité, de sécurité, moins de moyens Analyse et évaluation des pratiques
Evolution des techniques Techniques d'anesthésie, douleurs Pharmacologique, Chirurgie moins invasive / séjour hospitalier encore plus court Développement de la radiologie interventionnelle	Adaptation à des nouvelles pratiques
Organisation interne Mise en place des pôles Transferts d'activités Développement des démarches qualité et de sécurité	Renforcement des connaissances et compétences Acquisition de méthodes et normes qualité. Qualification supérieure : spécialisation et augmentation des compétences
Informatisation Utilisation des outils informatiques Organiser et gérer par ordinateur (Dossier patient informatisé) Évolutions équipements et des matériels Développement de la télémédecine	l'informatisation de la clinique Réorganisation de la manière de travailler, Adaptation des logiciels Formation des utilisateurs

Source : DHOS, document en cours de publication

II.1.3. L'impact de ces évolutions : l'exemple de deux professions

Sur les 183 métiers répertoriés dans le cadre des travaux sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁷³, la DHOS en a sélectionné 20, comme étant les plus sensibles, soit du fait de leur petit nombre et de leur savoirs pointus et rares, soit du fait de leur grand nombre et de la nécessité d'évolution devant lesquels ils se trouvent. Parmi ces derniers : ceux d'infirmiers et de manipulateurs d'électroradiologie médicale ont été choisis comme les plus impactés par des facteurs qui modifient la demande qui leur est faite. On peut noter aussi que les métiers du management sont aussi très touchés, et s'ils n'ont pas à être traités ici, il convient néanmoins d'affirmer que les cadres devront être au fait de toutes les évolutions, étant au cœur de leur mise en place.

⁷³ OBSERVATOIRE NATIONAL DES EMPLOIS ET DES METIERS E LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, éditions de l'ENSP, 2004

II.1.3.1. L'émergence de différents profils infirmiers

Selon l'analyse réalisée par la DHOS/ONEMFPH, le principal impact de toutes ces évolutions dans le secteur hospitalier serait la segmentation du métier d'infirmier en différents « niveaux » d'expertise se traduisant par quatre degrés d'évolution professionnelle (tableau 7).

L'infirmier en soins généraux⁷⁴ devra adapter ses pratiques à des activités nées des évolutions décrites ci-dessus. Les actes eux-mêmes ne seront vraisemblablement pas grandement modifiés, mais les conditions de leur réalisation le seront, le contexte sera différent. La formation initiale devra donc être revue en cohérence avec ces nouvelles pratiques et activités.

L'infirmier ayant une « pratique confirmée » est un infirmier « en soins généraux » qui se professionnalise et se distingue progressivement par la compétence qu'il acquiert au long de son expérience. Il est reconnu par ses pairs comme celui à qui, dans l'unité, les autres plus « novices » peuvent faire appel parce qu'il connaît bien la discipline, les pratiques, et les façons de travailler. Il a développé des « savoir faire » (habiletés) tant dans les relations professionnelles avec les patients que dans ses gestes et dans ses rapports avec les contraintes de l'organisation des soins dans un contexte précis. C'est un infirmier qui s'implique dans le développement de ses compétences, il suit des formations continues, s'engage dans des projets d'équipe ou d'institution (qualité, projet informatique, tutorat...), progresse à l'endroit où il se trouve.

L'infirmier qui développe une « expertise ciblée » est celui qui centre ses compétences autour d'une pathologie, d'un segment d'activités ou d'une technique précise. Il peut se trouver dans des fonctions spécifiques comme la stomathérapie, l'éducation des personnes relevant d'une pathologie précise, l'endoscopie ou la réalisation d'explorations fonctionnelles très spécifiques, etc. Cet infirmier a souvent obtenu un diplôme de type DU ou DIU, ou a suivi une formation professionnelle complémentaire. C'est un infirmier qui peut devenir le référent dans un pôle ou dans un établissement, et qui souvent contribue à l'information, voire à la formation d'autres personnels. Il n'y a pas de reconnaissance au sens statutaire du terme, mais une reconnaissance au sens de l'utilisation des compétences dans l'institution.

L'infirmier qui développe une « expertise de pratique avancée » est (ou sera) celui qui développe des compétences autonomes sur les deux champs : celui du rôle infirmier tel qu'il existe actuellement et celui d'un rôle nouveau s'appuyant sur des pratiques qui sont encore actuellement du domaine médical.

Il s'agit d'un infirmier qui a évolué dans l'autonomie qui occupe l'ensemble du champ professionnel que lui ouvre la réglementation, et à qui pourront être confiées des missions d'évaluation de situation clinique des patients, d'examen clinique approfondi, de diagnostic de l'état d'une personne à un moment de sa maladie, de décision concernant soit des examens à réaliser, soit des thérapeutiques, soit des orientations dans le parcours de soins, le tout dans un cadrage précis.

La délégation d'actes médicaux pourra être importante, et l'élargissement du champ de compétence de l'infirmier également : consultation de première ligne, orientation des patients, suivi de personnes atteintes de pathologies chroniques, coordination d'activités soignantes, suivi des parcours de soins.

⁷⁴ L'appellation "infirmiers en soins généraux" est celle de l'Europe, donc des directives européennes, elle est de plus en plus utilisée et correspond en France aux infirmiers diplômés d'Etat.

Toutes ces activités ont comme caractéristique commune de correspondre à une aptitude certaine à évaluer des situations nouvelles ou complexes une fois le diagnostic médical établi, à prescrire, à trouver des solutions innovantes, dans le champ du rôle propre infirmier et/ou dans le cadre de la délégation médicale.

Tableau 7 : évolution du positionnement professionnel⁷⁵

Socle du métier	Pratique confirmée	Expertise ciblée	Pratiques avancées
Infirmier en soins généraux IDE sortant de l'école	<p>Spécificités dans une discipline</p> <ul style="list-style-type: none"> - compétences spécifiques de la discipline (cardiologie, psychiatrie, urgence, médecine interne, etc.) - temps d'adaptation et d'apprentissage (entre 2 et 12 mois, voire plus comme en psychiatrie) - aire de mobilité plus rapide entre certaines disciplines (ex : urgences, cardiologie, réanimation) 	<p>Expertise ciblée sur une pathologie ou sur une technique</p> <ul style="list-style-type: none"> - compétences approfondies sur une pathologie ou sur une technique - temps d'apprentissage de quelques semaines, voire quelques mois, sanctionné par un diplôme ou une qualification (Diplôme universitaire par exemple) - référent de l'équipe dans la discipline (ex stomathérapeute) 	<p>Expertise sur un champ global clinique comportant des pratiques avancées</p> <ul style="list-style-type: none"> - compétence du niveau de l'expertise du champ incluant trois dimensions : diagnostiquer une situation, évaluer, prescrire - temps d'apprentissage long, sanctionné par un diplôme universitaire de niveau minimum Master - domaines d'expertise clinique (exemple suivi et prise en charge des pathologies chroniques) pratique avancée (ex expérimentation suite au rapport Pr.Berland, transferts d'activités et de compétences médicales)
	<p>Spécialités dans une discipline : IADE, IBODE, puéricultrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences spécialisées dans une discipline, sanctionnées par un diplôme professionnel - Temps d'apprentissage long (de 12 à 24 mois) 		<p>Des IBODE, IADE, puéricultrices en pratiques avancées</p>

○

⁷⁵ Source : DHOS, perspective métiers, 2007. Ce tableau a été établi lors des enquêtes de l'étude menée dans le cadre des travaux de l'ONEMFPH, en 2007.

- Les infirmières spécialisées

Les infirmières de bloc opératoire⁷⁶ ont déjà longuement réfléchi sur l'évolution de leur profession. Leurs propositions vont dans le sens de la naissance d'un métier d'« assistant chirurgical » avec une formation au niveau du master. Il s'agirait d'un professionnel capable de contribuer aux actes de chirurgie : réalisation de petites sutures, fermeture de parois, pose de matériel chirurgical, installation du patient pour les chirurgies lourdes, etc. La question des greffes de cornées par exemple pourrait trouver ici une solution satisfaisante, ainsi que la prise en charge de certains patients dans les services d'urgence par exemple.

De leur côté les puéricultrices⁷⁷ proposent également une formation plus élevée pour une « pratique avancée » leur donnant la possibilité de suivre des enfants dans certaines conditions, et, en relation avec le corps médical, de pratiquer certains actes aujourd'hui réalisés par les médecins. Dans une plaquette, confiée aux membres du groupe de travail, les associations professionnelles⁷⁸ proposent : consultation de suivi, vaccinations à l'exclusion de la première, mises sous photothérapie, éviction d'une collectivité, suivi de l'évolution d'un régime alimentaire, prescriptions de laits de nutrition infantile (hors pathologies spécifiques), prescription de régime anti-reflux, dépistage des handicaps ou inadaptations. Des contenus de formation au niveau du master sont mis en rapport.

II.1.3.2. Les manipulateurs d'électroradiologie : une évolution déjà en cours

L'évolution des équipements et de leur utilisation thérapeutique, tant pour diagnostiquer, opérer ou soigner, l'interdépendance accrue des professionnels et la nécessité de coopérations nouvelles dans un contexte de pénurie accrue de médecins (radiologues notamment) a déjà impulsé une évolution de la fonction des manipulateurs d'électroradiologie qui devrait se poursuivre.

- *Les évolutions en cours*

Le métier de manipulateur d'électroradiologie médicale offre une parfaite illustration de la manière dont les évolutions évoquées précédemment peuvent modifier les pratiques de manière importante.

L'activité des manipulateurs est de plus en plus technique et protocolisée, du fait de l'évolution des équipements biomédicaux, des exigences en matière sanitaire, et de l'évolution des technologies médicales impliquant plus fortement et de façon plus fine la radiologie (radiothérapie, imagerie interventionnelle),

Les manipulateurs qui aident les médecins radiologues dans la réalisation des examens se voient progressivement confier la conduite de ces mêmes examens. Les médecins se distancient de la partie liée à l'exécution pour se centrer sur la définition et l'élaboration des protocoles, le contrôle des explorations et l'établissement des diagnostics. Ainsi, en imagerie de projection, les manipulateurs conduisent et conduiront de plus en plus pratiquement l'ensemble des examens.

⁷⁶ Travaux des associations professionnelles : Union nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire diplômés d'Etat (UNAIBODE), et Association des Enseignants et des Ecoles Infirmiers de Bloc opératoire (AEEIBO).

⁷⁷ Association Nationale des Puéricultrices (ANPED), Comité d'Entente des Ecoles préparant aux Métiers de l'Enfance (CEEPAME).

⁷⁸ Comité d'Entente des Ecoles préparant aux Métiers de l'Enfance (CEEPAME), Document du 3 juillet 2007, non publié.

Par ailleurs, à travers la reconstitution d'images liée à des finalités diagnostiques, le manipulateur est, et sera associé de plus en plus, à l'élaboration par le médecin du diagnostic lui même.

En radiothérapie, les manipulateurs seront de plus en plus impliqués dans les différentes étapes de mise en œuvre des traitements : contourage du volume cible, dosimétrie...

Les systèmes d'information dédiés se développent au niveau des services ou des pôles (soins, logistique et technique). La communication des données facilite la mise en œuvre de pratiques de télé-médecine qui seront de plus en plus utilisées, le manipulateur pouvant à cet égard être placé sous la responsabilité d'un médecin non spécialisé, alors que le spécialiste de l'imagerie se trouvera éloigné du patient.

Ainsi, quelle que soit la discipline concernée, les manipulateurs se verront confier de plus en plus la réalisation des investigations en application de protocoles et hors de la surveillance directe du corps médical spécialisé.

- *L'émergence de différents profils de manipulateurs d'électroradiologie*

Il y a une forte similarité avec l'évolution des profils des infirmières en soins généraux qui développent à partir d'un socle commun, des pratiques confirmées, puis des expertises nécessitant alors des formations complémentaires.

Le maintien d'un niveau de base polyvalent

Le niveau initial de formation, quelle que soit la filière (DEMER ou DTS), est généralement considéré comme satisfaisant pour : d'une part, entrer dans le métier ; et d'autre part, faire évoluer par la suite ses compétences en adéquation avec l'évolution technologique.

La formation initiale nécessite néanmoins une actualisation adaptée à l'évolution technologique. L'apparition des nouvelles techniques d'explorations (numérisation, scanner, IRM) a par exemple déjà nécessité une évolution de la formation initiale et la mise en place, par les établissements, de formations d'adaptation à l'emploi pour les personnels. Ces techniques d'imagerie, qui sont plus nombreuses, plus complètes et numériques, nécessitent en effet une maîtrise du système de production puis de l'utilisation des logiciels de traitement, d'aide à l'interprétation, de choix et de télécommunication de l'information utile.

Cependant, l'évolution qui se joue actuellement dépasse la simple actualisation d'un savoir à une évolution technologique. Elle touche le cœur du métier avec la maîtrise de nouvelles compétences, et la question se pose de savoir si ces nouvelles compétences peuvent être introduites dans la formation initiale de base, avec si besoin une « re – activation » des connaissances acquises en formation initiale mais oubliées parce que non pratiquées, ou si elles justifient d'un réel complément des notions de bases insuffisantes compte tenu des attentes nouvelles très spécifiques ?

Par exemple, l'évaluation de l'expérimentation en radiothérapie réalisée en 2005 (arrêté du 13 décembre 2004) fait apparaître la « nécessité d'une formation théorique complémentaire en anatomie et en dosimétrie » {Berland 2006}⁷⁹. Le niveau de formation à mettre en place dépend de la nature de la compétence à acquérir : « soit elle est incluse dans la formation initiale (...); soit [elle nécessite une formation complémentaire] courte associée à une expérience pratique et on reste dans le cadre de la délégation ; soit [elle nécessite une formation complémentaire] longue (un an), diplômante, ce qui pourrait aboutir à une évolution pour une partie des manipulateurs vers un nouveau métier de dosimétriste » {Berland 2006}.

La question est sans doute plus tranchée en échographie où les connaissances de base en sémiologie et pathologie sont insuffisantes pour les manipulateurs tout autant que celles en physique et technologie ultrasonore pour les infirmières.

- *Evolution du positionnement fonctionnel*

La tendance forte est une autonomie accrue, avec des équipes réduites autour des équipements ; les radiologues et médecins ayant la fonction de prescription et d'interprétation. Deux niveaux d'expertise se dessinent : celui de manipulateur confirmé et de manipulateur expert.

L'affectation à tout poste, correspondant en pratique à un équipement particulier ou un domaine thérapeutique particulier (neuroradiologie, médecine nucléaire en oncologie...), conduit à développer des compétences spécifiques à ce poste. Le manipulateur en électroradiologie confirme ses pratiques et ses savoirs. Pour cela un temps d'adaptation est nécessaire, qui peut être conforté par de la formation (au poste, en auto-formation, le cas échéant par des formations courtes). Si le professionnel change d'affectation, un nouveau temps d'adaptation sera nécessaire : des nouveaux savoir-faire, protocoles, pratiques techniques et soignantes... mais le métier demeure, le manipulateur confirme ses savoirs, sait peut-être mieux les mobiliser, mais il n'y a pas de changement de métier. En fait, qu'il change d'affectation ou non, compte tenu de l'évolution technologique permanente, l'apprentissage permanent est de rigueur.

En revanche, une extension des compétences, en sus de celles acquises pour le métier de base, semble se dessiner sur quelques domaines d'expertise pouvant aller jusqu'à la création d'un nouveau métier :

Par exemple, le traitement de l'image IRM en 3D exige des manipulateurs le développement d'une expertise en anatomie et en lecture d'image. Si l'interprétation continue à demeurer du ressort et de la responsabilité du médecin, le procédé de production puis de traitement de l'image, la recherche de l'efficacité ainsi que la diminution des effectifs des radiologues, conduiront les manipulateurs à pousser l'assistance au radiologue plus loin qu'actuellement. Cela peut signifier l'émergence de manipulateurs en électroradiologie que l'on pourrait qualifier d'expert. Ainsi, le traitement d'images très élaboré (reconstruction en 3D, fusion d'images, imagerie pour la robotique opératoire) peut devenir une voie d'avancée pour un manipulateur.

⁷⁹ Berland Y, Bourgueil Y « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Observatoire national de la démographie des professions de santé. Juin 2006.

D'autres possibilités d'expertise peuvent être envisagées sous réserve d'une formation complémentaire adéquate, par exemple : en radiothérapie, avec l'émergence d'une fonction de dosimétriste exerçant sous la responsabilité des radiothérapeutes et des radio-physiciens (cf. ci-dessus) ; en échographie (recueil de l'image ou du signal), où les manipulateurs pourraient accéder à la réalisation de certaines échographies et/ou au métier d'échographiste ; en cardiologie, où les manipulateurs en électroradiologie spécialistes en échographie pourraient accéder à l'échocardiographie et au métier d'échocardiographiste.

Cette évolution vers des niveaux de pratique avancée nécessite que les professionnels soient formés à la dimension médicale des actes, que l'acquisition de l'expertise soit reconnue et que la pratique avancée se fasse dans des conditions de sécurité optimales (protocoles, supervision médicale, formation).

II.1.4. **L'avenir pour les métiers paramédicaux⁸⁰**

- *Gérer la ressource humaine, un enjeu essentiel*

La ressource humaine est, dans le monde de la santé, un capital essentiel dans l'offre de soins auprès des personnes⁸¹. En effet, il y a dans le suivi des personnes en vue de l'amélioration ou du maintien de leur santé, voire de l'accompagnement pour la fin de leur vie, des éléments de temps et de proximité quasi incompressibles. Cette proximité n'est pas de nature indifférenciée, elle peut et doit se qualifier, afin que les soins donnés, quelles que soient leurs circonstances, s'adaptent non seulement à la pathologie, ou aux traumatismes, mais aussi à chacune des personnalités, à des manières différentes de comprendre, d'accepter les événements, de tracer sa vie.

La gestion de la ressource humaine et de ses compétences est donc un facteur essentiel du maintien de la qualité des soins prodigués par les professionnels en institution de santé, à domicile, ou sur les lieux de travail ou de séjour. C'est pourquoi les travaux menés, dans le sillage de la mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peuvent à la fois servir de guide et de moteur dans les choix à opérer pour développer les compétences.

Il s'agit, pour les responsables de la politique de santé et de la mise en place des stratégies de management, de mesurer l'écart entre les besoins de la population, à court et long terme, et les ressources disponibles dans les mêmes délais. Le phénomène de l'anticipation étant en sus impacté par les évolutions des techniques, des moyens et des contextes.

- *Maintenir et développer les savoirs, une nécessité incontournable*

Certaines des activités développées par les acteurs de la santé peuvent être considérées soit comme « banalisées » car l'institution les maîtrise parfaitement, soit « nouvelles ou émergentes » en fonction du développement et des orientations stratégiques mises en œuvre.

⁸⁰ L'ensemble de ce chapitre doit beaucoup aux travaux menés depuis 2003 à la DHOS par Monsieur Richard Barthès et aux deux cabinets de consultants : « Stratégence » et « Pollen conseil ».

⁸¹ Plus de 70% des comptes d'exploitation des hôpitaux français

Dans le monde de la santé, il existe des savoir-faire spécifiques par rapport à ses missions et ses finalités, qui correspondent à des métiers de base : infirmier, aide soignant, par exemple.

D'autres métiers, permettant un fonctionnement optimum de l'organisation, peuvent être considérés comme des métiers de support, de logistique ou d'appui. Ces métiers sont transversaux à l'ensemble des organisations, que celle-ci appartienne à la fonction publique, ou au privé.

D'autres métiers encore sont positionnés sur des savoir-faire rares ou spécifiques et leur possession par un petit nombre en fait des métiers sensibles à repérer et protéger.

Enfin, il existe des activités externalisées que la collectivité requiert pour réaliser les objectifs dont elle a la responsabilité, dans le cadre de ses missions, sans pour autant en garder la réalisation, ou en acquérir le savoir-faire en interne, même si elle en garde la maîtrise.

L'une des conditions de la mobilité dans les métiers spécifiques des établissements de soins réside dans la formalisation des savoir-faire nécessaires, afin de pallier un risque de perte irrémédiable, même si l'expert souhaite souvent garder un pouvoir vis-à-vis de l'organisation en ne cherchant ni la transparence, ni la formalisation rendant parfois difficile le transfert d'un savoir-faire acquis avec le temps.

La perte d'éléments de connaissance ou de compétences sur les métiers est souvent très préjudiciable pour le développement des finalités de l'institution. Un exemple souvent cité dans ce domaine est celui des savoirs des infirmiers de secteurs psychiatriques : recrutés dans les mêmes classes d'âge, et formés par un diplôme spécifique qui a disparu, leurs compétences se perdent et la question des transferts de savoir-faire se pose avec acuité sans avoir été vraiment anticipée.

Par ailleurs, peut se poser la question, pour certaines expertises spécifiques, de faciliter et valoriser la stabilité dans le métier, avec en contrepartie une reconnaissance financière et statutaire liée à une progression de carrière dans un domaine où la technicité ou le savoir-faire sont reconnus comme rares dans et à l'extérieur de la collectivité.

- *Investir dans la formation, une clef pour l'avenir*

La réforme de la formation professionnelle continue peut offrir des opportunités nouvelles de développement des compétences (individuelles ou collectives) dans la perspective de formation tout au long de la vie. Il devrait s'agir pour les professionnels de se constituer un portefeuille de compétences en vue d'une montée en expertise qui peut correspondre à terme à une évolution de carrière. Une réforme des dispositifs de formation initiale doit s'opérer : financement régional, intégration dans la filière universitaire, développement de l'apprentissage. Par ailleurs, une évaluation des dispositifs de formation devra nécessairement se mettre en place dans les années qui viennent, l'Ecole Nationale de la Santé Publique a déjà introduit un référentiel d'évaluation dans sa pratique institutionnelle et pédagogique.

Avant même de parler de l'efficacité des formations ne doit-on pas se préoccuper en premier lieu des priorités sur lesquelles portera l'investissement en formation ? En effet, il existe des formations tout à fait efficaces qui portent sur des métiers à enjeu faible. Mais, la question se pose : avec des moyens limités, la priorité d'allocation de ressources ne devrait-elle pas d'abord porter sur les métiers spécifiques ou stratégiques ? Ne devrait-on pas repérer aussi les métiers sensibles ou les savoir-faire rares qui demandent une attention particulière à leur renouvellement ? D'où la nécessité de les repérer et d'en formaliser tous les aspects.

La question est posée : en matière de formation se situe-t-on dans une logique sociale distributive ou dans le cadre d'une logique d'investissement de type stratégique, en regard de priorités liées au développement des services de la collectivité ? Peut être ne s'agit-il plus de « donner un petit peu à tous » mais de mettre plus fortement et plus massivement l'accent sur les métiers sensibles les plus prioritaires au regard du projet de la collectivité, et dont les risques d'inadéquations qualitatives sont les plus fortes pour le futur.

La formation dans les institutions de santé devrait être dispensée en priorité sur les métiers de base fortement évolutifs ou les métiers stratégiques émergents, car c'est là le lieu de l'excellence. On ne peut réfléchir à ce que seront les compétences de demain si la réflexion ne prend pas en compte les choix stratégiques qui affecteront les savoir-faire et les connaissances requises par ces métiers, et créeront de nouvelles exigences pour les professionnels.

« La question de la formation, élargie à celle de la gestion des compétences et des apprentissages, devient dès lors une question centrale, sur laquelle, dirigeants, représentants du personnel, communauté médicale et personnels doivent porter une regard permanent et éclairé » {Barthes 2007}⁸²

II.2. L'évolution de la formation aux métiers de la santé

II.2.1. L'évolution pour les professions médicales et de pharmacie

Suite au rapport du doyen Thuilliez⁸³, une réflexion est en cours pour une première année de formation commune à ces 4 professions.

Cette réflexion pourrait également conduire à l'inscription à terme dans le cadre du LMD de ces 4 professions.

II.2.2. La ré-ingénierie des diplômes paramédicaux

Depuis 2005, le ministère de la santé s'est engagé dans le dossier de la ré-ingénierie des diplômes des professions paramédicales.

Les trois premiers diplômes qui viennent d'être revus sont : le diplôme d'Etat d'aide soignant, le diplôme d'Etat⁸⁴ d'auxiliaire de puériculture, le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

Les travaux sur le diplôme d'Etat infirmier et sur le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire sont en cours depuis avril 2006⁸⁵. Sont ensuite prévus la révision des diplômes des autres spécialités infirmières, le diplôme de cadre de santé, ceux des professions de la rééducation (masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues) et ceux des professions de l'appareillage introduits par la loi sur le handicap⁸⁶. A terme, l'ensemble des professions sera touché par cette révision des diplômes et des formations.

⁸² BARTHES Richard. La formation dans le monde qui vient, revue de la FHF, septembre 2007

⁸³ THUILLIEZ Christian, Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD – juillet 2006 - <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/thuillez/rapport.pdf>

⁸⁴ Ces deux diplômes « professionnels » ont été modifiés dans leur appellation, il s'agit désormais de diplômes d'Etat. Décret n°2007-1301, du 31 août 2007.

⁸⁵ Voir en annexe 9 et 10 les référentiels dans la version de septembre 2007

⁸⁶ Articles L.4363-1 à L.4363-6 du code de la santé publique

La ré ingénierie des diplômes doit se faire dans la double perspective de la mise en place de la loi sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) et de l'introduction éventuelle des professions de santé dans le logique du « LMD » prévue par les accords de Bologne.

Les étapes décrites ci-dessous sont un préalable indispensable afin de clarifier les contours des métiers, et examiner leurs similitudes, en prévision des passerelles à introduire entre eux si nécessaire.

II.2.2.1. Les processus d'élaboration d'un diplôme

L'élaboration d'un diplôme implique la réalisation des quatre étapes suivantes :

Elaboration du référentiel d'activités du métier ciblé par le diplôme

Elaboration du référentiel des compétences exigées pour les titulaires du diplôme

Elaboration du référentiel de certification du diplôme : outre le référentiel de compétences, il s'agit d'élaborer les critères d'évaluation, puis les modalités d'évaluation.

Elaboration du référentiel de formation du diplôme.

Le ministère de la santé a choisi une méthode participative afin de rendre plus légitime la démarche : trois groupes de travail sont constitués :

Un groupe de pilotage au niveau des directions ministérielles : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), direction générale de la santé (DGS), directions de l'action sociale (DGAS), éducation nationale (EN), direction générale de l'enseignement et de la formation professionnelle (DGEFP), centre national de la certification professionnelle (CNCP), direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS, Services déconcentrés). Ce groupe a pour mission d'impulser et de valider des orientations, et de questionner sur l'ensemble de la procédure.

Un groupe de production composé de représentants des organisations syndicales, représentants des associations professionnelles, représentants des employeurs, représentants des instituts/écoles de formation, et de personnes qualifiées. Ce groupe élabore les référentiels à partir de sa connaissance des métiers.

Un groupe de validation composé des mêmes représentations, mais avec des personnes d'un niveau hiérarchique plus important, et qui comprend en plus des représentants des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et de l'association de formation du personnel hospitalier (ANFH), des représentants des instituts de formation, et des représentants des services déconcentrés.

Les deux derniers groupes travaillent alternativement pour fournir une production commune qui reçoit l'accord des différentes composantes professionnelles et qui vise bien l'ensemble de l'exercice des professions.

II.2.2.2. La méthode et le contenu des référentiels

Il s'agit d'élaborer des référentiels centrés sur l'exercice des activités et des compétences des métiers telles que requises par les titulaires du diplôme considéré dès son acquisition, et non de rechercher les activités ou les compétences qui pourraient être exercées par des personnes confirmées dans leur exercice voire expertes.

La méthode utilisée vise donc à établir les activités et les compétences « cœur de métier », qui seront évaluables, et qui vont servir de base à l'élaboration des éléments de formation.

Le référentiel d'activités du métier ciblé par le diplôme va ainsi décrire le contexte d'exercice du métier, le définir, et en décrire les activités professionnelles caractéristiques, détaillant, pour chaque activité, les principales opérations constitutives de l'activité, les principales situations professionnelles, les moyens, méthodes, outils, ressources utilisés.

Le référentiel de compétences du diplôme décrit les compétences exigées pour l'obtention du diplôme. Il est structuré en unités ou modules. Les unités de compétences sont structurées et différenciées afin de permettre des validations partielles. Chaque unité porte sur un domaine de compétence, avec un niveau d'exigence bien identifié.

Le référentiel de certification du diplôme est structuré autour : du référentiel de compétences précédemment élaboré, des critères d'évaluation de ces compétences permettant de définir le niveau d'exigence, des modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la formation initiale et continue (modules complémentaires de formation suivis suite à une démarche VAE) et des modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience. Des outils sont alors élaborés pour le processus de VAE.

Le référentiel de formation décrit pour l'ensemble de la formation : les principes et méthodes pédagogiques, la durée et les caractéristiques de la formation, le contenu des modules de formation et les stages. Pour chacun des modules de formation sont déclinés les objectifs de formation (compétences ciblées), les savoirs associés : théoriques et procéduraux, pratiques, et, le cas échéant, des niveaux d'exigence pour les différentes connaissances associées. Les contenus de formation sont des ressources mises à disposition de l'étudiant pour acquérir des compétences.

Pour faciliter le suivi d'un parcours individualisé de formation en cas de délivrance partielle de certaines unités de compétences, il est pertinent que les modules de formation correspondent aux unités du référentiel de compétences

La formation peut ensuite être confiée à des « opérateurs de formation ».

II.2.3. La validation des acquis de l'expérience

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁸⁷, confère au citoyen français un nouveau droit : celui d'obtenir un diplôme par la voie de l'expérience. Les décrets d'application, en créant le « répertoire national des certifications professionnelles »⁸⁸ et la « commission de certification professionnelle » en charge d'introduire les diplômes dans le répertoire, ont obligé les certificateurs à un formatage des référentiels de certifications des diplômes basé sur l'élaboration de référentiels d'activités et de compétences du métier considéré. On note ici une volonté, non seulement de rendre accessibles les diplômes par la voie de l'expérience, mais aussi de rendre l'offre de formation lisible et compatible avec l'emploi et le marché du travail.

⁸⁷ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

⁸⁸ Décret n° 2002-616 du 26 avril 2002 pris en application des articles L 335-6 du code de l'éducation et L 900-1 du code du travail, relatifs au répertoire national de certifications professionnelles.

Ainsi, au-delà d'une volonté d'harmonisation, ou de passage d'un métier à l'autre par la voie de validation des formations entre elles (ce qui était la volonté des dispositifs précédents établis autour de la validation des acquis professionnels ou des acquis de la formation), se met en place un dispositif dont la conception est totalement neuve : l'expérience reconnue comme productrice de savoirs.

Deux décrets différents⁸⁹ ont fixé les règles de cette acquisition de diplômes par l'expérience : l'un en direction des diplômes professionnels (dans lesquels se situent les diplômes paramédicaux), l'autre en direction des diplômes de l'enseignement supérieur, pointant par là la spécificité du dispositif français : deux systèmes de formation dont ni les contenus, ni les approches ne se ressemblent. On peut cependant voir la grande similitude des deux processus en ce qui concerne la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Dans les deux cas, l'introduction de ces nouvelles modalités d'accès et de validation des diplômes et des formations nécessite de clarifier les activités et les compétences des métiers au delà des listes d'actes déjà fixés par décrets pour l'exercice des professionnels. La notion de compétence devient ainsi centrale et se voit pour la première fois choisie comme mode de construction des certifications professionnelles.

Les personnes souhaitant acquérir un diplôme par la voie de l'expérience peuvent le faire à condition :

- que le diplôme soit ouvert à cette voie (actuellement pour les paramédicaux seulement aide soignant, auxiliaire de puériculture et préparateur en pharmacie hospitalière) ;
- que la personne fasse preuve d'un nombre d'années d'expérience minimum (trois ans dans la loi, mais il est possible d'aller au delà par voie réglementaire lors de la rédaction des textes permettant l'ouverture de cette voie d'accès au diplôme) dans les activités en rapport avec le métier dont il souhaite obtenir le diplôme
- que la personne fournisse la preuve de l'acquisition de ses compétences à travers l'établissement d'un dossier précis relatant les activités exercées en rapport avec le métier et un entretien validant devant le jury d'attribution du diplôme.

Aucun exercice illégal des professions ne pouvant être validé, il n'existera, dans le cas des professions réglementées, qu'un nombre de candidats potentiel faible. En effet, l'expérience ne peut être établie que sur la partie de l'exercice légalement autorisée, et non sur la partie de l'exercice ne pouvant être réalisée que par une personne déjà diplômée.

A contrario, là où l'exercice n'est pas réservé à des personnes déjà diplômées (exercice non exclusif), la voie de l'expérience permettra des parcours plus courts et plus adaptés, pour des personnes ayant développé des compétences lors de leur activité professionnelle ou bénévole. Par exemple, les diplômes d'infirmier de bloc opératoire, de puéricultrice, de cadre de santé pourront être accessibles en totalité par la voie de l'expérience.

Ainsi peuvent se construire désormais des parcours professionnels sur des bases mixtes : formation tout au long de la vie et validation des expériences.

⁸⁹ Décret n° 2002-615 du 26 avril 2002 pour l'enseignement professionnel, décret n° 2002-590 du 24 avril 2002 pour l'enseignement supérieur

Le ministère de la santé a la charge de rendre possibles ces parcours tout en garantissant les compétences des professionnels et la sécurité des soins.

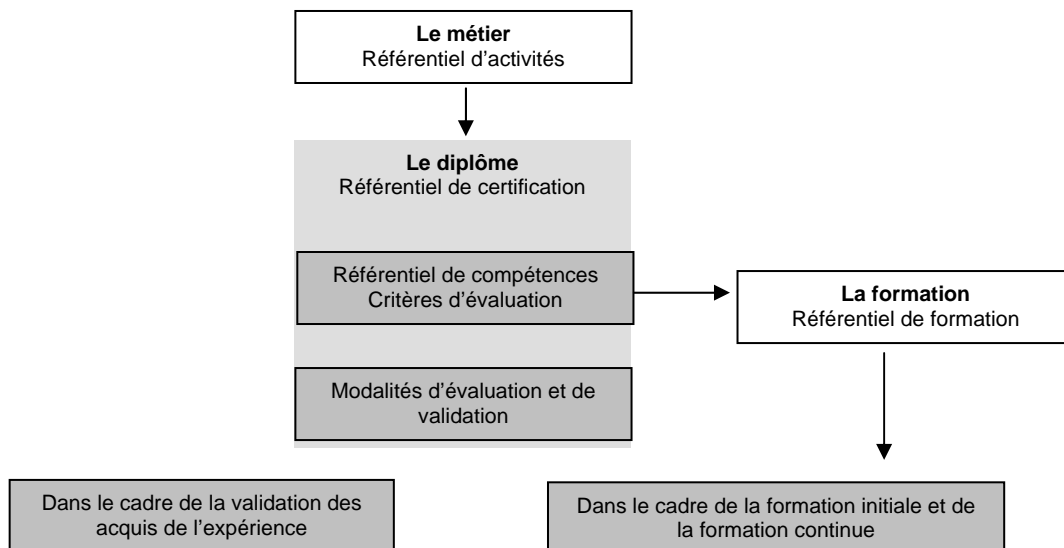
Le schéma suivant montre la position de chacun des référentiels décrits ci-dessus.

L'établissement d'un référentiel de formation comprenant les contenus des enseignements, et des pratiques à acquérir dans le cadre de l'obtention du diplôme ne peut se faire qu'après l'élaboration des référentiels métier et compétence qui décrivent le contenu des exigences du métier.

Par ailleurs, les systèmes d'évaluation doivent se faire en relation avec les compétences à acquérir, les modalités de validation de cette évaluation ayant des modalités différentes si le candidat acquiert son diplôme par la voie de la formation ou par la voie de l'expérience.

Il faut noter que du point de vue des parcours, les personnes passeront au cours de leur carrière d'un système à l'autre, faisant valider leur expérience pour acquérir des « parts » (unité de compétences) de diplôme et poursuivant leur formation pour les autres « parts ».

Ceci induit la nécessité de construire les diplômes en unités de compétences dissociables et cumulables.



II.2.4. Le système Licence Master Doctorat (LMD)

La question de l'équivalence des diplômes entre les différentes institutions éducatives se pose à tous les pays. En ce qui concerne l'éducation nationale, pour les titres et diplômes avant le baccalauréat, cette question est soumise au rectorat, pour les titres ou diplômes post baccalauréat, cette question est soumise à l'université.

Or, l'Université est autonome, d'une part, (Loi Savary), et les diplômes d'Etat sont classés dans l'enseignement professionnel en France, d'autre part.

S'agissant des professions « réglementées », le diplôme d'Etat délivré à la fin des études paramédicales, est un diplôme « d'exercice », établi sur la base de règles, de contenu de programmes, de modalités d'agrément, fixés par le Ministère de la Santé pour l'ensemble des instituts de formation dont il est le certificateur.

Les diplômes d'Etat ont été enregistrés dans les systèmes de classification de 1967 et 1969 en niveau III, ce qui correspond à des niveaux de technicien supérieur ou d'IUT. Il faut souligner que la durée des études d'infirmières à cette époque de deux années et donc était nettement plus courte qu'aujourd'hui. Les licences sont classées en niveau II. Le classement est revu au fur et à mesure de l'enregistrement des diplômes dans le répertoire national de la certification professionnelle.

Depuis deux siècles, l'Université française est remise en question, se faisant contester sa position uniquement sur la production du savoir mais pas dans la transmission du savoir-faire. Il y a 150 ans, parce que le pouvoir politique n'avait pas confiance en sa capacité à lui fournir des ingénieurs zélés, des Grandes Écoles ont été créées pour répondre aux ambitions de l'Etat, fournissant des corps d'ingénieurs d'État (les Mines, Ponts et chaussées et Polytechnique).

Dans la même logique, sont créés un siècle plus tard les organismes de recherche, des organismes de recherche indépendants de l'Université : CNRS, CEA, INRA ou encore INSERM... et depuis 20/25 ans l'Université se tourne vers la professionnalisation de ses étudiants.

II.2.4.1. Les Accords de Bologne

Une des finalités des accords de Bologne signés en 1999 sur l'enseignement supérieur et la formation continue, dite réforme LMD (Licence, Master, Doctorat) est d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes et de favoriser le rapprochement de entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel.

La réforme LMD permet d'harmoniser les maquettes pédagogiques selon un modèle unique et un découpage en modules avec l'acquisition de crédits, (ECTS⁹⁰).

La démarche de construction des modules et d'attribution des crédits sous-tend le travail fait par les UFR des Universités pour la mise en place de la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience, loi de modernisation sociale en 2002), c'est à dire une élaboration qui distingue les domaines à acquérir en lien avec la notion de compétences.

C'est une organisation en niveaux, sans notion de durée imposée d'études.

Ce cadrage autour de 3 niveaux (Licence, Master et Doctorat) renforce la lisibilité et l'harmonisation européenne et mondiale des diplômes. L'homogénéisation de la durée des cycles rend plus simple les équivalences entre pays et facilite la réalisation d'une partie du cursus de la formation à l'étranger ou encore les doubles habilitations de Diplômes par les Universités françaises et étrangères.

Les objectifs de la réforme LMD peuvent se résumer autour d'arguments simples et essentiels pour les jeunes étudiants :

⁹⁰ European credit transfert system, le crédit représente dans ce système, la charge de travail de l'étudiant

- Donner une flexibilité aux parcours de formation et une transversalité des disciplines lors des études et unifier les niveaux et les rythmes des diplômes : Licence, Master et Doctorat.
- Renforcer la lisibilité et l'harmonisation européenne et mondiale des diplômes, car en homogénéisant les cycles on rend plus simple les équivalences entre pays et on facilite la réalisation d'une partie du cursus de la formation à l'étranger.
- Constituer une offre large et lisible des formations à l'Université
- Renforcer le regroupement des domaines d'enseignement, à titre d'exemple : Droit et Administration, Sciences et Technologies, Sports et activités physiques ou encore Vie, Terre, Environnement, Santé.

II.2.4.2. Les professions de santé et le LMD

La filière médicale n'a pas été intégrée d'emblée dans le système LMD, contrairement aux autres filières. La filière médicale est autonome, filière professionnelle régie par d'autres mécanismes que celui des « entrées-sorties » Comme nous l'avons vu plus haut, une réflexion est en cours à la suite du rapport Thulliez.

Dans le cas de passage des personnes entre les Etats membres au sein de l'UE, il faut distinguer le droit à exercer (reconnaissance de diplôme), du droit à poursuivre des études (reconnaissance dans le système LMD).

Depuis le premier décembre 2006, existe une volonté, affichée par la signature d'une lettre commune de cadrage des deux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, de faire entrer les diplômes des professions paramédicales, et celui de sage-femme, dans le dispositif mis en place par les accords de Bologne.

Des initiatives ont été prises dans certaines universités pour construire des formations dans le cadre du LMD conduisant à des métiers de santé. Quelques exemples sont cités ici.

▪ *Diplôme d'Etat infirmier et licence*

Deux licences ont été habilitées en avril 2007 par l'enseignement supérieur après accord du ministère de la santé, dans les universités de Bretagne Sud et Centre. Les deux universités ont travaillé le projet conjointement. Elles permettent, aux étudiants des instituts de formation en soins infirmiers de Lorient, Vannes et Orléans, de s'inscrire dans une licence « sciences et technologies » mention « sciences et techniques médico-sociales ».

L'idée est de s'appuyer sur les acquisitions des étudiants obtenues dans le cadre de la formation de l'institut en soins infirmiers, et de compléter la formation afin que ceux qui souhaitent s'inscrire dans un parcours universitaire puisse obtenir une licence leur ouvrant un accès immédiat ou futur à d'autres formations.

Le programme de la formation infirmière n'est pas modifié, les deux diplômes sont articulés : toute validation d'éléments d'enseignement dans le cursus infirmier valide une unité d'enseignement de licence. Chaque semestre l'étudiant qui a choisi de s'inscrire en licence en sus de son diplôme suit un enseignement à l'université et un enseignement en langue vivante.

Les unités ajoutées sont : biologie, chimie, et langue vivante les deux premières années, soit 56 heures en sus. Les travaux pratiques, soit 18 heures pour l'année sont comptabilisés dans le temps de stage des infirmiers. A partir du 4^{ème} semestre un choix d'enseignement optionnel en sciences humaines et sociales sera proposé à l'étudiant en fonction de son projet professionnel.

Une partie des enseignements est dispensée avec les étudiants universitaires de la licence.

Les unités d'enseignements réalisées à l'université sont financées par l'université. Des accords ont été trouvés entre les partenaires afin que les étudiants ne payent pas la totalité des deux inscriptions.

Dans les deux IFSI, on constate que moins de la moitié des étudiants ont souhaité s'inscrire (toutefois il faut considérer que le projet n'étant pas habilité à ce moment là, les étudiants sont restés sur la réserve). Au cours de la première année, nombreux ont été les abandons, ceux qui ont réussi sont des étudiants motivés qui se sont inscrits en deuxième année. Sans surprise, ce sont ceux qui ont un baccalauréat soit scientifique soit de lettres et qui ont déjà des projets professionnels de progression dans la carrière.

▪ *Professions de la rééducation et licence*

Un partenariat a été mis en place, en 2005, entre l'université de Lyon I et l'institut des sciences et techniques de la réadaptation.

Il permet aux étudiants inscrits dans des formations de six métiers différents d'obtenir également une licence générale « sciences de la réadaptation » : orthophoniste⁹¹, psychomotricien, audioprothésiste, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute. Cette licence est un grade universitaire qui permet l'inscription en master.

La double inscription est facultative et payante.

⁹¹ Les orthophonistes ont une formation qui est répartie sur 4 années universitaires, les autres diplômes s'obtiennent en 3 ans.

Le programme de la licence intègre celui des diplômes d'exercice qui correspondent à 27 crédits par semestre. S'ajoute une unité d'enseignement spécifique par semestre apportant 3 crédits pour obtenir la licence.

En outre, une série de diplômes universitaires sont proposés à l'issue des formations initiales menant aux diplômes ou certificats d'exercice :

- DU de kinésithérapie respiratoire et cardio-vasculaire
 - DU de kinésithérapie du sport
 - AEU de podologie médicale du sport
 - DU « basse vision »
 - DU d'audiologie audioprothétique approfondie
 - DU autisme et troubles associés
 - DU neuropsychopathologie des apprentissages scolaires de l'enfant et de l'adolescent
 - DIU de pathologie de la communication et d'audiophonologie de l'adulte
 - AEU psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent
 - AEU d'audiophonologie de l'enfant
 - DU de neuropsychologie, éducation, et pédagogie
 - DU de prise en charge des personnes atteintes de Trisomie et syndromes assimilés
- *Conseiller en génétique et master*

Une formation de master recherche et professionnel dans le domaine des sciences de la santé, mention pathologie humaine, et spécialité professionnalisante « conseil en génétique et médecine prédictive » a été mis en place à l'université d'Aix Marseille.

Cette formation correspond désormais à celle exigée pour la profession de conseiller en génétique, créée par la loi de santé publique en 2004, et dont les décrets d'application sur l'exercice et la déontologie sont en cours de rédaction.

Un référentiel métier et compétence a été élaboré par les professionnels.

Il s'agit du premier métier non médical introduit dans le code de la santé au niveau du master⁹².

Les conseillers en génétique travaillent en binôme avec un médecin dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive : conseil génétique, évaluation et gestion du risque, réalisation d'arbres généalogiques, contact et information des familles, intégration des dimensions sociales, psychologiques, culturelles, légales et éthiques, introduction d'options de recherche...

Ce diplôme est ouvert aux professions paramédicales (infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes), aux professions scientifiques, (ingénieurs, étudiants des UFR de sciences), aux professions médicales ou de pharmacie (médecins, pharmaciens, dentistes, sages femmes) et étudiants ayant validé la troisième année de médecine, de pharmacie ou d'école dentaire, aux assistants de recherche clinique, aux assistantes sociales.

⁹² Décret n° 2007-1429 du 3 octobre 2007 relatif à la profession de conseiller en génétique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

La première année (60 ECTS) comporte un tronc commun de 36 ECTS : méthodologie et conseil et pathologies, et des modules optionnels d'approfondissement et de spécialisation, puis des stages. La deuxième année (60 ECTS) comporte un tronc commun de 21 ECTS, et des modules optionnels. Le stage d'approfondissement de la deuxième année est de 8 semaines.

Des dispositions particulières sont prévues pour les étudiants qui souhaitent poursuivre en thèse d'université directement sans être en poste. Cette possibilité sera plutôt favorisée dans la mesure où la veille professionnelle est jugée essentielle à la progression des savoirs de la profession.

D'autres initiatives sont en cours de discussion avec le ministère de l'enseignement supérieur dans le cadre des contrats quadriennaux des universités.

Il faut aussi souligner que dans chaque université sont constituées des commissions d'équivalences de diplômes qui autorisent l'accès à certaines formations à la lecture des diplômes et des parcours des postulants.

II.2.5. Les spécificités françaises

La France possède plusieurs particularités qui la singularisent et rendent difficiles les comparaisons internationales : son système éducatif, ses grandes écoles et les Universités (MENESR) mais aussi un système exemplaire concernant la formation professionnelle continue (financement et modalités) : loi de 2004 pour la Formation Professionnelle Continue et loi sur la Validation des Acquis de l'Expérience en 2002.

La Formation Professionnelle Continue (FPC) dépend du ministère chargé de l'emploi qui habilite certains des titres et diplômes (AFPA, DU, DIU, etc.), les autres diplômes dépendent de chacun des ministères certificateurs et pas seulement et uniquement du MENESR.

En France, l'originalité de l'enseignement supérieur réside aussi dans ses modes de fonctionnement et de financement. Or, les écoles paramédicales et sociales sont sous compétence des Conseils Régionaux depuis janvier 2005, comme les lycées le furent en 1986.

Enfin, l'autre obstacle concerne les textes réglementaires de la Fonction Publique qui lient les salaires au niveau de formation acquis. Obstacle de taille, ce fait « ne s'arrangera pas » au cours de la prochaine décennie, bien au contraire, puisque le but est de diminuer fortement le nombre de fonctionnaires de l'Etat, de faire baisser la masse salariale dédiée aux fonctionnaires, et également de limiter les dépenses de sécurité sociale sur les quelles sont payées les fonctionnaires hospitaliers.

Il est indéniable que le transfert des Ecoles paramédicales et sociales aux Conseils Régionaux était une première étape dans les transferts de compétences aux Régions. D'autres transferts suivront concernant la gestion de certaines catégories de personnels du social et de la santé. Une des raisons reste le rapprochement des critères financiers européens de Maastricht en termes de déficit public et l'autre raison réside en un « ancrage des politiques publiques plus près de l'échelon local et régional en matière d'emploi et de formation », ancrage qui a mûri depuis 1983 dans les Régions et significativement depuis 2001 dans les Départements.

III. ANALYSE

Poser la question de l'évolution des formations dans le secteur des professions de la santé ne peut se faire sans référence à l'évolution de la répartition des activités et des compétences entre les professionnels.

Mais en amont certains problèmes doivent être posés, des enjeux évoqués, afin qu'ils éclairent des prises de position et surtout des décisions dont la finalité connue est partagée : celle de prendre en charge de manière efficace et de soigner au mieux les personnes qui s'adresseront au système de santé français dans les 15 prochaines années.

III.1. Une typologie pour une nouvelle répartition des rôles des professionnels de santé

Les évaluations des premières expérimentations de coopération montrent au moins trois niveaux différents de modifications possibles dans la redistribution des activités entre le médecin et l'auxiliaire médical :

Il peut s'agir de la réalisation **d'un acte technique**, actuellement fait par un médecin, qui serait désormais réalisé par un paramédical, mais sans que cette modification change la nature du métier exercé. Dans le passé, des cas se sont présentés comme la réalisation des électrocardiogrammes, les prélèvements de sang artériel, etc., pour l'avenir c'est le cas de la réfraction oculaire pour les orthoptistes ou la manométrie digestive pour les infirmiers, par exemple.

Il peut s'agir de demander à un professionnel paramédical la réalisation d'une **technique spécifique, ou d'un ensemble d'activités** relevant d'un niveau d'expertise plus élevée, créant une sorte de savoir spécialisé, une « expertise ciblée » pour le métier, mais sans en faire une spécialité au sens actuel du terme. Il pourrait s'agir par exemple de certaines examens ou explorations fonctionnelles (échocardiographie...), de certains groupes d'activités en direction de populations particulières comme les soins aux personnes relevant d'addictions, personnes dialysées, etc.

Il pourrait aussi s'agir de confier à un professionnel un **segment d'activités plus large comportant le suivi de personnes** appartenant à une population spécifique, ou positionnant le professionnel dans des fonctions de décision, d'orientation de clientèle, de conduite d'une thérapeutique, etc. Il s'agit là, pour le professionnel, d'atteindre un niveau nettement supérieur à son métier habituel (une « pratique avancée ») qui correspond au développement de connaissances et de compétences nouvelles demandant des capacités de jugement clinique et une autonomie professionnelle. C'est le cas, par exemple, du suivi de personnes atteintes de pathologie chronique, de cancer etc. Ceci correspond à l'expérimentation menée au centre hospitalier de Montélimar dans le suivi des personnes atteintes d'hépatite C.

Chacun de ces trois niveaux renvoie à des impacts différents sur les plans de la réglementation et de la formation.

III.1.1. La nécessité d'adapter la réglementation

Le premier type de modification peut se traiter en maintenant la manière actuelle de faire évoluer les métiers : modifier la liste des actes inscrits dans les décrets d'exercice des paramédicaux. Il s'agit en quelque sorte « d'actualiser » les décrets d'exercice, et de le faire aussi souvent que nécessaire.

La méthode est connue, elle a été utilisée jusqu'à ce jour pour répartir les actes entre les différents corps professionnels : identifier les actes, en cibler les « contours » (part de la prescription, de la réalisation, de la lecture et de l'évaluation des résultats dans un contexte clinique...), en mesurer les risques et les dangers, inférer les compétences et les savoirs nécessaires et évaluer les capacités et les ressources des professionnels les plus à même de le réaliser, avant de faire des choix. Il faut ensuite classer l'acte selon la typologie réglementaire actuelle : soit à l'initiative du professionnel (« propre »), soit selon une prescription médicale (« délégation »), soit selon une prescription médicale et en présence du médecin, soit comme aide à un geste médical.

Les décrets d'exercice qui sont élaborés avec les professionnels, en collaboration avec les sociétés savantes, doivent être confrontés à toutes les règles de bonne pratique, recevoir l'avis de l'Académie de médecine, et du Conseil d'Etat. La procédure est lourde et longue.

Cette méthode est inévitable dans le contexte réglementaire actuel, et se heurte à de nombreuses difficultés :

Le risque inflationniste : chaque nouvel acte qui apparaît dans le champ de la pratique et de la technique médicale doit faire l'objet d'un nouvel examen, et d'une modification éventuelle, ainsi la liste s'allonge et s'alourdit manquant de lisibilité.

Le risque d'illégalité : les délais n'ont plus rien à voir avec les modifications fréquentes des techniques et conduisent parfois, dans l'attente, à des pratiques à la marge de la légalité. Les technologies variant, la nature des activités se modifie, et les professionnels ne voient pas bouger leur liste d'actes : ainsi les infirmiers en bloc opératoire sont de plus en plus incités à faire de l'imagerie, les manipulateurs d'électroradiologie du conseil ou des actes « infirmiers ».

Le risque séparatiste : faute de classement par nature d'actes⁹³, chaque acte doit donc être cité en lui-même. Parfois cet acte est lui-même « découpé » dans sa réalisation : pose, surveillance, retrait, ce qui est le cas par exemple des cathéters, voire en « lieux de l'implantation ». Il faut alors prévoir des « sous actes » ou parties d'actes, qui peuvent être placés, dans le texte, à des endroits différents selon l'autonomie du paramédical au regard de la réalisation de cette partie d'acte, et donc renvoyer à des modes de responsabilité différents.

Existe également un risque (connu) de repli des professionnels derrière des frontières d'appartenance de listes d'actes qui n'incitent pas à des démarches de collaboration ou de coopération dans les soins. Ce risque est d'ailleurs renforcé par le dispositif de financement à l'acte dans le secteur libéral.

Mais en abordant **les deux autres possibilités d'évolution des métiers**, il devient nécessaire d'envisager d'autres formules pour faire évoluer les métiers.

⁹³ Le Québec par exemple s'est astreint à cet exercice de classer les actes en invasifs ou non invasifs par exemple

En effet, il faut alors distinguer, parmi les professionnels, ceux qui seront visés par le texte général et ceux qui, ayant suivi une formation spécifique dont le niveau doit être fixé clairement, seront autorisés à la réalisation de certains actes, de certains groupes d'activités ou de certaines missions.

Ceci ressemble à la formule qui est utilisée dans le décret infirmier pour déterminer les actes des spécialités infirmières⁹⁴, ou pour spécifier des domaines⁹⁵.

Par exemple, il pourrait être pertinent de permettre aux infirmiers stomathérapeutes, qui ont suivi une formation spécifique, de réaliser des activités avec plus d'autonomie que les autres infirmiers dans ce domaine.

Ceci demanderait de distinguer des catégories de personnes et d'activités dans le décret d'exercice, et de prévoir des liaisons formation/droit d'exercice.

Le risque majeur de cette formule est la question de « l'exclusivité de l'exercice » qu'il faudra bien mesurer. Elle peut, en effet, être souhaitable pour s'assurer de la compétence des personnes habilitées à faire certains actes, mais elle peut devenir un frein si trop de rigidité bloque le fonctionnement de l'offre de soins et, par ailleurs, empêche les personnes de se positionner sur des parcours de valorisation professionnelle.

Ici se pose la reconnaissance de la compétence pour exercer un métier, et ceci dans la durée, plutôt que la présentation d'une qualification ou d'un titre dont rien ne prouve qu'il soit adapté ou actualisé. La notion de « certification » individuelle (comme aux USA) pourrait être avancée ici.

Les travaux sur l'évaluation des pratiques professionnelles devraient contribuer à clarifier les liens entre les compétences acquises dans un lieu et à un moment, et la pratique requise dans une situation particulière à un autre moment.

La possession d'un titre ou d'un diplôme est essentielle, mais la compétence doit aussi être soumise à évaluation en situation.

Quelle que soit la situation évoquée, une question demeure, celle de la nécessité de réguler l'exercice des professionnels paramédicaux de manière réglementaire avec des listes d'actes dont la modification demande une procédure lourde.

Nombreux sont les pays qui n'utilisent pas ou plus ce type de régulation par « listing » d'actes⁹⁶

⁹⁴ Art. R 4311-11 pour les IBODE, Art. R 4311-12 pour les IADE ; Art. R 4311-13 pour les puéricultrices.

⁹⁵ Art. R 4311-6 dans le domaine de la santé mentale ; Art. R 4311-8 pour les traitements antalgiques ; Art. R 4311-14 dans les situations d'urgence.

⁹⁶ Voir annexe 4

Tableau 8 : Niveau d'expertise et modifications réglementaires à prévoir

Niveaux d'expertise	Cible professionnelle	Modifications à prévoir
1 ^{er} niveau introduction d'actes techniques nouveaux dans le métier	Pour tous les professionnels du métier Délégation	Décrets d'exercice actuels à modifier selon actes Arrêtés de formation à modifier
2 ^{ème} niveau acquisition d'une spécificité autour d'une technique ou d'une pathologie	Pour certains professionnels qui auront fait une formation spécifique (DU, certificat, ou validation d'une expertise) Délégation	Décret : ajout d'actes pour certaines catégories de professionnels Relier à un la possession diplôme complémentaire : textes à rédiger
3 ^{ème} niveau création d'un nouveau métier décisions autonomes	Pour certains professionnels qui auront fait une formation spécifique longue (master) Délégation et autonomie de fonction, transfert d'activités	Loi à modifier (consultation, prescription...) Décret : ajout d'actes pour certaines catégories de professionnels Relier à un la possession diplôme complémentaire de haut niveau : textes à rédiger

III.1.2. La nécessité de graduer la formation

Le premier niveau engage à ajouter la formation utile à la réalisation des activités dans le programme existant, il faut alors modifier les arrêtés de formation en introduisant les savoirs si nécessaire, sans alourdir le nombres d'heures de formation déjà très important. Des activités peuvent être ajoutées à compétences égales. Ceci ne présente pas de difficulté majeure, la procédure de modification est connue.

Un examen de chaque acte devra être fait pour identifier les éléments à ajouter dans les contenus de formation, selon la nature des actes.

Soulignons que l'ajout d'actes ne nécessite pas nécessairement l'ajout de connaissances qui peuvent être transversales, ni même toujours l'ajout de compétences qui peuvent souvent se transférer d'une situation à une autre.

Pour le second niveau, une formation ciblée sera nécessaire. Cela correspond à ce qui se fait actuellement lors de formations de durée « moyenne » dans les institutions de formation, ou dans des diplômes universitaires ou inter universitaires.

Il sera donc nécessaire de prévoir, pour les activités recherchées, un cahier des charges correspondant aux compétences utiles, et exiger une formation validée.

Pour le troisième niveau, une formation longue est obligatoire. En effet, il s'agit ici de se projeter dans un métier différent, dont le champ d'autonomie et de responsabilité s'est agrandi. Les références théoriques et scientifiques doivent être développées.

Dans tous les cas, une procédure de validation des compétences acquises sera nécessaire.

III.2. Une recherche des modes de validation de la formation pour un exercice professionnel dans le domaine de la santé

Les contenus et modalités de formation sont à mettre en relation avec les besoins de compétences exigées. Tous les travaux autour de la notion de compétence vont dans le même sens : s'interroger dans un premier temps sur les activités des métiers à développer et les compétences attendues avant de se pencher sur les contenus de formation à développer.

III.2.1. Relier les diplômes, et donc la formation, à la formalisation de compétences.

Les diplômes enregistrés dans le répertoire des certifications professionnelles⁹⁷ qui remplace la liste des titres et diplômes homologués doivent obligatoirement comporter « une description des activités d'un métier, d'une fonction ou d'un emploi existant et identifié, élaboré avec la participation des professionnels concernés » et « une description pour tout candidat, des compétences, aptitudes et connaissances associées attestant d'une qualification, et nécessaires à l'exercice du métier⁹⁸ ».

La première étape pour l'inscription d'un nouveau titre dans le répertoire national est en conséquence de mettre à plat les actes, activités et compétences attendues par le titulaire du diplôme.

Les référentiels doivent avoir été établis selon une légitimité professionnelle validée par l'existence d'une commission de représentants des professions.

Sont introduites et reconnues les formations répondant à des modalités d'exercice formalisées, et légitimes.

III.2.2. Clarifier les contours des « nouveaux métiers »

Toute nouvelle acquisition de compétence ne fait pas pour autant « nouveau métier ». Il s'agit de trouver des critères de distinction suffisamment clairs du métier dont il est éventuellement issu.

Le développement d'une « aisance » professionnelle, voir d'une « expertise » dans certains domaines, ne préjuge en rien de l'acquisition d'un nouveau métier, même si ce peut être un chemin, au cours de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui « un parcours professionnel ».

Selon l'ONEMPFH, et au moment de l'élaboration du répertoire des métiers de la FPH, un des critères de passage d'un métier à un autre, était le temps d'apprentissage évalué à une année minimum pour qu'on puisse parler de « nouveau métier ».

La définition de la notion de compétence est aujourd'hui stabilisée, tous les auteurs se retrouvant autour de l'idée de la mise en œuvre d'une « combinaison de savoirs » en situation. Cette notion est à rapprocher de la personne, du contexte dans lequel elle se met en œuvre, et de son évaluation dans le résultat qu'elle produit.

⁹⁷ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002

⁹⁸ Décret n°2002-616 du 26 avril 2002 pris en application des articles L.335-6 du code de l'éducation et L.900-1 du code du travail, relatif au répertoire des certifications professionnelles

Ainsi la compétence « est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées.

La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation. Une compétence peut être spécifique à un métier ou transverse à plusieurs métiers.

La compétence est toujours sujette à apprentissage. Elle est évaluable, progressive à travers des degrés de maîtrise et reconnue à travers soit un diplôme ou un parcours de formation qualifiante, soit la validation des acquis de l'expérience. »⁹⁹

III.2.3. Formaliser des modes de reconnaissances

Plusieurs systèmes étant déjà mis en place entre les ministères chargé de la santé et de l'éducation nationale voire de l'enseignement supérieur (voir supra), il faudrait se fixer sur un modèle qui traverse l'ensemble des diplômes.

La notion de « double signature » d'un programme de formation établi à partir d'un référentiel de compétences élaboré par le ministère de la santé semble une option réaliste et qui correspond à celle prise dès maintenant pour les formations de base pour certains métiers.

Il est probable pour des métiers nouveaux qu'il soit nécessaire d'aller plus loin et de parler d'une co-construction des diplômes.

Il serait opportun de prévoir des **modalités de partenariat** entre l'enseignement supérieur et la santé qui prendraient la forme d'un cadrage clair à chaque construction d'un nouveau diplôme.

III.3. Une reconnaissance pour les connaissances des auxiliaires médicaux dans le soin

III.3.1. Les compétences « soignantes » sont partagées par tous les professionnels

L'observation du travail dans les équipes de soins le montre régulièrement : les « savoir-faire » soignants sont souvent partagés par plusieurs métiers qui ont à agir ensemble pour une production commune.

L'élaboration de référentiels de compétences pour les professions de santé permet de mettre en évidence un certain nombre de ces « savoir-faire » qui relèvent du même domaine de compétence, mais qui présentent un degré de maîtrise ou d'expertise différent pour chaque métier et ne font pas appel aux mêmes connaissances.

⁹⁹ OBSERVATOIRE NATIONAL DES EMPLOIS ET METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE « Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière », Editions de l'ENSP, 2004

Un exemple pour clarifier le propos : tous les professionnels de santé doivent « apprécier l'état de santé d'un patient ». Pour un aide soignant, ce sera une lecture simple de signes qu'il devra rapporter afin que d'autres les interprètent, son appréciation sera, non seulement utile, mais souvent essentielle. Le médecin aussi aura à apprécier, on dira « évaluer » l'état de santé du patient, de même que l'infirmier ou le kinésithérapeute, mais chacun en fonction des ressources (dont les connaissances) qu'il est capable de mobiliser.

Ainsi, une compétence de nature identique, mettra en mouvement des connaissances différentes, et se traduira, dans cet exemple, par un jugement en rapport avec le degré de maîtrise de la compétence et le niveau du savoir mobilisé.

Un travail de clarification des compétences utilisées dans le monde de la santé et de leur degré de maîtrise est nécessaire. D'autres branches professionnelles se sont attelées à ce travail.

III.3.2. **La formalisation des savoirs paramédicaux autour du soin de proximité est encore faible en France**

La France vit un « handicap » en terme de formalisation des savoirs autour de la notion de « soin ». En effet, il n'existe pas de domaines disciplinaires reconnus pour les professions paramédicales comme ceux développés dans d'autres pays. La « science infirmière » est, en France, un concept qui fait appel à ce qui se passe à l'étranger, les savoirs infirmiers ne sont pas construits et répertoriés comme tels. Il faut cependant souligner que, si une discipline enseignée est considérée comme « science » dans un pays, cette reconnaissance ne peut s'arrêter aux frontières, elle interroge donc l'organisation de la formation en France.

Les programmes de formation des professions paramédicales se sont construits à partir d'une addition de savoirs venant de la biologie, des sciences médicales, de la psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation etc. et selon des contenus centrés sur des habiletés professionnelles.

Les auxiliaires médicaux français ont été formés dans le sens de la collaboration avec le médecin, sur un versant curatif, ils sont reconnus comme d'excellents professionnels acolytes des médecins, mais ils manquent de bases en connaissances générales et théoriques dans des matières plus transversales qui leur permettraient plus facilement d'évoluer dans leur carrière, et de faire évoluer eux mêmes les savoirs de leur profession.

L'absence de reconnaissance des disciplines paramédicales comme disciplines académiques ne permet pas d'études doctorales dans les domaines et freine le développement des savoirs.

Ceci représente un réel handicap dans le développement des connaissances liées aux métiers en eux-mêmes. Par exemple, il existe **peu de recherches** en soins infirmiers, alors que les infirmiers de certains pays pratiquent et publient, depuis plus de vingt ans, des recherches dont médicaux et paramédicaux se servent pour faire évoluer leurs connaissances et leur pratique professionnelle.

A contrario, en France, de nombreux paramédicaux se forment dans des cursus universitaires connexes (sociologie, psychologie, sciences de l'éducation...) et contribuent alors à la production d'autres savoirs, mais qui ne sont pas suffisamment utilisés. Les savoirs acquis dans d'autres disciplines nécessitent une transposition et une incorporation dans chacun des champs d'exercice des professionnels paramédicaux.

Il existe d'ailleurs une injonction paradoxale entre l'idée de plus en plus répandue de l'utilité sociale à la recherche infirmière et l'absence d'infrastructures de soutien pour la mettre en œuvre et en utiliser les résultats probants.

Cette situation arrive à un point de rupture, en effet de nombreux professionnels paramédicaux ont obtenu des diplômes universitaires complémentaires, et par ailleurs des activités dérogatoires sont de plus en plus fréquemment demandées aux paramédicaux par les équipes médicales.

III.3.3. La complexité du soin ne vient pas toujours de son aspect technique

La réflexion sur le partage des tâches ne doit pas se limiter à la dimension médico-technique des soins à apporter mais elle doit tenir compte de tout un volet culturel, gage de la réussite des thérapeutiques. L'adéquation : acte simple et répétitif égale personnel moins formé n'est pas toujours juste dans le cas d'actes qui sont en relation étroite avec l'humain.

La complexité ne vient pas des « tâches », mais de leur intégration dans l'espace de la personne. La difficulté de soigner ne vient pas des réalisations « techniques » mais de l'intention que les soins portent et de leur adaptation à des personnes et des contextes différents. En conséquence, la réflexion ne peut aboutir que si elle se développe en s'élargissant et non en se rétrécissant uniquement sur des « actes ».

Une attention particulière doit être portée sur les personnels qui sont le plus longtemps en « proximité » des personnes au quotidien. En effet, ce sont souvent les moins formés qui sont, sans grande possibilité de recul, et pendant des temps longs, placés devant la douleur, la souffrance, ou la perte de pouvoir. Il est donc essentiel de réfléchir à l'encadrement de ces personnels.

Dans tous les lieux où sont soignées des personnes en situation de déficience, de handicap, de perte d'image de soi, etc., il est de plus en plus nécessaire de placer des professionnels qui pourront eux mêmes se faire aider. En effet, l'accompagnement au long cours de situation douloureuses a des effets qui méritent que ces professionnels soient guidés, encadrés, conseillés ou tout simplement écoutés. Des experts en clinique soignante doivent pouvoir être placés comme « tuteurs » afin que les situations de stress ou de burn out soient évitées.

III.3.4. La nécessité d'un socle de connaissances large pour être en mesure d'évoluer dans son exercice

La possibilité de s'adapter au développement de la connaissance nécessite de posséder un socle de savoirs minimum. Les personnes capables d'avancer dans la construction des connaissances sont celles qui possèdent des savoirs fondamentaux les mieux développés. Par ailleurs, la concentration de savoirs très spécifiques autour d'une technique repose sans cesse la question de la nécessité ou non d'une base large de connaissances.

Cette question, bien connue est au cœur du développement de nouveaux métiers paramédicaux. Si la spécificité se construit autour de la technique seule, l'évolution du professionnel risque de stagner faute de potentialités à acquérir d'autres savoirs. Ceci plaide en faveur de la construction de nouveaux métiers au niveau des master, garantie pour les professionnels d'un champ plus large de connaissances qui leur permettra d'évoluer plus facilement.

Un exemple est donné en bloc opératoire. Compte tenu des évolutions technologiques, certains se sont posés la question de la nécessité des 56 mois de formation des IBODE (presque 5 ans, trois années et demi d'études plus un an et demi de spécialité), alors que placées à un poste, souvent identique des années durant, une partie de leur savoir n'est jamais utilisée. Faut-il former toutes les IDE de bloc à la fonction d'IBODE, ou faut-il réserver cette fonction à des personnes qui encadreraient le travail d'autres personnels plus spécialisés sur une technique ou du matériel, mais qui n'auraient pas besoin d'autant de formation ?

III.3.5. Un nécessaire recentrage sur le « cœur de métier »

Introduire trop de métiers très pointus, sur une part étroite de l'activité soignante, revient à se poser la question : est-il nécessaire que ce personnel soit un soignant et pourquoi ? L'introduction, par exemple, de logisticiens dans les blocs opératoires pourrait se poser en termes : faut-il former à la « logistique des flux » les personnes dont c'est le métier de soigner, ou faut-il introduire des personnes non « médicalisées » dans un univers qui l'est, avec le risque et donc la nécessité de former aussi ces logisticiens, à l'hygiène en bloc, à la gestion des risques etc.

On pourrait aussi examiner le cas des techniciens de radio physique versus les manipulateurs d'électroradiologie, si le technicien est aussi appelé à un moment à s'occuper de patients faudrait-il lui apprendre des éléments de clinique ou bien apprendre des éléments de radio physique au manipulateur ?

Se pose également la question de la limite du nombre d'intervenants dans une activité donnée. En effet, plus la connaissance de chacun est pointue et donc limitée, plus le nombre de personnes nécessaire augmente. Cela peut conduire à une segmentation telle du processus que naisse une perte de cohérence et d'efficacité dans la prise en charge.

C'est ici la question du « cœur de métier » qui est posé, et spécifiquement l'utilité des métiers du « soin ».

Ainsi se posent aussi les questions de compétences partagées, voire d'actes partagés, ce que ne facilitent pas à ce jour les décrets d'exercice des paramédicaux.

III.4. L'organisation des professions de santé globalisée

III.4.1. La prise en considération de l'écologie des professions

Si nous voulons saisir les dynamiques qui expliquent la naissance, la suprématie ou la mort de professions, nous devons les considérer dans l'ensemble des professions qui se partagent des tâches connexes, c'est ce que propose le théoricien des professions A. Abbott. Cet auteur critique les travaux normatifs qui proposent des définitions de la notion de profession et propose une conception alternative qu'il appelle l'écologie des professions, dans laquelle toutes les professions sont en relation les unes avec les autres.

III.4.1.1. La notion d'écologie des professions

Les professions sont vues en concurrence pour établir, modifier et élargir leur « juridiction » c'est à dire l'ensemble des tâches qui relèvent légitimement de cette profession. Les frontières de juridiction, c'est-à-dire le lien entre les tâches effectuées et une profession sont en perpétuelle dispute, à la fois dans les pratiques locales et dans les objectifs nationaux. C'est l'histoire des disputes juridictionnelles qui constitue en réalité l'histoire déterminante des professions.

A. Abbott traite les professions à trois niveaux :

- le premier considère les systèmes des professions comme une structure qui lie les professions avec les tâches, ce qui est essentiel pour les déterminer.
- le deuxième qui considère les différenciations à l'intérieur des professions elles-mêmes.
- le troisième qui considère, au-dessus des professions, les forces sociales plus larges qui influent sur l'évolution de l'écologie des professions et sur les places respectives des unes et des autres par rapport à la distribution des « juridictions ».

L'écologie des professions montre que la concurrence interne entre les professions et le soutien de groupes extérieurs comme l'Etat redéfinit fréquemment les « juridictions » des professions, c'est-à-dire le lien entre elles et les tâches professionnelles qui relèvent d'elles.

Les professions se développent quand les juridictions deviennent vacantes, soit que les professions voisines perdent leur monopole, soit qu'elles voient leur juridiction se réduire après une lutte. Dans cette lutte entre professions pour s'établir ou étendre leurs « juridictions », des différenciations apparaissent, des zones d'activité reconnues émergent puis sont peu à peu conjointes pour former finalement une sorte de domaine d'activité reconnu pour cette profession. Après avoir émergé, il faut que la nouvelle entité soit viable pour pouvoir perdurer, et donc que son identité et sa juridiction soit suffisamment différenciée, forte et cohérente pour se maintenir dans l'écologie des professions.

Cette conception de la professionnalisation met en avant le niveau d'abstraction, qui gouverne le système de connaissances et qui permet à une profession de redéfinir ses problèmes et ses tâches, de les défendre contre les professions concurrentes et de reformuler de nouveaux problèmes. C'est l'abstraction qui permet de survivre dans un système de professions compétitif.

Comment savoir si l'abstrait est suffisamment abstrait pour jouer ce rôle ? La réponse dépend du temps et du lieu, mais pas d'un standard en abstraction. Le pouvoir du système de connaissance de la profession, l'aptitude à l'abstraction de ses membres leur permet de définir les vieux problèmes de nouvelles façons, et ainsi de survivre.

- *Écologie des profession et organisation du travail*

Les organisations elles-mêmes tuent le travail artisanal, une division du travail organisée autour de machines permet à des personnes moins formées d'exécuter un travail très spécialisé. Les firmes multi-professionnelles en comptabilité, informatique, banque, architecture, élaborent des bureaucraties professionnelles en ingénierie et en droit qui placent la connaissance professionnelle dans la structure elle-même et non plus dans les apports des professions.

L'expertise réside alors dans les règles de l'organisation. Les organisations cherchent à maximiser à la fois la part d'expertise institutionnelle dans leurs agencements et le retour sur investissement alloué à cette part de l'expertise. Il s'agit ici de la sortie du travail artisanal pour une réorganisation autour des machines et des procédures. L'hôpital, comme organisation mettant en œuvre des enchaînements et articulations d'expertises, des savoir-faire très pointus et de savoirs plus classiques (comme l'hôtellerie, la comptabilité) n'échappe pas à cette règle de « tuer » le travail artisanal.

Si nous pensons l'évolution des professions de la filière soins de l'hôpital dans cette perspective, cela signifie que toute émergence d'une nouvelle profession, extension ou réduction de son champ d'activité, se fait en interrelation forte avec toutes les autres professions et métiers de l'hôpital.

De toute évidence, ce sont toutes les « juridictions » des professions de l'hôpital qui sont en train de « bouger ». Faut-il voir pour une part, dans cette évolution, des juridictions laissées « vacantes » par l'évolution de la profession médicale ? Par exemple des actes jugés répétitifs ? Ou la manipulation de machines ? Ou le suivi de patients donc avec un fort contenu social ou de contact prolongé avec une personne et sa famille ?

Non seulement l'organisation qu'est l'hôpital a tendance à diminuer le travail artisanal, mais les praticiens eux-mêmes peuvent souhaiter faire évoluer leurs tâches d'un pôle artisanal (où ils sont en tant qu'individu la seule ressource) vers un pôle complexifié du point de vue organisationnel et ressources humaines (où le médecin orchestre des ressources différenciées d'analyse, de soins, d'interventions et de combinaisons d'autres expertises médicales).

Par ailleurs, le médecin, a besoin de plus en plus de temps pour s'informer, se former, faire de la recherche, ce qui réduit son temps directement opérationnel et va donc aussi dans le sens d'une diminution des caractéristiques artisanales de son intervention.

III.4.1.2. Penser l'évolution des formations dans un contexte global

Penser l'évolution des professions de l'hôpital en termes d'écologie des professions implique donc de penser l'évolution de toutes les professions, y compris celles des médecins, mais aussi de toutes les professions dont les « juridictions » vont être redéfinies, par exemple comme celles des infirmières.

En ce qui concerne les formations initiales, ce n'est pas seulement en termes de « passerelles » pour passer d'une profession à une autre qu'il faut concevoir les cursus mais aussi en termes d'identité et de viabilité des professions. Il est nécessaire en effet, de clarifier les frontières sur le plan juridique et également sur le plan des niveaux de compétences et des degrés d'abstraction exigés des professionnels.

De ce point de vue, le cursus de formation qui prépare à une profession ne peut pas se définir par un empilement de formations. On ne dit pas d'un ingénieur qu'il est un technicien supérieur « plus ».

La dynamique et l'écologie des professions amène donc à penser les formations initiales des nouvelles professions comme un outil concourant à confirmer une identité et des frontières claires à des professions qui émergent de l'activité hospitalière mais qui sont encore pour certaines en « dispute de juridictions ».

III.4.2. La réorganisation des situations et des contextes

III.4.2.1. Les fonctions supports

Les modifications à apporter dans l'organisation des métiers du soin, doivent se réfléchir sans omettre une réflexion sur les lieux de la pratique et sur l'évolution des métiers « connexes ».

La mise en place des 35 heures dans les hôpitaux a souvent abouti à la suppression de personnel « support » avec comme volonté le maintien des effectifs pour la fonction cœur de l'établissement : le soin. Mais ceci a aussi entraîné un report des activités de type support et logistique sur les fonctions de soins, au moment où les données concernant la certification, la traçabilité et la sécurité, demandaient une augmentation des actes de type administratif.

Ainsi se pose la question du « cœur de métier ». Il serait inutile de créer des métiers soignants de niveau supérieur si dans le même temps l'absence de fonction support leur donnait à régler des questions d'une autre nature.

III.4.2.2. Le management de la coopération

Une coopération digne de ce nom passe par un travail réel de collaboration entre les différents professionnels. Il s'agit donc de créer localement des contextes porteurs. La question de l'architecture a été évoquée dans le premier rapport d'évaluation des expérimentations, d'autres points dont ceux du management et de la ligne hiérarchique doivent être abordés. L'introduction dans un établissement d'une personne portant de nouvelles compétences doit se réfléchir en équipe de direction et dans les pôles concernés.

La question du transfert d'activités d'un corps de métier à l'autre doit se poser en renouvellement des modes de coopération et de collaboration entre ces métiers. La France est encore trop souvent sur des schémas de distinction et de séparation des rôles et des pouvoirs ; et peu sur des modes de co-travail, de « co-construction » du soin. La nécessité de travailler de façon rapprochée s'impose à la fois dans la conception, dans l'élaboration, dans la réalisation et dans l'évaluation des activités.

La formalisation de lieux et de temps d'échanges, la révision commune des protocoles, l'élaboration en commun de chemins cliniques, la pratique de l'analyse des situations professionnelles, doivent être pensées, encadrées, et les projets portés bien en amont. De même des modalités d'évaluation de ces nouvelles pratiques devraient faire l'objet d'écrits clairs montrant la volonté de réussite de l'opération.

III.4.2.3. La gestion des compétences

Dans les établissements, on gère souvent les formations, plus rarement les compétences. Rares en effet sont les lieux où l'on est capables de lister l'ensemble des métiers exercés, d'avoir une vision globale et claire des compétences existantes de celles qui manquent et de celles qui vont manquer.

Les raisons en sont connues : une gestion qui a pour but l'administration des emplois liés au statut de la fonction publique, et qui occulte les vrais métiers exercés par les personnes, le statut ne rendant pas compte des activités et des compétences des professionnels. C'est encore dans le privé où les structures sont souvent moins lourdes, plus réactives où les conventions collectives permettent parfois mieux que se glisse une connaissance plus approfondie de la fonction exacte de chacun.

L'introduction de compétences nouvelles ne devrait se faire que dans un environnement où les activités exercées et les compétences mises en œuvre soient claires. L'introduction d'un métier nouveau perturbera les équilibres, et une reconfiguration des périmètres d'activités nécessitent que l'ensemble soit clairement revisité.

III.4.3. Une modification des postes et des statuts

Une réflexion s'impose sur la liaison entre les diplômés et les statuts. En effet, la reconnaissance de diplômés universitaires post-initiaux pour les paramédicaux devrait s'accompagner d'une modification des statuts particuliers correspondant de la FPH, et peut s'envisager dans le cadre de la progression des statuts particuliers.

La question du positionnement et du financement de ces nouveaux métiers dans les grilles salariales existantes va obligatoirement se poser, et devra nécessiter, en amont, une étude sur le nombre et la montée en charge du dispositif.

Lorsque certaines techniques nouvelles prennent de l'importance ou correspondent à une prise en charge que l'on veut développer, il est nécessaire pour les pérenniser de les accompagner d'une forme de reconnaissance professionnelle. C'est le sens de nombreux DU (douleur, tabacologie, stomies...) qui permettent de garantir un certain niveau de pratique et de mettre en place dans les services des professionnels « référents ».

La reconnaissance, quelle que soit la forme qu'elle prend, est un élément de motivation. Elle revêt donc une importance particulière alors que le secteur hospitalier public peine à recruter et fidéliser des professionnels de qualité.

Lorsque cette reconnaissance prend la forme de l'accès possible à un grade nouveau, elle présente en outre l'avantage de constituer un débouché de carrière et/ou une passerelle, alors que l'un comme l'autre sont notoirement insuffisants dans la FPH. Pour les organisations hospitalières, ce sont donc autant d'outils facilitant le recrutement.

En fonction de l'importance du transfert : réalisation de quelques actes antérieurement dévolus aux médecins, ou mise en place de « nouveaux métiers » correspondant à une réorganisation plus large de la prise en charge, celui-ci pourra être reconnu ou non de manière statutaire.

Cette valorisation doit tenir compte de l'environnement et utiliser d'autres moyens que seulement statutaires et financiers

La reconnaissance de nouvelles compétences doit être réalisée en tenant compte des écueils :

S'agissant de la filière infirmière, il existe déjà des métiers spécialisés (IBODE, IADE, Puéricultrice) ou d'encadrement (cadre de santé, CS) qui constituent des débouchés du grade d'IDE et sont reconnus en catégorie A. Toute nouvelle reconnaissance constituant, le cas échéant, un nouveau débouché doit tenir compte de l'existant.

De même, la reconnaissance de nouvelles compétences doit intégrer la question de l'équivalence universitaire. Il est souhaitable que des solutions simples et lisibles soient retenues.

A noter que la conjoncture actuelle en termes d'études promotionnelles (mise en place du fond mutualisé pour les études promotionnelles (FMEP) est particulièrement favorable à la prise en charge des formations. Cependant, les employeurs ne les prendront en charge sur leur enveloppe que si elles correspondent à un débouché/poste possible dans l'établissement, ce qui pose le problème de la transformation des postes.

Au plan financier, il convient en effet de bien mesurer l'impact de la reconnaissance statutaire envisagée, au regard du financement en T2A. Le surcoût statutaire doit correspondre à un développement et/ou maintien d'activité (exemple d'activités réduites du fait du nombre insuffisant de médecins) afin d'être compensé par les recettes. A défaut, les postes ne seront pas créés.

IV. RECOMMANDATIONS

Les dix propositions qui suivent se veulent être une base opérationnelle pour alimenter la recommandation qui sera prise par la Haute Autorité de Santé pour ce qui est de la formation dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé.

IV.1. Associer les professionnels à l'élaboration de nouvelles organisations dans la répartition des activités et des compétences

Les modifications à opérer dans la répartition des activités au sein des professions et métiers dans le domaine de la santé, et la mise en place de nouveaux métiers de santé, ne peuvent s'élaborer que dans des rapports de « co-construction », c'est-à-dire de réflexion et de prise de décision partagées entre les professionnels concernés.

L'attribution d'activités nouvelles au sein des métiers existant, comme la constitution de nouveaux métiers dans le champ de la santé suppose une réflexion de fond, menée avec les représentants de ces métiers

Les représentants des employeurs doivent également être associés à cette construction.

En ce qui concerne la formation, la réflexion sur les modifications à réaliser dans les programmes de formations ou la mise en place de nouvelles formations devra donc se faire au cours d'une large concertation en sachant que la première étape de cette concertation doit être la définition des compétences à acquérir pour exercer les métiers.

La consultation devra être organisée par les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

IV.2. Elaborer des référentiels métiers et compétences

Il est impératif d'élaborer, pour chaque métier de la santé, des référentiels d'activités et de compétences.

La clarification des champs d'intervention des métiers s'impose, au delà des listes d'actes prévues par les textes visant à l'exercice des professions sur le plan de la légalité. En effet, ces actes sont, dans les textes, souvent disjoints de leur contexte et ne peuvent pas rendre compte de la multiplicité des situations et de la complexité des « savoir-faire » et des connaissances mis en œuvre.

Des référentiels d'activités et de compétences doivent donc être élaborés pour chacun des métiers existant selon une méthodologie claire et unique afin de pouvoir procéder à des recoupements entre métiers différents dont les missions se rejoignent.

Une méthodologie devra être produite par les services du ministère de la santé en charge de ces professions.

Dans un premier temps, et à partir de l'analyse des situations de travail dans lesquelles sont impliquées les professionnels, les activités devront être regroupées en grands domaines d'activités cohérents qui correspondent aux interventions majeures des professionnels.

Puis devront être mis en évidence les « savoir-faire » nécessaires à la production de ces activités dans les situations de travail. Ceux-ci seront regroupés en « compétences » attribuées à chacun des métiers et correspondant aux exigences attendues par les titulaires des diplômes.

Ensuite seront établis des référentiels de certification faisant le lien entre les compétences et leurs exigences d'évaluation pour l'obtention des titres ou diplômes.

Enfin, des référentiels de formation pourront se structurer à partir de cette base indispensable qu'est la connaissance précise des compétences attendues pour l'exercice d'un métier.

L'élaboration de référentiels de manière cohérente, structurée et homogène permettra de mettre en évidence des savoir-faire ou des connaissances partagées ou spécifiques par métiers. Ceci devrait faciliter la mise en place de contenus de formation éventuellement communs, et surtout des passerelles devenues nécessaires entre les métiers.

Des niveaux de maîtrise différents, à partir de compétences de nature identique, seront ainsi rendus visibles par la démarche, ce qui permettra de relier ceci aux autres travaux en cours : évaluation des pratiques professionnelles, gestion prévisionnelle des emplois et compétences, et aussi mise en place de plans de formation et de progression dans les carrières professionnelles.

Les contenus de formation ne peuvent prendre sens que s'ils s'appuient sur la mise en place d'une telle démarche rendant manifeste le but à atteindre dans l'amélioration des compétences des personnes.

IV.3. Construire un cadre national d'élaboration des nouveaux métiers

Un cadre national cohérent, lisible et identique pour tous, s'impose pour la constitution de nouveaux métiers. Il devra être proposé par un groupe expert composé des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, de la HAS et de l'ONDPS.

La mise en place de ce cadre national se conduira en relation avec les travaux déjà réalisés par les observatoires (ONEMFPH, ONDPS...), les employeurs (FHF, FEHAP, FNCLCC...), les organismes spécifiques (INCA, INPES...), la HAS notamment.

La réflexion devra s'appuyer sur une analyse de l'évolution des besoins dans les domaines de la santé et du social, et sur la notion de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ce cadre devra être simple tout en visant à la fois une rigueur qui en permette son contrôle et un pragmatisme qui le rende utilisable à court terme. Il s'agit surtout de rendre visible le mode d'organisation des différents métiers, leurs liens, leur complémentarité.

Tous les métiers doivent être introduits dans le « répertoire national des certifications professionnelles »

L'appellation des nouveaux métiers devra être suffisamment claire pour que ceux-ci se distinguent des métiers existants.

L'existence d'un réseau international qui travaille actuellement sur une harmonisation du vocabulaire utilisé, les positions diverses des professionnels en France, et les enjeux portés par la nomination précise des métiers mérite que la réflexion à cet égard soit approfondie en relation avec les professionnels concernés. L'expression "pratique avancée" correspond à une formule générique utilisée sur le plan international, à conserver comme telle en France, les noms des différents métiers pourront ensuite se décliner avec pertinence en examinant plusieurs critères : domaine, objet, accessibilité des professions, avis des professionnels, etc.

Le cadre sera valable pour l'ensemble des professions et validé par leurs représentants.

Il devra déterminer les éléments à prendre en compte pour la constitution de chaque « nouveau métier » dans le champ de la santé : nom du métier (titre à protéger, enregistrement dans ADELI), définition, missions et activités de ce métier, diplôme (type de diplôme, exigences de compétences, modalités d'attribution), formation (durée, niveau, accession, contenu, modalités, stages) position juridique du métier (place dans le code de la santé publique, actes autorisés, responsabilité professionnelle, déontologie), position statutaire et financière des professionnels, position fonctionnelle et organisationnelle des métiers dans les institutions ou en secteur libéral.

Le cadre global de structuration des nouveaux métiers et d'élaboration des programmes de formation devra se situer dans le contexte des accords de Bologne et dans celui des réformes en cours : ré ingénierie des diplômes des paramédicaux, évaluation des pratiques professionnelles, certification et mise en place de bonnes pratiques, nouvelle gouvernance dans les hôpitaux.

Un plan de communication devra être établi en direction des personnels, mais aussi des usagers, afin que ce dispositif soit compris, intégré et utilisé.

IV.4. Confier la formation aux opérateurs à partir de référentiels

La formation des paramédicaux, tant pour les métiers actuels que pour leur évolution et l'émergence de nouveaux métiers, doit pouvoir être confiée aux opérateurs de formation sur la base de référentiels de formation établis. Les opérateurs seront les instituts de formation et les universités.

Les référentiels de formation émaneront des référentiels de compétences ci-dessus évoqués. Aucune formation ne pourra se mettre en place sans l'existence de référentiels de formation construits dans la suite de l'écriture des compétences requises pour l'exercice des métiers.

Ces référentiels seront élaborés, pour l'ensemble des formations, avec la participation des professionnels. Ils seront considérés comme les « cahiers des charges » confiés aux opérateurs de la formation.

Selon le type de diplôme : professionnel (diplôme d'Etat), de branche (certificat...), ou universitaire (master, licence,...), les documents seront signés par les ministres de référence (santé, travail, enseignement). Une co-signature sera nécessaire en cas de double appartenance et au cas où une partie de la formation serait confiée à plusieurs opérateurs.

Pour chaque formation, devront être fixés : les voies et modalités d'accès à la formation, la durée de la formation et les calendriers, les contenus et leur niveau, les modalités pédagogiques, les conditions d'évaluation et de validation.

Par ailleurs, selon le système d'enseignement choisi, seront connus et écrits : l'organisation des études, le statut de l'étudiant ou de l'élève, le niveau exigé des formateurs, la composition des jurys, etc.

Des modalités de certification de la qualité des enseignements seront mises en place pour l'ensemble des systèmes.

Les contenus de formation doivent être écrits pour répondre à une logique de compétences attendues, c'est à dire, non comme une addition de savoirs théoriques ou pratiques, mais comme une construction faisant apparaître progressivement chez l'étudiant des capacités à utiliser les ressources de son environnement.

Ainsi les programmes seront bâtis en visant les capacités de l'étudiant à s'adapter à de nombreuses situations à partir de l'étude de situations clefs correspondant aux situations prévalentes et complexes qu'il aura à rencontrer dans son métier.

Les connaissances seront choisies comme essentielles, voire incontournables, dans le métier considéré. Ainsi les contenus, y compris pour les master, ne seront pas uniquement médicaux, mais seront adaptés aux compétences attendues dans l'ensemble du champ soignant.

Afin de s'inscrire dans la logique des accords européens, le contenu de la formation sera écrit dans un langage permettant la transposition des logiques européennes d'attribution et de transfert des diplômes : les ECTS (système de transfert de crédits européens pour la formation universitaire), et les ECVETS (système européen d'accumulation et de transferts d'unités capitalisables pour l'enseignement et la formation professionnelle). Le cadre de qualification européen sera également utilisé.

IV.5. Définir des degrés de compétences sur une échelle de formation en trois niveaux

Elaborer des critères de différenciation pour les « savoir-faire » décrivant les compétences permettra d'en distinguer la complexité jusqu'au moment où se dessinera un nouveau faisceau de savoir-faire ou une nouvelle compétence établissant un « nouveau métier » et réclamant une nouvelle formation.

Les travaux de l'ONEMFPH mettent en évidence quatre niveaux dans la pratique des professionnels paramédicaux : le socle du métier, la pratique confirmée, l'expertise ciblée, et la pratique avancée. Trois niveaux correspondant à des formations spécifiques seront ici distingués, la pratique confirmée s'acquérant le plus souvent par l'expérience et des formations continues courtes :

Le socle du métier : ce sont les compétences requises pour les diplômés du métier de base acquis en formation initiale. Au cours des expérimentations, il est apparu que certains actes médicaux pouvaient être ajoutés dans la liste des actes réalisés par les professionnels sans que cela ne change la nature du métier. Il s'agira alors de vérifier que les connaissances et les savoir-faire correspondant soient bien ajoutés aux contenus de la formation de base. Il faut ici prendre en compte qu'une partie des connaissances ou des compétences peuvent être transférables d'une activité ou d'un acte à l'autre.

Exemples : la manométrie digestive chez les infirmiers, réfraction oculaire chez les orthoptistes, etc.

L'expertise ciblée : ici sont ajoutées aux compétences de base, d'autres savoir-faire et connaissances, qui n'existaient pas dans la formation initiale au métier, mais qui, pour autant ne changent pas la nature du métier. Une formation sera nécessaire, elle peut correspondre à un diplôme universitaire, c'est à dire une formation structurée, évaluée, donnant lieu à une certification, et relativement courte. Il faudra alors prévoir un dispositif permettant que les titulaires de tel diplôme soient en mesure de faire tel acte, c'est à dire prévoir un dispositif légal de liaison entre la formation et l'exercice.

Exemples : infirmière en soins spécialisés dans le domaine de l'hémodialyse (de la tabaccologie, de l'alcoologie...).

La pratique avancée : ici les compétences ajoutées sont de nature si différentes qu'elles forment un nouveau métier. La formation, en conséquence doit être longue et donner lieu à diplôme, elle se situe au niveau du master. Les textes officiels seront modifiés pour permettre aux titulaires de ces diplômes de réaliser certaines activités supplémentaires et mettre en œuvre leurs compétences. Il s'agit, à ce niveau, de confier aux professionnels des segments de prise en charge pour les patients, au travers la mise en œuvre de compétences d'évaluation clinique, de diagnostic de situation, de prescription (conseils, éducation, médicaments, examens...) ou de prise de décision concernant l'orientation des patients. Le métier change, plus conceptuel, plus abstrait, il doit d'ailleurs s'en distinguer suffisamment pour que sa plus value soit réelle.

Exemples : infirmière en suivi de patients atteints de cancer, manipulateur d'électroradiologie en dosimétrie, etc.

Dans un souci de cohérence, cette hiérarchisation devra prendre en compte les spécialités existantes dans le métier infirmier, ainsi que le métier de cadre de santé, qui seront alors repositionnés soit en M1 (première année de master), soit en M2.

IV.6. Sélectionner des métiers à partir des besoins dans les différents grands domaines de la santé

Des domaines dans lesquels les besoins se font sentir et qui correspondent à une évolution possible pour les métiers paramédicaux seront choisis.

Ces domaines seront fixés en tenant compte d'une part des besoins de santé de la population et de l'état de l'offre de soins, mais aussi des projets déjà connus de formalisation des formations.

A ce jour pourraient faire l'objet de master menant à de nouveaux métiers accessibles aux infirmiers :

- Suivi de personnes atteintes de pathologie chroniques : diabète, pathologies neurologiques, maladies rénale, pathologies cardiaques, pathologies respiratoires.
- Suivi de personnes atteintes de cancer
- Suivi de personnes atteintes de pathologies psychiatriques
- Suivi de personnes âgées ou atteintes de pathologies dégénératives
- Suivi d'enfants pour des pathologies spécifiques, prématurés (niveau M2, après puéricultrice)
- Accueil, soins et orientation de personnes en situation d'urgence
- Assistance chirurgicale (niveau M2, après diplôme d'infirmier de bloc opératoire)

- Accueil, soin et orientation en situation de première consultation

Pour certains de ces domaines des travaux existent déjà (cf. annexes)

Pourraient faire l'objet de master accessibles aux manipulateurs d'électroradiologie médicale :

- Référent en traitement d'images, administrateur de réseau
- Manipulateur en dosimétrie et radiothérapie
- Référent qualité et sécurité (radioprotection, matériovigilance et contrôle qualité)
- Manipulateur en échographie
- Manipulateur en physique et technologie des rayonnements

D'autres métiers paramédicaux sont concernés par cette évolution. Ces listes sont indicatives, elles ne doivent pas être figées, elles devront s'adapter aux demandes.

Dans tous les cas de figure, ces choix devront se faire en liaison avec les médecins et les paramédicaux des domaines concernés. Les effets attendus seront mesurés, ainsi que les modalités concrètes de mise en œuvre anticipées.

Pour rendre efficace l'ensemble du dispositif, il sera préférable de commencer rapidement dans des domaines bien ciblés : maladies chroniques par exemple, et évaluer les projets au fur et à mesure de leur développement.

La formation étant déjà mise en place dans d'autres pays, l'envoi de quelques professionnels pour des domaines identiques pourrait enrichir l'ensemble du dispositif. A partir de là, des pratiques avancées peuvent aussi prendre corps dans le domaine des spécialités actuelles (voir annexe).

IV.7. Construire des parcours professionnels visibles

La notion de parcours professionnel, dans une logique de formation tout au long de la vie, fait référence aux personnes qui suivent ces parcours, mais aussi aux institutions qui les prévoient et les balisent.

Passer des compétences d'un diplôme de base, à une « pratique avancée » requiert un cheminement, plus ou moins long qui doit être accessible à des personnes présentant des aptitudes spécifiques, reconnues comme potentiellement compétentes, et motivées. La question de la fixation ou non d'une durée obligatoire de pratique professionnelle devra être posée.

L'élaboration des référentiels de compétences comportant différents niveaux de maîtrise aidera au repérage des personnes qui pourront prétendre à une pratique confirmée. Elles pourront alors être placées sur des « expertises ciblées » et /ou envisager pour la suite de leur carrière une « pratique avancée », c'est à dire se perfectionner dans leur domaine : la clinique. Ainsi la carrière des paramédicaux pourra s'ouvrir à une troisième voie en sus de l'encadrement ou de l'enseignement.

Ces parcours, y compris de formation continue (dont les DU ou DIU), doivent être valorisés au sein des institutions. En effet, l'accumulation d'expériences et l'addition de formations continues peuvent raccourcir la durée d'obtention d'un diplôme de plus haut niveau, soit en présentant un dossier de validation des acquis de l'expérience (VAE), soit en demandant à bénéficier de dispenses de certains contenus d'enseignement (VAP).

Au sein des institutions, les parcours professionnels seront établis dans une logique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. L'intérêt des employeurs, comme celui des professionnels, est de bien connaître, au sein des institutions, les besoins en compétences à moyen et long terme afin de financer des formations « utiles ».

La gestion de la santé dépassant largement les murs de l'hôpital, il sera nécessaire de prévoir, en région, les besoins de compétences en matière de santé afin de prévoir les formations de personnel en relation. Le rôle des Conseils Régionaux à cet égard est important, et ils seront informés et sollicités dans ce sens.

L'ouverture vers des formations de niveau masters est une opportunité pour les professions paramédicales qui pourraient avoir accès ensuite à des masters de recherche et à des doctorats créant ainsi des véritables filières développant la recherche en soins, et fournissant des corps d'enseignants.

IV.8. Organiser la collaboration entre le corps médical et les équipes paramédicales

Le positionnement de nouveaux métiers au sein de groupes sociaux dont les modalités de fonctionnement sont connues, hiérarchisées, voire ritualisées de manière assez rigide, ne peut s'opérer sans une vraie anticipation.

La question se posera peu pour les professionnels ayant à se centrer sur des soins « spécialisés » qui apparaîtront alors comme des référents d'une technique ou d'une ressource précise, et qui s'inséreront dans des rapports professionnels et au sein d'une hiérarchie qui pourront demeurer quasi identiques.

A contrario, l'introduction de métiers de niveau master sur des segments complets d'activité, réclame de penser un repositionnement des acteurs. La formation, en élevant le niveau d'abstraction, donc de compréhension, d'analyse, de possibilité de décision, produira chez les professionnels des rapports de travail certainement différents.

L'introduction d'un nouveau métier dans une équipe relève d'un vrai « projet », il est donc nécessaire qu'il s'insère dans une réflexion collective de l'équipe tant médicale que paramédicale.

Issus des métiers paramédicaux, les personnes devront à la fois s'en inspirer et s'en détacher, c'est à dire garder un regard « soignant », tout en réalisant une fonction différente qui tout à la fois pose de la distance et rapproche, apprentissage pour la personne et pour les équipes.

L'activité globale de l'unité de soins sera sans doute modifiée, toutes les expériences montrant que des activités non encore réalisées ou insuffisamment réalisées prennent alors de l'importance. Il sera important de s'y préparer, et de mesurer, autant que possible, l'ensemble des effets ou des impacts de ces changements.

Les métiers de « pratique avancée » sont des métiers paramédicaux, et sont à cet égard sous la responsabilité du médecin. Au delà de ce principe juridique à rappeler, aucun professionnel de ce type ne peut être positionné de manière isolée. Il est nécessaire que les liens hiérarchiques et fonctionnels soient clarifiés avant toute introduction dans une institution, faute de voir échouer le projet.

Légalement, les personnes seront, par textes, autorisés à faire certains actes ou groupe d'actes, soit de manière autonome soit sur prescription médicale.

Hiérarchiquement, elles seront placées dans les établissements sous la responsabilité du directeur de soins et donc du directeur de l'établissement, comme le sont tous les paramédicaux. Dans l'unité ou le pôle, selon son positionnement la personne dépendra du cadre de santé d'unité ou de pôle. Son rôle sera présenté et discuté en équipe.

Fonctionnellement, les personnes travailleront sous la responsabilité d'exercice du médecin, comme les paramédicaux actuellement dans les unités de soins. Mais au delà, un mode d'organisation spécifique doit s'instaurer entre le chef de service ou de pôle et le professionnel en « pratique avancée ». C'est au travers de liens privilégiés entre les médecins et ce nouveau type de professionnel que le rôle pourra prendre toute sa dimension.

Des objectifs clairs devront être fixés au professionnel dès le début de sa prise de fonction, le cadre de ses interventions sera établi, son autonomie et les limites de celle-ci posées. Des indicateurs de suivi de son travail seront mis en place afin que des évaluations régulières puissent être faites dans la clarté. Son rôle, tant auprès des patients qu'auprès des équipes devra être pensé et débattu avec lui.

La mission sera présentée de manière officielle dans l'établissement : CME, Commission des soins, etc. Surtout au début, il est nécessaire qu'un minimum d'adhésion existe avant que les premières évaluations n'apportent de l'objectivité.

Un retour sera fait dans les rapports d'activité des institutions.

IV.9. Prévoir le financement des nouvelles compétences

Outre le financement de la mise en place de l'ensemble de la démarche (réunions, temps de travail...), trois types de financement sont à prévoir : celui de la formation des professionnels, celui des salaires des personnes, celui des actes ou des activités et de leur remboursement par la sécurité sociale.

La formation devra être financée dans le cadre de la réglementation actuelle sur la formation continue. Dans le secteur public, l'ANFH devenu « organisme paritaire agréé » (OPCA) devra être sollicitée sur le plan national et par les institutions au travers les plans de formation.

Par ailleurs, afin que les autres établissements, ou le secteur privé ne soient pas exclus du système, toutes les OPCA seront consultés afin de trouver des modalités de partenariats.

Des engagements de servir seront mis en place pour les personnes dont la formation sera financée. Les professionnels souhaitant passer des diplômes sans faire la demande de financement par leur employeur pourront le faire en finançant leur formation.

Par ailleurs, l'introduction de métiers nouveaux demande de modifier les statuts particuliers de la fonction publique hospitalière. Les nouveaux métiers devront être positionnés sur les grilles salariales. Dans le secteur privé, les conventions collectives devront prendre en compte des éléments nouveaux de salaire.

Une étude de ce point particulier, comportant des évaluations sur le nombre éventuel de personnes touchées par ces nouveaux métiers, devra être réalisée par les services du ministère chargé de la santé.

La question du coût et du financement des actes ou des activités en vue du remboursement sécurité sociale ou en vue de comptabilité hospitalière sera prévue.

Des études sur l'impact économique des changements devront être mises en place.

IV.10. Mettre en place un système d'évaluation du dispositif

Un système d'évaluation de l'ensemble de la démarche devra être proposée par la Haute Autorité de Santé. Il devra être formalisé dès le début, et prévoir des délais dans l'obtention des résultats.

Il s'agira de mesurer les moyens déployés, les résultats obtenus et le respect des étapes du processus choisi pour la mise en place.

Cette évaluation comportera un volet quantitatif : nombre d'actes dont la réalisation a été modifiée, nombre de métiers touchés par une redistribution des activités, nombre de nouveaux métiers et % de professionnels par rapport aux métiers dont ils sont issus, étude de coûts, etc.

Et un volet qualitatif qui devra se pencher sur l'analyse des processus mis en œuvre et sur les résultats obtenus dans une vision élargie de la réponse fournie aux personnes en demande de santé ou de soins.

Il s'agira de mesurer si l'apport de nouveaux professionnels dans l'offre de soins permet d'améliorer la prise en charge des personnes, et en quoi. Devront être mesurés, non seulement les résultats médicaux à partir de l'analyse des paramètres de l'état de santé des personnes, mais aussi les résultats en terme d'information au patient, d'orientation de la clientèle, de diminution des taux de rechutes ou de ré hospitalisation, etc., et enfin les résultats en organisation du travail dans les équipes : diminution des files d'attente, recadrage de l'utilisation des temps médicaux et soignants, motivation des équipes, etc.

Des indicateurs généraux seront proposés pour l'ensemble des métiers, puis des indicateurs spécifiques aux métiers, aux lieux ou aux conditions d'interventions seront ajoutés.

Les informations seront suivies, recueillies et analysées par la HAS qui en fera une synthèse annuelle qu'elle publiera et mettra à disposition sur son site.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le mouvement qui s'opère en France sur l'évolution des métiers dans le champ de la santé est inéluctable.

Les professions de santé sont encore, en France, scindées en deux parts très distinctes : le corps médical dont les études durent plus de dix ans, et dont la formation se place dans un champ scientifique, et les paramédicaux dont la formation dure trois ans sur des domaines plus techniques¹⁰⁰.

L'analyse des facteurs d'évolution impactant les activités dans le domaine de la santé et donc des professions qui les mettent en œuvre met l'accent sur la nécessité de réorganiser l'articulation des différentes professions médicales et paramédicales.

L'évolution des connaissances et des technologies, leur mise à disposition par des moyens nouveaux d'une part, et la modification des besoins de santé de la population et de la demande des personnes d'autre part, ouvrent la voie à des professionnels capables d'allier une pratique quotidienne de suivi des patients avec une connaissance plus élaborée que celle des paramédicaux aujourd'hui.

Les responsables de la santé, qu'ils soient médecins, paramédicaux, directeurs d'établissements, administratifs ou politiques ont pris conscience que le système et la dynamique de répartition des activités entre les professionnels de santé est à un tournant de son histoire.

La réglementation de l'exercice des professions de santé a fixé, en vue de la protection des citoyens et des professionnels, des normes dont le sens demeure, mais dont la forme freine l'évolution des modalités de prise en charge des personnes soignées.

Les modalités de formation des paramédicaux sont fixées dans des structures et par des réglementations qui ne favorisent pas toujours le désir de progresser des individus et la volonté de coopérer dans les équipes.

Il s'agit, dans une société de contrainte économique, de recentrer chaque professionnel sur son cœur de métier, et d'utiliser au mieux les compétences des personnes.

Ce mouvement de restructuration doit être accompagné dans le souci de maintenir dans notre pays une qualité de soins au service de chacun des citoyens.

L'évolution démographique française mérite de prendre des orientations rapidement dans le domaine de la réorganisation de l'offre de soins, notamment au travers de l'évolution des compétences des personnels et de leur affectation à des activités de nature à maintenir la qualité de la santé de la population française.

Parmi les professions les plus concernées par l'évolution quantitative et qualitative de la demande de soins sont celles de la filière infirmière et celle de manipulateur d'électroradiologie médicale, dans un premier temps.

Les propositions sur lesquelles le groupe de travail s'est arrêté sur la mise en place de nouveaux métiers peuvent être examinées, et mise en œuvre dès maintenant s'il existe une volonté politique nationale.

¹⁰⁰ Deux exceptions cependant : les sages femmes et les conseillers en génétique

Un cadre national doit être établi en relation avec l'ensemble de partenaires professionnels. Une progression dans la montée en charge s'impose dans un cadre à la fois rigoureux et ouvert.

Ces mesures sont à prendre en considération dans l'ensemble des défis posés à la santé publique en France dans les prochaines années.

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Les membres du groupe de travail

Monsieur le professeur Yvon BERLAND, président d'université, Aix Marseille

Madame Galadriel BONNEL, nurse practitioner, doctorante en santé publique, université Aix-Marseille

Madame Mercédès CHABOISSIER, chargée de mission Centre Régional pour l'Information CRIPP / ARHIF-DRASSIF-CRIF

Madame Marie-Ange COUDRAY, conseillère pédagogique nationale, DHOS, Paris

Monsieur Jean Marc GRANGER, directeur IFMER, HCL

Madame Ljiliana JOVIC, directeur de soins, conseillère technique régionale, DRASSIF

Madame Marie-Thérèse RAPIAU, ingénieur de recherche CNRS

Madame Régine TEULLIER, chercheur, CNRS PREG CRG PARIS

Madame Emmanuelle QUILLET, directeur d'hôpital, Rambouillet

Monsieur le professeur Denis VITAL-DURAND, praticien hospitalier, CH Lyon Sud

Personnes contactées

Monsieur Richard BARTHES, directeur d'hôpital, chargé de projet, DHOS

Monsieur Guy BOUDET, chef de bureau, DHOS

Madame Marie-Claude DAYDE, infirmière libérale, membre de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Toulouse

Monsieur Christophe DEBOUT, Infirmier anesthésiste, cadre de santé, clinicien, formateur à ISIS.

Madame Pascale DIELENSEGER, cadre infirmier de recherche clinique, présidente de l'association française des infirmiers de cancérologie

Madame Alexandra FOURCADE, chargée de mission, DHOS

Monsieur GILIBERT, directeur ANFH

Monsieur Laurent GRAVELAINE, directeur d'hôpital, ANFH

Madame Fabienne KARWOWSKI-SOULIE, cadre de santé, AP-HP

Monsieur Jean-Michel LANCIEN, directeur IFCS Montsouris

Monsieur Dominique LETOURNEAU, directeur général, fondation de l'Avenir

Madame Annick PERRIN-NIQUET, cadre de santé,

Madame Mireille SAINT ETIENNE, cadre clinicienne, formatrice IFCS Centre hospitalier Sainte Anne

Madame Annick SAILLAND, directrice des soins, école de puériculture, CH Saint Denis

Madame Madrean SCHOBBER, nurse practitioner, USA

Madame Chantal THINLOT, cadre infirmier, responsable pédagogique EFEC

Annexe 2 : Eléments de sémantique

Tâche

Opération élémentaire réalisée dans le cadre d'un acte. Découpage qui donne à ce mot une connotation restrictive, voire péjorative. On parle de tâche répétitive, la tâche se situe davantage du côté de l'exécution que de la réflexion.

Acte de soin

Résultat d'une action faite en vue de soigner.

Intervention reconnue légalement qu'un soignant accomplit dans le cadre de son exercice.

Les actes des auxiliaires médicaux se font en dérogation à l'exercice illégal de la médecine dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie de médecine (article L 4161-1 du CSP).

L'acte engage la responsabilité de celui qui le décide et de celui qui le réalise.

Activité

Premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé. Une activité comporte plusieurs actions ou actes. L'activité renvoie au travail réel. Les activités peuvent être regroupées en grand domaine d'activités en fonction de leur organisation ou de leur but, elles mobilisent des compétences déterminées.

Délégation

Décision par laquelle l'Etat autorise un délégant (médecin) à confier à un délégué (auxiliaire médical) de réaliser des actes de soins.

La délégation comprend l'idée de contrôle. La responsabilité du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué est engagée dans la réalisation de l'acte.

L'Etat organise la délégation à travers les décrets d'exercice des paramédicaux.

Ainsi, des actes de soins faits sur prescription médicale dans le champ du rôle « prescrit » de l'infirmier : réalisation d'une injection, la décision revient au médecin, l'acte à l'infirmier (Art. R4311-6 à R4311-14 du CSP). Ainsi, autre exemple, de l'acte de radiologie : la décision et l'interprétation reviennent au radiologue, la réalisation de l'acte au manipulateur d'électroradiologie médicale (Art. R 4351-2 à R4351-6 du CSP).

Compétence

Maîtrise d'un savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée et requérant des connaissances et des savoir-faire. Capacité du professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. La compétence est toujours observable, mesurable, et sujette à apprentissage. Elle peut être spécifique à un métier ou transversale à plusieurs métiers. La compétence renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède.

Transfert de compétences

Décision prise par l'Etat, qui vise à confier des activités dans leur totalité à une catégorie de professionnels qui doivent de ce fait acquérir en propre les compétences visant à leur réalisation.

Le domaine de compétences ainsi transféré est totalement de la responsabilité de la personne qui en reçoit la charge.

La compétence (connaissance et savoir faire) appartient en propre à l'individu, un « domaine de compétence » transféré doit donc conduire celui qui le reçoit à développer sa propre compétence dans le domaine.

Ainsi, par exemple, des actes de soins faits par les infirmiers dans le cadre de leur rôle « propre » où ils sont autonomes (Art.R 4311-5 du CAP).

Coopération

Organisation d'un travail en commun. Volonté de mener une action commune, en tenant compte de l'ensemble des participants, c'est à dire de leur champ spécifique de compétences et de responsabilité juridiquement défini.

Infirmière experte en France

Infirmière considérée comme « *personne ressource, ou personne experte* » et placée dans une position particulière soit sur des missions médico-techniques, soit sur des missions touchant à son rôle propre. Dans cette catégorie, on pourrait placer les infirmiers stomathérapeutes, les infirmiers dans les services d'exploration fonctionnelle ou auprès de patients spécifiques : maladies rares, etc.

Ces infirmiers développent des savoirs spécifiques techniques, d'une profondeur importante, sur un champ « étroit » et se servent de leurs savoirs de base d'infirmier pour tout ce qui concerne le suivi de la personne soignée.

La question de l'expertise a longtemps été débattue en France (voir les doc officiels...), mais à ce jour aucune définition ni reconnaissance officielle n'existe.

Infirmière de pratique avancée

« La pratique infirmière avancée (PIA) est une expression globale. Elle décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi pour répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (particulier, familles, groupes ; populations ou collectivités au complet). La PIA repousse ainsi les frontières du champ de l'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier et à l'épanouissement et au progrès de la profession ».

Association des infirmières du Canada, la pratique avancée, cadre national, avril 2002.

« Infirmière diplômée ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décisions complexes et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique pour lequel elle sera accréditée ».

Comité International des Infirmières (I.C.N.), 2002

La pratique avancée s'inscrit dans le champ complet de la pratique infirmière

C'est l'application d'un savoir infirmier avancé qui fait la nature du métier, et non l'ajout de fonctions d'autres professions.

Infirmière clinicienne

Cette dénomination n'est pas officialisée en France, contrairement à d'autres pays. Il s'agit, cependant, du premier niveau d'enrichissement de la pratique infirmière. Les infirmières cliniciennes ont reçu une formation d'une quarantaine de jours environ dans des centres privés.

L'infirmière clinicienne se situe comme un agent de changement, et un expert clinique. Elle exerce toutes les activités de l'infirmière en soins généraux mais ses compétences plus développées lui permettent de les exercer en directions de situations plus complexes ou en aide aux équipes de soins.

Elle évalue des problèmes complexes de soins et intervient en conséquence, établit un diagnostic infirmier, utilise un savoir plus développé en terme de relation au patient, toucher, analyse de situation, prise en compte des contextes de vie... Elle peut être consultée afin de partager ses connaissances avec les autres professionnels de la santé, aider à la réflexion et à la décision, exercer un pouvoir d'avis ou de recommandation, aider à l'élaboration ou à la révision de protocoles et d'itinéraires cliniques, participer à différents comités. Elle exerce un certain leadership en vue d'être un agent de changement.

Elle peut, en sus, exercer conjointement ou non les fonctions suivantes: expert clinique dans un domaine de spécialisation, enseignante, conseillère-consultante, chercheur, leadership clinique.

Infirmière spécialiste clinique

Cette expression n'est pas officialisée en France. L'infirmière spécialiste clinique a suivi une formation de niveau supérieur, au delà et en complément de celle d'infirmière clinicienne, lui permettant de développer des compétences cliniques approfondies dans un domaine spécifique (gériatrie, maladie chronique, situation de crise...).

Elle intervient de façon autonome auprès des patients ou des familles sur demande des équipes, ou en élaborant des programmes ou des stratégies de mis en place de soins et en les évaluant. Elle contribue à la formation continue des professionnels par son action sur le terrain, et le cas échéant, sur des lieux spécifiques de formation Des personnes « ressources » ou « expertes » peuvent devenir des cliniciens ou des spécialistes cliniques à partir du moment où elles reçu ont une formation relativement longue, élargi leur champ d'expertise et où elles ont développé un savoir en cohérence avec leur savoir de base professionnel qui prend en compte l'ensemble du métier et non seulement une partie de celui-ci. Plus les savoirs sont proches de la seule technique et ne prennent en compte que des actes ciblés et répétitifs, plus les personnes seront des experts du domaine, mais non des cliniciens au sens développé ici, à l'inverse plus les savoirs s'enrichissent sur la base de l'ensemble des concepts utiles pour prendre soin des personnes, plus elles pourront entrer dans la catégorie « clinicien ».

Infirmière spécialisée

Correspond en France aux trois spécialités officielles : bloc opératoire, puériculture et anesthésie.

Il s'agit d'une pratique concentrée sur un aspect particulier de la profession d'infirmière : /âge du client (pédiatrie), situation de soin (blocs et anesthésie). La France a arrêté il y a longtemps (1971, bloc opératoire, suppression de la dermatologie et de l'EEG) la distinction de ces professions pour ne pas poursuivre la répartition des activités type 'tuyau d'orgue dont on voit actuellement les limites, et ne pas fixer les personnes dans des postes définitifs toute leur carrière.

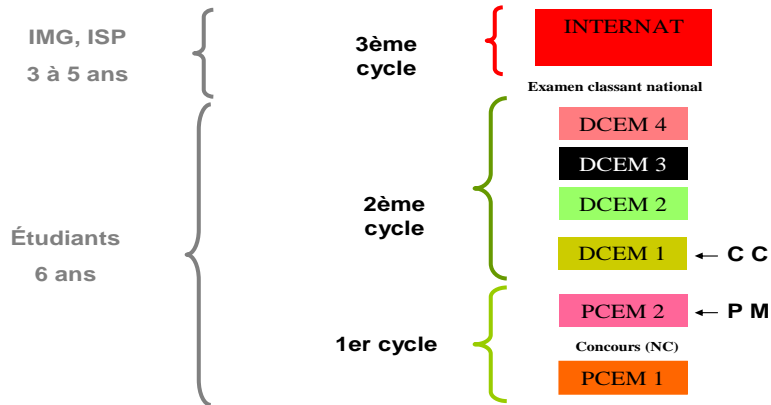
Pratique en collaboration

« La pratique en collaboration est un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet aux connaissances et aux aptitudes distinctes et partagées des fournisseurs de soins de santé d'influencer de façon synergique les soins prodigués au patient ou au client ».

FIPCCP, santé Canada, tiré Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens, Ottawa, 2006

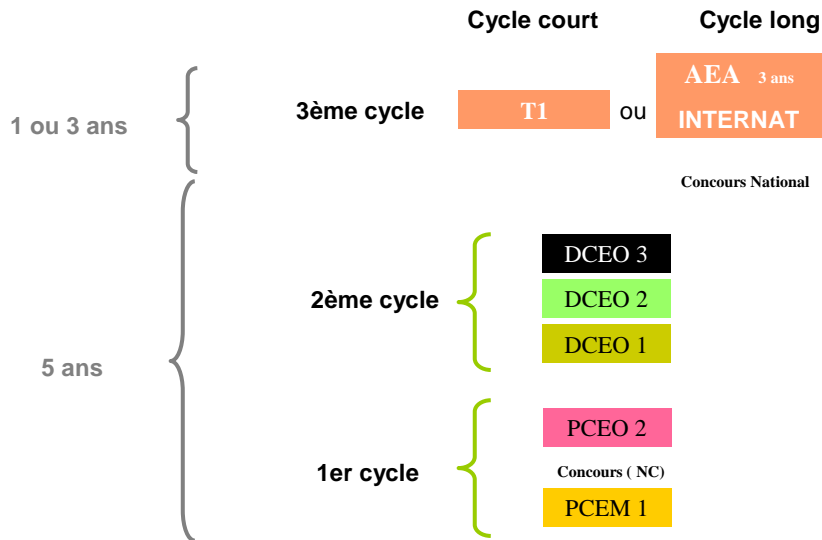
Annexe 3 : Formation médecins, odontologistes, pharmaciens

Figure 2 : Les études de médecine



PCEM : premier cycle des études médicales
DCEM : deuxième cycle des études médicales
NC : *numerus clausus*
PM : accès pour les paramédicaux
IMG : internes de médecine générale
ISP : internes spécialistes

Figure 3 : Les études d'odontologie



PCEM : premier cycle des études d'odontologie

DCEM : deuxième cycle des études d'odontologie

NC : *numerus clausus*

Figure 4 : Les études de sages-femmes

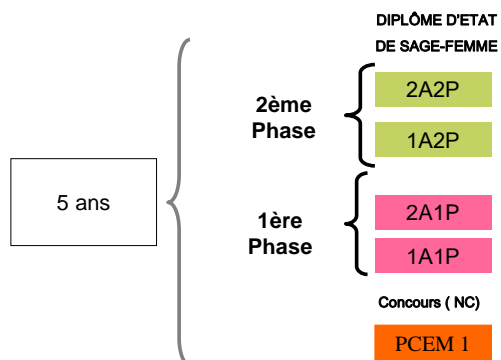
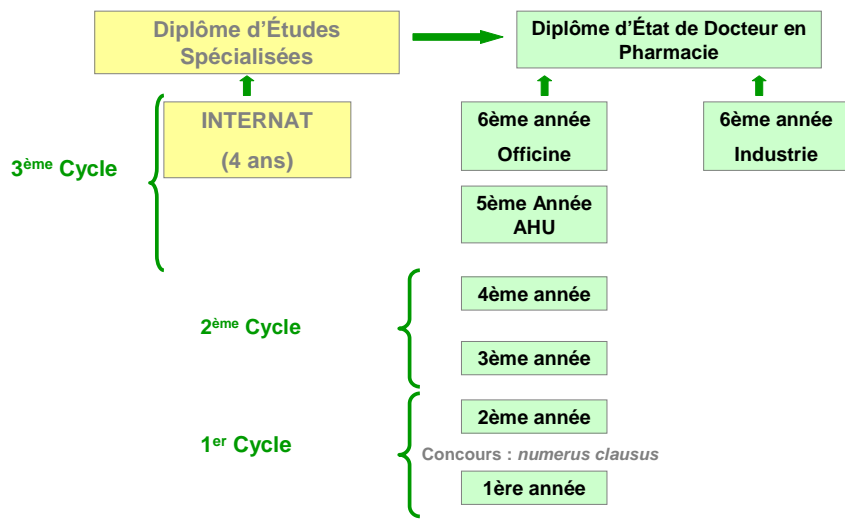


Figure 5 : Les études de pharmacie



Annexe 4 : Etude comparative exercice et recherche

Tableau 1 : Eléments pouvant influencer le développement de la recherche dans les domaines du soin pour les infirmiers. Etude comparative (Source : Fabienne KARWOWSKI-SOULIE).

Pays	Pratiques cliniques avancées	Publications en recherche, en soins ou/et membre du WENR	Existence d'un savoir scientifique reconnu	Définition juridique des actes réalisés par les infirmiers
France	Existence de cadres experts mais sans équivalence avec l'IDE praticienne.	Faibles publications	Non	Existence d'un décret d'actes détaillés
Italie		WERN	Non renseigné	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers (abandon en 1991) Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Allemagne		WERN	Non renseigné	Pas de texte spécifique aux actes
Pays Bas	Existence d'infirmières praticiennes Expérience d'extension des tâches de soins primaires	WERN		Pas de texte spécifique aux actes infirmiers Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Finlande	Oui, infirmières praticiennes qui ont une qualification dans les soins préventifs et la promotion de la santé. (effectuent des visites à domicile ; santé scolaires, sont responsables de la santé scolaire et de la médecine du travail)	WERN		Pas de texte spécifique aux actes infirmiers Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications
Suède		WERN		Pas de texte spécifique aux actes infirmiers (abandon progressif) Définitions par champ de responsabilités en fonction des qualifications
Québec et Ontario	Oui Existence d'infirmières praticiennes et cliniciennes	Oui	Oui	Textes en rapport aux actes réalisés par l'ensemble des professionnels (non spécifiques aux actes infirmiers) définissant des champs exclusifs et communs.
Royaume-Uni	Oui Existence d'infirmières praticiennes et cliniciennes	Oui de Politique de diffusion efficace WERN	Oui, existence de nursing reseach units	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers Cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications

Tableau 2 : Eléments pouvant influencer le développement de la recherche dans les domaines du soin pour les infirmiers. Etude comparative (Source : Fabienne KARWOWSKI-SOULIE).

Pays	Droit de prescription de médicaments	Autonomie de la profession	Structures favorisant la collaboration infirmiers/médecins
France	Non	Autonomie dans le rôle propre	Non
Italie	Non	Peu d'autonomie	Non, encouragement par le gouvernement (expériences régionales de suivi de patients diabétiques)
Allemagne	Non	Professionnalisation des IDE dans le secteur de la dépendance au sein des services communautaires gérés par des IDE. (part d'autonomie)	Non. Présence d'Assistants Médicales Souhaitée par le gouvernement depuis la création des centres d'activité médicale. Infirmières présentes dans les soins à domicile
Pays Bas	Non		Faible collaboration avec IDE car existence d'Assistants Médicales effectuant le même type de tâches (médicales, techniques et administratives). Expérience Nationale
Finlande	Non, discussions en cours	Oui, mais relative : pénurie de médecins. L'IDE effectue donc les tâches relevant habituellement du médecin.	Oui. Les infirmières sont en première lignes dans les centres e santé pluridisciplinaires (promotion de la santé, prévention, diagnostic, curatif, palliatif, réadaptation)
Suède	Oui, depuis 1994. droit de prescription dans 15 catégories de médicaments.		
Québec et Ontario	Oui pour les IDE praticiennes et cliniciennes. Responsabilités étendues conformément au cadre législatif en vigueur.	Oui	Infirmières présentes mais la collaboration est Inégale. Rôle d'auxiliaire du médecin dans les Centres locaux de Services communautaires. Développement de Groupes de Médecine de Famille depuis 2000 : collaboration entre médecins et IDE clinicienne et praticiennes aux compétences étendues (activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, suivis systématiques des soins infirmiers des clientèles vulnérables
Royaume Uni	Oui depuis 1990 pour les Infirmières qualifiées (formation complémentaire). Depuis 2004 droit de prescription de 180 produits.	Oui mais relative du fait de l'absence de reconnaissance juridique des infirmières praticiennes.	IDE très implantées dans les soins primaires. Collaboration en plein essor grâce à une politique dynamique de délégation de responsabilité financière aux généralistes. Présence d'IDE qualifiées dans le domaine de la promotion de la santé ou de suivi des patients atteints de maladie chronique.

Annexe 5 : Maladies chroniques

L'OMS a fait de ce sujet une priorité mondiale¹⁰¹. En France, le plan « amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques » s'étend de 2007 à 2011¹⁰².

Les maladies chroniques, listées dans le "plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques"¹⁰³ avec une estimation des personnes touchées sont :

Diabète : 2,5 millions de personnes

Bronchite chronique : 3 millions

Asthme : 3,5 millions

Psychose : 890 000 millions

Polyarthrite rhumatoïde : 300 000

Maladie de Parkinson : 100 000

Insuffisance rénale chronique : 2,5 millions

SIDA : 30 000

Maladies dites rares (drépanocytose, sclérose latérale amyotrophique, mucoviscidose, myopathies, leucodystrophies) 3 millions

Maladie de Alzheimer : 900 000

Epilepsie : 500 000

Cancer : 700 000

Sclérose en plaque : 50 000

Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique : 100 000

Le plan aborde la question de l'émergence de nouveaux métiers dans la mesure 7 : « reconnaître de nouveaux acteurs de prévention ». Il propose, en lien avec l'évaluation réalisée par la HAS, de modifier les décrets d'exercice permettant la réalisation d'actes de prévention et d'éducation du patient. Il focalise sa proposition sur le « remboursement par l'assurance maladie des soins podologiques relatifs à la prévention du pied diabétique » 150 millions d'Euros sont consacrés à cette mesure.

Par ailleurs, d'autres mesures sont en lien direct avec le travail des paramédicaux, même s'ils ne sont pas toujours cités.

Mesure 3 : « impliquer patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants », avec création de groupes d'échanges entre soignants et soignés, soutien de la formation aux aidants.

Mesure 4 : « intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient », dans le texte on voit que cette mesure touche l'ensemble des acteurs de santé

¹⁰¹ Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques, OMS octobre 2005.

¹⁰² DGS, plan « améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » présenté le 24 avril 2007.

¹⁰³ Plan présenté le 24 avril 2007 à la presse par le ministre de la santé

Mesure 5 : « *rémunérer l'activité éducative du patient à l'hôpital et en ville* », ceci correspond en effet à une revendication de l'ensemble des soignants qui jusqu'à ce jour ne peuvent « comptabiliser » ce type de prestation, 16,5 millions d'Euro y sont consacrés.

Mesure 6 : « *mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants* », on peut penser que ces outils seront aussi utiles aux paramédicaux

Mesure 8 : « *développer un accompagnement personnalisé des malades* », en introduisant de la coordination médicale et médico-sociale, et en développant « de nouveaux métiers pour le suivi et l'accompagnement des maladies chroniques »

Mesure 9 : « *permettre aux aidants de pratiquer certains gestes techniques indispensables à la vie quotidienne des malades* », il s'agit de donner le droit aux aidants de réaliser certains gestes techniques indispensables à la vie quotidienne de certains malades. Cette proposition, déjà inscrite dans la loi, touche aussi le travail des infirmiers puisqu'il faudra former ces personnes et contrôler leurs pratiques.

Annexe 6 : La pratique infirmière avancée aux Etats Unis

Aux Etats-Unis, deux branches professionnelles sont à distinguer : les « Physician Assistant », qui ne sont pas infirmiers, et les « Advanced Practice Nurse (APN) » qui sont les infirmiers réalisant des pratiques supplémentaires à celles de l'infirmier de base.

A- Définitions et rôle

*Physician Assistant (PAs)*¹⁰⁴

Personnel, non infirmier, qui remplit des fonctions similaires à la « Nurse Practitioner » mais sans posséder le diplôme infirmier. Historiquement mis en place par le corps médical pour les aider dans leurs fonctions et dans un contexte d'opposition à la création des infirmières praticiennes.

Ce personnel est sous la responsabilité des médecins avec un degré d'autonomie modéré.

*Advanced Practice Nurse (APN)*¹⁰⁵

Ce terme, infirmière de pratique avancée, désigne toutes les infirmières qui ont reçu une formation et obtenu un diplôme supplémentaire. C'est à dire autant les infirmières spécialistes cliniques (Clinical Nurse Specialist), les infirmières praticiennes (Nurse Practitioner) que les infirmières spécialisées et les sages-femmes.

Il s'agit d'une : « infirmière diplômée ayant répondu à des exigences avancées en terme d'éducation et de pratique clinique au delà des deux à quatre années de l'éducation de base en soins exigée de toutes les infirmières¹⁰⁶ »

*Clinical Nurse Specialist (CNS)*¹⁰⁷

Se situe comme un agent de changement, et un expert clinique.

Elle exerce toutes les activités de l'infirmière mais ses compétences plus développées lui permettent de les exercer en directions de situations plus complexes ou en aide aux équipes de soins. Elle peut exercer conjointement ou non les fonctions suivantes: expert clinique dans un domaine de spécialisation, enseignante, conseillère-consultante, chercheur, manager.

Elle évalue des problèmes complexes de soins et intervient en conséquence, établit un diagnostic infirmier, utilise un savoir plus développé en terme de relation au patient, toucher, analyse de situation, prise en compte des contextes de vie... Elle peut être consultée afin de partager ses connaissances avec les autres professionnels de la santé, aider à la réflexion et à la décision, exercer un pouvoir d'avis ou de recommandation, aider à l'élaboration ou à la révision de protocoles et d'itinéraires cliniques, participer à différents comités. Elle exerce un certain leadership en vue d'être un agent de changement.

*Nurse Practitioner (NPs)*¹⁰⁸

¹⁰⁴ Assistant médical

¹⁰⁵ Infirmière de pratique avancée

¹⁰⁶ American Nurses Association. 1993. Nursing facts : Advanced practice nursing : A new age in health care. <http://nursingworld.org/readroom/fsadvprc.htm>. Traduction Galadriel Bonnel

¹⁰⁷ infirmière spécialiste clinique

¹⁰⁸ Infirmière praticienne

Intègre le « Care », le « Cure » et le « Counseling » dans sa pratique.

Elle exerce des activités médicales de diagnostic (anamnèse, examen clinique...), de prescription (examens, médicaments...), d'actes médicaux..., associées à des activités infirmières. Elle contribue aussi à la promotion, l'éducation à la santé, la prévention de la maladie et le conseil auprès des patients. Son champ d'activités peut être le milieu hospitalier (soins intensifs, urgence, hospitalisation, consultation...) ou l'extra hospitalier (crèche, entreprise, école, prison...)

Collaboratrice et coordinatrice médicale, elle peut :

diagnostiquer, traiter des patients aigus dans son domaine d'expertise (soins intensifs, tri aux urgences, chirurgie cardiaque, etc.

diagnostiquer, traiter, assurer le suivi d'un type de patients atteints de maladie chronique (diabète, asthme...)

faire admettre un patient à l'hôpital

coordonner les interventions des paramédicaux

gérer et assurer le suivi de l'itinéraire clinique du patient

informer, conseiller, éduquer le patient et sa famille

en cas de problème particulier, gérer le retour à domicile du patient

rédiger le courrier (suivi médical, assurances...)

assurer le rôle d'assistant opératoire (ex : service de chirurgie vasculaire)

Elle assure le lien entre le patient, la famille, le médecin et les autres professionnels en se préoccupant davantage du contexte de vie du patient que le médecin. Elle apporte stabilité, et cohérence et contribue à la continuité des soins pour les patients.

La satisfaction des patients, des infirmières et des médecins est générale. Tous apprécient ces infirmières considérées comme un relais, un chaînon manquant dans le milieu médical et paramédical.

Elle travaille par exemple en :

Soins de Santé Communautaire (Family Nurse Practitioner). Ces infirmières travaillent dans des écoles, centres d'éducation aux patients, services de consultation en milieu hospitalier, organismes de santé, maisons de repos, prisons, en association avec un médecin ou indépendamment en pratique privée.

Soins aigus (Acute Care Nurse Practitioner). Les unités de Soins intensifs, d'urgences, de néonatalogie sont intéressées par ce secteur.

Soins adultes (Adulte Acute Nurse Practitioner). Les unités de médecine, de chirurgie, ORL, dialyse, chirurgie ambulatoire sont plus particulièrement concernées.

Pédiatrie (Pediatric Nurse Practitioner)

Personnes âgées (Acute Care of the older Adult)

Sage femme (Nurse Midwifery)

Anesthésie (Nurse Anesthetist)

D'autres domaines s'ouvrent à la NP : la douleur, les plaies, la médecine du sport, le cathétérisme cardiaque, la chirurgie plastique.....

Son autonomie professionnelle est importante.

B- Formation

Les trois métiers ci-dessus sont formés au niveau du Master, avec une exigence de diplôme professionnel infirmier pour les deux qui sont en relation avec le métier.

Les infirmiers doivent avoir pour entrer en formation : un bachelor en sciences infirmières et une expérience pratique dans un domaine spécialisé, les non infirmiers un bachelor en sciences.

Annexe 7 : La pratique infirmière avancée au Canada

Les canadiens ont adopté un modèle dualiste ressemblant à celui des USA. Ils appellent l'exercice de ces professionnelles : la pratique infirmière avancée (PIA) et ont divisé en deux les métiers : les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et les infirmières praticiennes (IP). Ces dernières existent au Canada depuis les années 70, mais chaque province et territoire a adopté une formation, un exercice, un enregistrement des professionnels différents.

A- Définitions

La pratique avancée

« La pratique infirmière avancée (PIA) est une expression globale. Elle décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi pour répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (particuliers, familles, groupes ; populations ou collectivités au complet). La PIA repousse ainsi les frontières du champ de l'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier et à l'épanouissement et au progrès de la profession ». Association des infirmières du Canada, la pratique avancée, cadre national, avril 2002.

L'AIC insiste sur un point majeur dans la définition du métier : « c'est l'application d'un savoir infirmier avancé qui détermine si la pratique infirmière est avancée et non l'ajout de fonctions d'autres professions ».

L'infirmière praticienne

« Les infirmières et infirmiers praticiens sont des infirmiers et infirmières de grande expérience ayant reçu une formation avancée, et qui possèdent et savent démontrer des compétences leur permettant de poser des diagnostics, d'ordonner et d'interpréter des tests, de prescrire des médicaments et d'effectuer certaines interventions de façon autonome, conformément à leur champ de pratique établi par la loi. » Les infirmiers et infirmières praticiens, le temps est arrivé, initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens, juin 2006

Les documents publiés¹⁰⁹ formalisent la structuration choisie pour la mise en place des IP au Canada :

Un cadre législatif et réglementaire

Un cadre de pratique pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada

Un cadre de formation pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada

Recommandations pour la planification des ressources humaines

Recommandations pour la communication

Un cadre des compétences de base pour les infirmières et infirmiers praticiens du Canada

L'examen de validation et la pratique et un guide de préparation

Un cadre d'évaluation des compétences

Un cadre de reconnaissance des acquis

¹⁰⁹ Consultable sur le site : www.iciip.ca

Une base de donnée nationale sur la formation

Un répertoire des programmes de formation

Une boîte à outils pour l'implantation de l'évaluation des infirmiers praticiens

Un modèle de simulation de la planification des ressources humaines

Une fois le cadre pancanadien fixé, chaque province ou territoire détermine les modalités de vérification des compétences infirmières. Ainsi, le Nouveau-Brunswick considère que « les infirmières praticiennes (IP) sont des infirmières immatriculées 'II' possédant des connaissances et des compétences avancées. Leur pratique comprend le diagnostic et le traitement de problèmes de santé et le prescription de tests diagnostique et de médicaments.

Toutes les II du nouveau Brunswick sont tenues de satisfaire aux exigences du Programme de maintien de la compétence de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau Brunswick ». Suit un guide d'auto évaluation qui permet à chacune de se situer et de s'inscrire à un programme de formation si nécessaire.

B- Activité et rôle

« Les infirmières et infirmiers praticiens sont des infirmières ou infirmiers ayant reçu une formation avancée et ayant acquis les compétences prescrites pour l'obtention de leur droit d'exercer dans une province ou un territoire donné. Misant sur une approche holistique, fondée sur des faits qui favorisent la promotion de la santé et l'établissement de partenariats, les infirmières et infirmiers praticiens collaborent avec les autres prestataires sans chercher à les remplacer. Exerçant en pratique avancée, les infirmières et infirmiers praticiens savent conjuguer leurs connaissances approfondies en sciences infirmières, leur autonomie et leur droit d'exercer en ordonnant et en interprétant des tests diagnostiques, en prescrivant des médicaments, des appareils médicaux et des thérapies et en effectuant des interventions »

Les infirmiers et infirmières praticiens, le temps est arrivé, initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens, juin 2006

Au Canada ; les infirmières démontrent des compétences leur permettant de :

poser des diagnostics

ordonner et interpréter des tests

prescrire des médicaments

effectuer certaines interventions de façon autonome, conformément à leur champ de pratique établi par la loi.

L'ICIIP a élaboré un modèle conceptuel de la pratique des infirmières et infirmiers au Canada, en fondant la pratique sur la discipline propre à la profession d'infirmière.

En soins primaires, ils travaillent avec les patients et les autres prestataires de soins. Ils sont, à plusieurs endroits la « point d'entrée » du système de santé.

C- Compétences¹¹⁰

Les IP doivent posséder des compétences particulières en matière de gestion du changement, de recherche, de leadership, de collaboration et d'aptitudes cliniques.

¹¹⁰ Cadre des compétences de base de infirmières et infirmiers praticiens du Canada, Association des infirmières et infirmiers du Canada, janvier 2005

Les compétences décrites sont précises et approfondies. Les IP sont capables d'évaluer un état de santé et poser un diagnostic de maladie, d'affection et de problème de santé. Elles ordonnent des tests et des explorations et les interprètent, elles choisissent des options de traitement, négocient les plans de soins avec les clients, elles participent à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, des blessures et des complications.

La validité des compétences est revue périodiquement.

Un examen qualifiant est mis en place : examen canadien des infirmières et infirmiers praticiens (ECIIP)

D- Formation

Au vu du retard, l'ICIIP recommande que d'ici 2010 le diplôme décerné soit une maîtrise, et propose des chemins de validation de l'expérience et des formations acquises.

Les formateurs devront pratiquer la clinique et être titulaire d'un niveau de doctorat. Mais comme bien peu d'enseignants infirmier possèdent de telles qualifications, on recommande une certaine souplesse dans un premier temps. Des heures de pratique en clinique supervisée sont obligatoires. Le rôle des percepteurs cliniques est important dans la formation, l'exigence de formation clinique est de 700 heures.

Annexe 8 : Pratique infirmière avancée au Québec

Au Québec, la loi sur les infirmières et infirmiers votée en 2002, entrée en vigueur le 30 janvier 2003, liste les 14 activités réservées aux infirmières et infirmiers et y ajoute dans son article 36.1 un paragraphe : « l'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlement pris en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (chapitre M-9) et du paragraphe f de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale :

prescrire des examens diagnostiques ;

utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;

prescrire des médicaments et d'autres substances ;

prescrire des traitements médicaux ;

utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice ».

A- Définitions

L'infirmière praticienne spécialisée au Québec

« l'infirmière praticienne spécialisée est une infirmière qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité, en tenant compte de leur expérience en matière de santé. Pour ce faire, elle doit posséder l'expertise liée à un domaine clinique spécialisé qui repose à la fois sur une solide expérience dans le domaine et sur une formation de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales¹¹¹. »

B- Activité et rôle

L'infirmière praticienne spécialisée consacre en moyenne 65% de son activité à la pratique clinique en soins directs auprès des patients et de leur famille, puis le reste en soutien clinique aux infirmières et autres professionnels, formation, et enseignement.

En pratique clinique :

Identification des problèmes de santé du patient, établissement des priorités en matière de soins et de traitements ;

Évaluation de l'état de santé du patient ;

Suivi des patients en collaboration avec le médecin ;

Exercice de l'activité médicale définie et autorisées ;

Participation aux programmes d'éducation pour la patient et sa famille ;

Soutien clinique aux infirmières et autres professionnels

Elaboration et évaluation des protocoles médicaux et infirmiers, élaboration de normes de pratique

Planification de programme de santé et de soins

¹¹¹ Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée, OIIQ, CMQ, 2006, site OIIQ

Personne ressource pour l'équipe soignante

Amélioration de la qualité de soins

Formation et enseignement :

Influence sur la qualité des soins

Encadrement d'étudiants

Maintien de ses connaissances

Recherche

Analyse des recherches récentes

Réalisation de projets de recherche

Participation aux essais cliniques

Avancée de la profession

C- Compétences

Les documents du Québec insistent sur la notion de « pratique clinique interdisciplinaire » et sur la capacité à savoir collaborer, travailler en équipe pour soigner le patient.

Le compétence clinique est définie ainsi « l'ensemble des connaissances aptitudes cliniques et techniques, ainsi que le jugement ...pour recueillir et interpréter les données relatives à l'état de santé du patient, prendre des décisions cliniques appropriées, procéder aux examens diagnostiques et aux traitements médicaux nécessaires dans le cadre de leur spécialité ».

Les règles d'utilisation des médicaments et des soins médicaux spécifiques seront fixées d'abord de manière générale par le Collège des médecins du Québec, puis dans chaque établissement en fonction des besoins et des ressources. Le conseil d'administration de l'établissement où les infirmières praticiennes vont exercer doivent se prononcer et approuver les règles établies. Le comité de pharmacologie doit aussi statuer sur les règles d'utilisation des médicaments. Ainsi l'autonomie du professionnel est balisée selon les lieux d'exercice, quelque soient ses compétences personnelles.

D-Formation

Maintien des compétences

Un mécanisme de maintien des compétences est prévu par des activités à l'intérieur du milieu de travail ou à l'extérieur. L'infirmières doit réaliser au moins 80 heures sur deux ans e développement professionnel continu, elle doit fournir les attestations.

Intégration dans le milieu

Cette notion est soulignée comme étant importante pour la réussite de l'opération. Le soutien d'un « mentor » (infirmier ou médecin) étant préconisé afin que la nouvelle praticienne puisse réaliser pleinement son rôle.

Des évaluations du rôle ont lieu à mi parcours de la période d'intégration.

La directrice des soins infirmiers doit tenir et mettre à jour un registre des infirmières praticiennes spécialisées qui exercent dans l'établissement.

Elle peut aussi limiter voir suspendre l'exercice de la professionnelle pour certains motifs disciplinaires ou d'incompétence.

Un comité de surveillance de l'exercice est prévu par l'ordre des infirmiers mais aussi par le bureau du collège des médecins.

E- Responsabilité

Les règles sont identiques à celles prévues pour l'infirmière.

La nature médicale des activités exercées ne modifie pas la relation juridique qui existe déjà entre les professionnels de santé et n'impose pas au médecin une responsabilité accrue. Aucun lien nouveau de subordination n'est créé par l'établissement de ce nouveau rôle.

Annexe 9 : Infirmier en soins généraux en France¹¹², référentiel de compétences

L'infirmier en soins généraux dispense des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, il contribue à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

L'infirmier intervient dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

Il travaille dans le cadre de la législation Art. L4311-1 et Art.R.4311-1 et suivants du CSP.

Le référentiel de compétences en cours d'élaboration est constitué ainsi dans sa phase actuelle :

Evaluer une situation clinique et concevoir un projet de soins infirmiers :

Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes

Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie et à son évolution

Conduire un entretien de recueil de données

Elaborer le diagnostic d'une situation clinique, à partir de l'évaluation de l'état de santé et du degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes

Mener un raisonnement clinique et poser un diagnostic infirmier

Elaborer et concevoir un projet de soins infirmiers dans un contexte de pluriprofessionnalité

Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires

Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins

Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens :

Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage

Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps

Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité

Adapter et sécuriser l'environnement de la personne

¹¹² Référentiel de compétences établi en 2007 qui doit être utilisé pour établir le nouveau programme de formation des infirmiers

Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique

Evaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins

Mettre en œuvre des thérapeutiques et des examens :

Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste

Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène, et d'asepsie,

Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements

Mettre en œuvre le protocole thérapeutique adapté à la situation clinique d'une personne

Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux

Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutiques et psychothérapeutiques

Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonne pratique

Identifier les risques liés aux thérapeutiques et examens, déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées

Mettre en œuvre des soins infirmiers :

Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité et de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et en évaluant la conformité de son action à chaque étape de son travail

Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes

Hiérarchiser les priorités dans les activités en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations

Anticiper les modifications dans l'organisation des soins, réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées

Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique

Développer des habiletés gestuelles adaptées aux situations et utiliser les moyens techniques à disposition

Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne

Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées

Mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants

Mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes dans la prise en charge de sa santé

Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique

Accompagner une personne dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement

Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé...

Concevoir des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées

Conduire une démarche de santé publique à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives de prévention et de promotion de la santé

Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients

Traiter une situation relationnelle dans un contexte soignant

Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte

Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication

Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique

Informé une personne sur les soins en recherchant son consentement

Identifier les besoins spécifiques d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité

Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes en fonction des situations identifiées

Conduire une relation d'aide thérapeutique

Analyser la qualité des soins réalisés

Evaluer les soins et les prestations au regard des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée, identifier toute dérive ou non conformité et déterminer des mesures de réajustement

Evaluer la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers et adapter leur contenu aux situations et aux contextes

Evaluer l'application des règles de traçabilité et identifier toute non-conformité

Evaluer l'application des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux : stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation..., et identifier toute non-conformité

Apprécier la fonctionnalité des matériels nécessaires aux soins et à l'urgence

Traiter les informations pour assurer la continuité des soins

Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins,...)

Déterminer et synthétiser les informations à utiliser et à transmettre liées à la réalisation du soin pour en assurer la traçabilité et la comptabilité dans le respect de la déontologie et de la réglementation

Présenter des situations de soins (réunions, transmissions.....) et argumenter la démarche clinique choisie

Evaluer la lisibilité, l'exactitude et la cohérence des informations transcrites sur les différents outils de soins (dossier de soins, résumé de soins, compte rendus infirmiers, transmissions...)

Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins

Utiliser les logiciels dédiés et les bases de données à disposition sur la santé et les soins

Organiser et coordonner les interventions soignantes

Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences

Organiser et répartir les activités avec l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien

Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile (adaptation des plannings de consultations ou d'examen...)

Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale

Identifier les différents acteurs intervenant auprès des personnes et les partenariats : de la santé, sociaux, médico-sociaux, associatifs...

Informier, former des professionnels ou personnes en formation

Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins

Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants

Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage

Superviser et évaluer les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration

Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique

Animer des réflexions sur la santé et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé

Evaluer et améliorer la pratique professionnelle

Analyser sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques

Confronter ses conclusions cliniques à celles des autres acteurs de la démarche soignante dans un esprit de raisonnement scientifique

Formuler des critères d'évaluation de ses pratiques en soins infirmiers

Apporter des éléments d'amélioration de la qualité des soins en utilisant des méthodes scientifiques, dans le cadre d'un travail en équipe

Adapter sa pratique à l'évolution des situations et des contextes et des connaissances

Apporter des réflexions pertinentes dans des études, démarches, projets ou recherches professionnelles

Identifier les ressources documentaires et utiliser les données

Identifier les valeurs professionnelles et les confronter à sa pratique

Annexe 10 : Vers une pratique « avancée » en France : infirmier clinicien, infirmier spécialiste clinique

Quelques éléments de propositions en vue d'un travail plus approfondi.

A. L'infirmier clinicien

L'infirmier clinicien, est d'abord un infirmier en soins généraux.

Il exerce les activités du métier d'infirmier et agit dans le cadre de la législation Art. L4311-1 et Art.R.4311-1 et suivants du CSP.

Il travaille au sein des équipes de soins, au même titre que ses collègues mais dans une position de référent.

Il est amené à dispenser des soins différenciés, centrés sur les problèmes prioritaires, aux personnes vivant des situations difficiles de souffrance ou de maladie, il accompagne également les familles et l'entourage du patient et les aide, le cas échéant, à conforter leur rôle d'aidants naturels.

Son expertise lui permet d'agir comme personne-ressource auprès des équipes afin de contribuer à l'analyse des situations de soins complexes, il conseille les professionnels et les aide dans la recherche d'amélioration de la qualité des soins donnés. Il favorise l'action coordonnée de l'équipe pluridisciplinaire auprès du patient.

Il peut se voir confier des missions de conseil et d'éducation thérapeutique, de suivi dans la recherche de l'autonomie des personnes, de formation et d'information de ses pairs.

Il travaille au sein d'une équipe dans une structure de soins et agit comme relais d'information à propos des personnes soignées et comme médiateur dans des situations de confrontation.

Il contribue à l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans l'équipe.

Activités

L'infirmier clinicien réalise les activités de l'infirmier en soins généraux, mais son expertise lui permet de le faire avec plus de pertinence et dans des conditions plus difficiles.

En outre, certaines activités lui sont particulièrement proposées, même s'il n'existe pas à ce niveau d'exclusivité dans les actes au sens juridique du terme.

Examen clinique du patient

Consultations infirmières de conseil et d'éducation

Coordination de réseaux de soins

Aide et conseils auprès des équipes de professionnels, pour : la pratique, les modes d'action,...

Soutien des aidants naturels

Réalisation de techniques soignantes et de bien être spécifiques : toucher thérapeutique, visualisation, relaxation, renforcement des stratégies d'adaptation...

Renforcement des capacités des équipes à la prise en charge des patients douloureux, en fin de vie ou vivant des situations difficiles

Compétences

Evaluer la situation clinique d'une personne dans des contextes de situations difficiles ou douloureuses

Construire, mettre en place et évaluer une démarche clinique et des projets de soins adaptés aux priorités de la personne soignée et en suivre l'efficacité

Accompagner des projets de soins et mettre en œuvre des actions soignantes dans des contextes difficiles

Accompagner les personnes, les proches, les aidants vivant une situation de maladie, de deuil ou de perte

Initier des actions spécifiques et mettre en place de nouvelles pratiques auprès des patients dans un but d'améliorer ou de préserver la qualité des soins donnés, quelque soit la complexité de la situation

Analyser les situations à risque, en évaluer les effets, et anticiper des conduites à prendre ou à faire prendre par l'équipe de soins

Développer les capacités collectives à prendre en charge les patients dans une équipe de soins

Conseiller l'équipe de soins dans la résolution de problèmes de soins complexes et aider à la prise de décision

Favoriser un climat d'échanges positifs dans les équipes de soins autour de la prise en charge des patients

Formation

La durée de la formation pourrait être de 30 à 40 jours complétant la formation initiale et réalisée plus tard après un temps de travail donnant une expérience et une maturité au professionnel. Cette formation pourrait conduire à obtenir une licence universitaire par l'acquisition des ECTS manquant lors de la formation initiale¹¹³.

La discipline en soins infirmiers :

Clinique et méthodologie du raisonnement diagnostique en soins (processus, démarche...)

Approche clinique de la relation soignante, les situations de soins

Conception holistique de la maladie et de la santé, articulation entre neurologie, psychologie, immunologie, le psyché et le soma

Histoire professionnelle, la profession dans le monde

Cadre législatif

Cadre conceptuel et taxonomie professionnelle

Le soin et son contexte :

La réflexion éthique, maladie et valeurs, les options, droit, morale et éthique..

La pratique réflexive

La relation soignant soigné

¹¹³ Ceci en demeurant dans le cadre actuel fixé par la lettre de cadrage des deux ministres santé et enseignement supérieur évoquée plus haut.

Psychosociologie des institutions et des groupes, la dynamique, les conflits, les changements,...

La perte, le deuil, la fin de vie

La douleur, évolution de la notion et prise en charge

Le stress, évolution des connaissances et nouvelles approches

La dimension corporelle dans les soins

Les pratiques soignantes et éducatives :

La conduite d'entretien d'aide

La consultation infirmière

Les mécanismes d'adaptation, de défense

Les techniques de relaxation visualisation,

L'éducation pour la santé

Accompagnement des personnes en souffrance physique

Accompagnement et maladie chronique

Accompagnement et fin de vie

B- Infirmier spécialiste clinique¹¹⁴

L'infirmier spécialiste clinique a suivi une formation de niveau supérieur lui permettant de développer des compétences cliniques approfondies dans un domaine spécifique (gériatrie, maladie chronique, situation de crise...).

L'infirmier spécialiste clinique agit dans le cadre de la législation Art. L4311-1 et Art.R.4311-1 et suivants du CSP.

Il est placé sous la responsabilité directe du directeur de soins ou d'un de ses adjoints. Il intervient sur demande et sur un secteur ou sur des problématiques transversales de soins, il est en position fonctionnelle.

Il intervient sur un domaine spécifique sur lequel il a développé son expertise. Il peut le faire directement auprès des patients ou des familles sur demande des équipes, ou en élaborant des programmes ou des stratégies de mise en place de soins et en les évaluant. Il contribue à la formation continue des professionnels par son action sur le terrain et le cas échéant sur des lieux spécifiques de formation.

Activités :

Interventions cliniques directes sur demande auprès des patients et des familles dans des situations complexes

Consultation infirmières

Suivi de patients

Conseil et orientation de patients dans le cadre des parcours de soins

Suivi des recherches en cours dans le domaine de son expertise

114 Il s'agit ici de propositions qui s'inspirent des divers documents, dont ceux confiés au groupe par Christophe DEBOUT, formateur à ISIS, et Mireille SAINT ETIENNE formatrice à l'IFCS du CH Ste Anne.

Actions de formation sur le terrain ou dans des cursus de formation initiale ou continue
Réalisation d'outils de soins, protocoles, modes opératoires, plans de soins guide...

Compétences :

Analyser de façon experte des situations de soins posant problème

Identifier des facteurs de santé et de risque dans les situations des personnes et les contextes des familles ou des environnements

Elaborer et développer des programmes de soins ou d'enseignement pour des populations ciblées

Favoriser des stratégies et des parcours de soins correspondant aux contextes et aux situations

Développer des innovations dans les activités cliniques en rapport avec les résultats de la recherche

Concevoir des protocoles de soins et des plans de soins guide en lien avec son domaine d'expertise

Intégrer et mettre à disposition des équipes les données de recherche et les connaissances utiles dans le domaine d'expertise

Contribuer à des recherches en soins, initier et mener des études contribuant à l'amélioration des pratiques soignantes

Superviser la pratique infirmière

Modéliser les données de la pratique afin d'en permettre l'application et la promotion

Accompagner les équipes dans leur démarche d'éducation au patient

Initier et suivre des projets de changements dans les pratiques de soins

Formation :

La formation se centre à la fois sur l'expertise clinique et sur la capacité à initier et produire des changements.

Elle est conçue comme un approfondissement et un appel à des connaissances larges. Elle est de niveau et de durée « master ».

Cette formation ne peut s'acquérir qu'après une expérience infirmière de pratique professionnelle, et avoir validé le certificat d'infirmière clinicienne.

Discipline infirmière

- l'épistémologie en soins infirmiers
- les concepts et modèles en soins infirmiers, comparaisons internationales
- la fonction de spécialiste clinique
- les outils de soins et leur visée
- Expertise clinique infirmière
- la santé publique et communautaire
- psychologie de la santé, les stratégies d'adaptation
- psychologie familiale
- questions en relation avec la nature de l'expertise : maladies chronique, oncologie....

- la dépendance
- la violence
- les situations de crise
- éthique
- recherche en soins
- évaluation de la qualité des soins
- consultation et orientation du patient
- techniques d'assertivité
- Conduite du changement
- l'organisation
- gestion du changement
- les conflits
- démarche projet
- la supervision
- l'analyse de pratique

Annexe 11 : Vers une pratique « avancée » pour les infirmiers en France : « nouveau métier », à adapter aux types de populations soignées

Propositions qui devront être reprises dans le cadre d'un travail plus approfondi.

L'infirmier de pratique avancé a suivi une formation de niveau supérieur lui permettant de développer des compétences cliniques approfondies (dont le raisonnement clinique) dans un domaine spécifique afin de soigner des populations particulières gériatrie, maladie chronique, cancérologie, psychiatrie....

Cette formation lui permet d'intervenir de façon experte et autonome auprès du patient et de son entourage dans le cadre de son rôle infirmier et de réaliser des activités médicales additionnelles qui sont définies préalablement.

Il travaille en collaboration étroite avec le médecin et les professionnels de la santé et du social. Il est placé sous la responsabilité fonctionnelle du médecin lorsqu'il agit dans le champ de la compétence médicale.

L'infirmier de pratique avancée agit dans le cadre d'une législation à modifier autorisant des activités actuellement réalisées par des médecins.

Activités

Conseil auprès des patients et de leur famille dans le domaine d'expertise

Consultation auprès de personnes relevant du domaine d'expertise

Orientation des patients et de leur entourage au sein du système de santé

Information, communication, en direction des médecins, des acteurs de santé et des proches

Suivi de personnes atteintes de pathologies spécifiques

Réalisation de soins dans des situations de suivi ou de consultations

Orientation de première intention dans le cadre de l'expertise

Réalisation de soins techniques spécifiques dans le cadre prévu et dans le domaine d'expertise

Réalisation d'actions de dépistage

Rédaction d'ordonnance en vue de traitement pharmacologique ou non ou d'examens para cliniques dans un cadre prédéterminé

Compétences¹¹⁵

Evaluer l'état de santé d'une personne en utilisant un raisonnement clinique et élaborer un diagnostic de la situation en fonction des antécédents de la personne de la pathologie en cours et de son évolution des signes et des symptômes

Choisir et décider de l'approche thérapeutique dans le cadre prévu du protocole médical

Prescrire des examens ou tests complémentaires adaptés à la pathologie et à la situation du patient dans le cadre de l'autorisation d'exercice

¹¹⁵ Les compétences décrites ici sont en sus des compétences infirmières

Orienter le patient pour son parcours de soins en tenant compte de sa pathologie, de sa situation, de ses choix et de l'offre de soins

Informier et conseiller le patient tout au long de son parcours de soins dans le respect de la déontologie

Coopérer avec le médecin et l'ensemble des partenaires soignants dans un souci de complémentarité pour décider des options de soins et améliorer la prise en charge de la personne et de son entourage

Initier des recherches sur le domaine d'expertise

Décider des limites de ses activités ou actions professionnelles en fonction du cadre juridique et de l'évolution de ses compétences

Prévenir les situations à risques ou les situations d'urgence dans des contextes complexes et mettre en œuvre des mesures adaptées

Conduire des campagnes d'information et d'éducation auprès de populations spécifiques

Conduire l'accompagnement ou accompagner des personnes dans leur parcours de soins

Formation

La formation se situe au niveau du master, elle comporte donc 120 ECTS au dessus du niveau de la Licence.

La formation¹¹⁶ peut se dérouler en deux temps, comprenant :

deux semestres d'approfondissement de la pratique infirmière en choisissant parmi les unités d'enseignements qui sont données dans le cursus d'infirmier spécialiste clinique (voir annexe XXX)

et, selon l'orientation disciplinaire du master, **deux semestre d'approfondissements des soins à donner à une population ciblée** : personnes atteintes de pathologies chroniques, de pathologies psychiatriques, de pathologies cancéreuse, d'insuffisance rénale, personnes en situation d'urgence, etc.

Premier semestre permettant d'obtenir le M1 :

- Discipline infirmière
- l'épistémologie en soins infirmiers
- les concepts et modèles en soins infirmiers, comparaisons internationales
- les outils de soins et leur visée
- déontologie, responsabilité
- Expertise clinique
- conduite de l'entretien, l'anamnèse
- consultation et orientation du patient
- santé publique et communautaire
- psychologie de la santé, les stratégies d'adaptation
- la dépendance

¹¹⁶ Il s'agit ici de propositions qui doivent être revues et débattues largement

- la violence
- les situations de crise
- éthique et droits du patient
- évaluation de la qualité des soins
- Conduite du changement
- l'organisation
- gestion du changement
- les conflits
- démarche projet
- la supervision
- l'analyse de pratique

Deuxième semestre en rapport avec le domaine d'expertise développé, permettant d'obtenir le M2¹¹⁷

Expertise clinique dans le domaine choisi

Physiologie, pathologie et sémiologie

Pharmacologie

Conduites thérapeutiques

Examens cliniques

Examens para cliniques et complémentaire

Epidémiologie

Etat de la recherche dans le domaine

¹¹⁷ Selon les populations à prendre en charge, la formation sera différente. Deux exemples sont développés dans les annexes qui suivent.

Annexe 12 : Nouveau métier : infirmier de pratique avancée en suivi des personnes atteintes de cancer :

Propositions qui devront être reprises dans le cadre d'un travail plus approfondi.

Concernant la cancérologie, des projets de master sont déjà en cours, dont un à la faculté de médecine de Marseille¹¹⁸. Ce projet se situe dans l'accompagnement de « la périphérie de l'hospitalisation ou de la consultation », il a pour but « d'optimiser l'efficacité des traitements par une meilleure organisation ». Les personnes visées sont les infirmiers et les sages-femmes, et il leur permet d'être plus compétents dans la prise en charge en amont, en cours et en aval du traitement. Un parcours de 120 ECTS est prévu, avec en M1 des modules plutôt généralistes et en M2 des modules spécialisés et un stage en milieu hospitalier.

Les contenus de formation sont : biologie de la cellule cancéreuse, oncogénèse, épidémiologie et oncogénétique, prévention et dépistage, bioéthique et législation de la santé, organisation des soins hospitaliers et extra hospitaliers, économie de la santé, évolution de la maladie cancéreuse, classification des cancers, les néoplasies d'organes. Puis : explorations para cliniques en oncologie, stratégies thérapeutiques, traitements de support, traitement de la douleur et soins palliatifs, information du patient, aspects culturels et spirituels de la prise en charge, tumeurs chez l'enfant, aspects gériatriques de l'oncologie.

Un programme pour une formation post-diplôme en soins infirmiers en oncologie a par ailleurs été établi par l'*European Oncology Nursing Society* en 2005, il a reçu l'approbation de l'association française des infirmiers de cancérologie¹¹⁹. Il s'agit d'un cours de 60 ECTS et de 1200 heures de formation. Les modules sont les suivants, chacun d'entre eux étant détaillé ensuite dans des des objectifs d'apprentissages :

le contexte des soins infirmiers en oncologie, 60 heures, 3 ECTS

sciences infirmiers de base et traitement du cancer, 180heures, et 9 ECTS

compétence en soins infirmiers pour évaluer l'état de santé du malade, 100 heures, 5 ECTS

le rôle du personnel infirmier dans la gestion du cancer, 420 heures, 21 ECTS

leadership clinique et gestion des ressources infirmières, 60 heures, 3 ECTS

informatique et recherche appliquée en oncologie, 60 heures, 3 ECTS

impact du cancer sur la malade et sur ses proches, 240 heures, 12 ECTS

capacités décisionnelle et communication, 80 heures, 4 ECTS

Il est intéressant au travers de cet exemple de voir d'emblée comment une formation d'approfondissement clinique peut être posée différemment quand elle est pensée dans un cadre médical ou dans un cadre infirmier. Ceci devrait nous conduire à viser la complémentarité des deux approches, et surtout de poser un modèle de formation qui réponde à l'augmentation des compétences infirmières tout en introduisant des nouvelles connaissances médicales

¹¹⁸ Sous la direction des professeurs SEBAHOUN et VIENS, information transmise par Pascale DIELENSEGER, présidente de l'association des infirmiers français en cancérologie

¹¹⁹ Consultable sur le site www.cancerworld.org

Annexe 13 : Nouveau métier : infirmière de pratique avancée en suivi des personnes atteintes de pathologie psychiatrique 120

Propositions qui devront être reprises dans le cadre d'un travail plus approfondi.

- *La spécificité des soins en psychiatrie demande un long apprentissage*

Dans ce domaine la personne ne se sent pas forcément malade, ne ressent pas forcément le besoin de se soigner, ne formule pas obligatoirement de demande de soin.

La maladie retentit sur l'entourage : comportements à risque, désocialisation, rejet social, risque vital, dégradation physique, diminution de l'autonomie, difficultés socioprofessionnelles....

C'est une discipline en pleine recherche sur la genèse des troubles mentaux et leurs traitements, nécessitant pour le soignant une dynamique d'actualisation de ses connaissances. Il existe peu de protocoles standard du fait de la nécessaire adaptation à la singularité du sujet.

Les approches doivent être psychodynamiques, systémique, biologique, comportementale, de psychothérapie institutionnelle, psychanalytique...

La symptomatologie contient une part d'énigme : pas de référence directe et linéaire aux nosographies. Les symptômes se présentent sous forme de : résistances, déni, dénégation, discordance, passages à l'acte, attitudes de séduction actes maqués, rationalisation, banalisation...

D'où le besoin incontournable d'observation, d'écoute importantes du malade, dans le but de découvrir la singularité du sujet, à travers son histoire mais aussi, au sein d'un groupe, à travers le quotidien, la relation à l'autre, au cadre de soin, à l'établissement,...

Prise en charge allant du traitement de la crise à l'accompagnement sur plusieurs années.

- *L'histoire tourmentée des infirmiers psychiatriques en France*

L'histoire de la formation des infirmiers en psychiatrie, douloureuse¹²¹ pour les anciens « diplômés », a conduit en réunifiant les deux diplômes, soins généraux et psychiatrie, à une diminution évidente de la durée de la formation en psychiatrie.

Les études montrent combien le départ des retraités dans ce secteur impacte fortement la qualité de la prise en charge. C'est un secteur difficile, où l'apprentissage du nouveau diplômé se fait lentement (il faut bien deux ans pour « être à l'aise » en psychiatrie) et où le ministère de la santé a été obligé récemment de mettre en place un système de tutorat d'une part et de formation d'adaptation à l'emploi d'autre part.

¹²⁰ Ce point a été alimenté par les réflexions de l'Ecole supérieure Montsouris, Dominique LETOURNEAU, et Jean-Michel LANCIEN, et par la participation du CEFI-Psy, association qui réunit les ex-écoles de formation en soins infirmiers de psychiatrie (Annick PERRIN-NIQUET).

¹²¹ Une formation spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique était réalisée en France jusqu'en 1979 et menait à un diplôme particulier. Ce diplôme a été supprimé pour des raisons de nécessité de conformité avec la directive européenne de 1977. Cette suppression a suscité des réactions très vives de la part du milieu psychiatrique. Une grande partie des difficultés actuelles serait, pour certains, liée à cette décision qui a appauvri la formation des infirmiers dans ce domaine et provoqué de nombreux ressentiments, creusant encore la frontière entre les soignants du « soma » et de la « psyché ».

C'est ainsi le seul secteur où le ministère écrit un programme complémentaire précis sur l'adaptation des infirmiers à leur emploi.

- *Des pratiques de coopération avancées*

Dans le champ psychiatrique se développent des pratiques avancées sans que celles-ci ne soient rendues lisibles extérieurement.

Il s'agit souvent de segments d'activités confiés aux infirmiers psychiatriques sous la responsabilité et la reconnaissance du médecin psychiatre, mais souvent dans la plus parfaite illégalité.

Il est probable que la nature même de l'activité, moins « visible » qu'une technique avec matériel outillage et introduction dans le corps de la personne, y contribue. Ainsi se sont mis en place en France par exemple des consultations de première ligne faites par des infirmiers psychiatriques qui orientent les personnes et leur conseillent ou non un rendez-vous médical.

- *Un travail de clarification des pratiques avancées*

L'école supérieure Montsouris a réalisé un travail d'éclaircissement par sur les « pratiques avancées » dans les domaines de la psychiatrie mais aussi de la médecine et de la chirurgie. Cette école, reliée à l'université Paris XII, a étudié des pratiques « avancées » sur les années 2005 et 2006, en utilisant l'apport des étudiants qui en ont fait des sujets de recherche appliquée. Ainsi ces derniers ont travaillé sur :

des pratiques non identifiées mais initiées par des infirmiers concernant la prise en charge de patients atteints de pathologie mentale stabilisée mais qui ne peuvent s'insérer dans une vie quotidienne normale

des pratiques de réinsertion non formalisées, initiées par des infirmiers concernant la prise en charge de patients atteints de pathologie mentale stabilisée à réinsérer dans la vie quotidienne

des pratiques d'éducation thérapeutique attribuées à des infirmiers dans le cadre de pathologies chroniques (diabète, asthme, pathologie gastro-intestinale, ...)

des pratiques d'entretien d'orientation d'accueil de première intention attribuées à des infirmiers soit en psychiatrie soit en urgence

des pratiques de prise en charge de personnes âgées dépendantes en institution

L'école supérieure Montsouris se dit prête à travailler sur deux dispositifs type master : un en urologie, l'autre en psychiatrie¹²².

- *Le soin infirmier*

L'empathie, les capacités d'introspection, l'écoute, l'observation active, les techniques d'entretien, la recherche du sens de la symptomatologie observable sont les outils de soins de l'infirmier en psychiatrie.

¹²² L'institut travaille avec le professeur Vallencien, porteur d'un projet expérimental en urologie, et a par ailleurs des liens forts en psychiatrie avec les CH Ste Anne et Esquirol. Par ailleurs, l'Ecole est déjà dans placée un cadre universitaire

Le regroupement et la compréhension des symptômes recueillis ne sont disponibles que dans une perspective évolutive et historique du sujet. L'écoute et l'observation silencieuse, le repérage des contenus privilégiés par le patient, ses réactions émotionnelles, les détours et ruptures spontanés de sa pensée, de son discours, la compréhension de sa vie intérieure, de ses projets, le niveau de souffrance exprimée, ses propres explications, constituent l'essence même du processus de soin.

L'infirmier doit pouvoir se positionner dans cette dynamique là et maîtriser ces techniques, avant même que de procéder aux actions thérapeutiques qui vont relever tant de son rôle propre que du rôle sur prescription.

Etablir une relation de confiance avec un sujet qui, par définition, souffre de perturbations de la relation d'attachement est le centre même de la difficulté du soin infirmier dans cette discipline. La relation thérapeutique fait l'objet d'une lente construction et exige en engagement dans la durée.

- *L'exercice en pratique avancée*

Conduite d'entretien : cliniques, à visée thérapeutique à visée psychothérapeutique familiaux de premier accueil

évaluation clinique, évaluation du cadre thérapeutique et du projet de soins

conduite de groupe à médiation thérapeutique d'ateliers à médiation, art-thérapie, Ergothérapie, sociothérapie...

prise en charge de des populations dans des lieux spécifiques (urgences, MCO, gériatrie, long séjour, foyers d'hébergement, CAT, placements familiaux, appartements thérapeutiques, unités pour malades difficiles) pour des populations ciblées : troubles de la périnatalité, psychiatrie infantile, conduites alimentaires, suicidaires gérontopsychiatrie...

Travail en réseau : Conseil local de Santé Mentale (liens avec tous les partenaires : médecine générale, assistantes sociales, justice, gendarmerie, éducateurs, élus municipaux, conseil général, ...

Aides aux aidants Conseil, information, formation...

Formation, enseignement : éducation à la santé, information et éducation concernant le dépistage des troubles mentaux, le risque de rechute, l'évolution de la maladie, l'observance du traitement, l'hygiène de vie, la place et le rôle des familles...

- *La formation*

Tout le monde s'accorde à penser qu'il est nécessaire de former des experts en soins infirmiers de psychiatrie et de santé mentale.

Les contenus de formation devront prendre en considération les trois pôles de la prise en charge : pharmacologique, psychologique et sociale. Ne sont notés ici que certains éléments à reprendre dans un projet à structurer.

Des modules sont à construire autour de :

s'appréhender comme un sujet soignant : reconnaître ses limites, ajuster ses distances relationnelles, comprendre ses propres mécanismes psychoaffectifs, repérer les mécanismes de défense, identifier la manière de progresser de la relation de soin, de la personne soignée dans cette relation de soin, identifier les processus en cours, gérer les enjeux de transfert / contre- transfert, analyser et évaluer ses prises en charge relationnelles, soutenir des engagements de soins dans la durée.

élaborer d'un projet de soins personnalisé : élaborer, analyser les situations de soins à partir de modèles théoriques, relevant de différents champs spécifiques dans lesquels intervient la situation de soins, articuler la réflexion clinique, la transmission et la restitution au patient des données identifiées, appréhender la dimension symbolique des soins, maîtriser les techniques de soins individuelles et groupales, anticiper et gérer les risques (impasse thérapeutique, violence, tentatives de suicide, automutilations...), gérer les soins d'accompagnement en visant une autonomie, quelle que soit la dimension des soins (curative, préventive, de post-cure), gérer les troubles du comportement (agitation, angoisse, agressivité...).

entretenir un réseau de soins adapté : collaborer avec les partenaires, entretenir et évaluer un réseau de soin avec tous les acteurs, gérer des situations variées, difficiles, complexes rencontrées dans la cité, sur la demande de partenaires, au lieu de vie de la personne, développer des réponses à des situations de crise et de signalement

connaître la pathologie : sémiologie, troubles du comportement, agressivité, accidents et traumatismes psychiques, expression des problèmes relationnels et perturbations, définitions des signes et des symptômes en santé mentale, nosographies, classification et échelles d'évaluations en psychiatrie, comportements et pathologies mentales, le lien avec l'anamnèse ; pédopsychiatrie, psychiatrie de l'adolescence, gérontopsychiatrie, criminologie et psychiatrie légale ; la maltraitance

mettre en œuvre le soin psychiatrique : examen clinique ; démarche diagnostique ; soins infirmiers par le biais de thématiques (processus d'attachement et de séparation, le deuil, la passivité, la violence, la dépendance, l'anaclitisme, la solitude, les mécanismes de défense, l'agressivité, l'agitation, les passages à l'acte, les conduites auto et hétéro- agressives, suicides et équivalents suicidaires, l'identité et les troubles d'identité, ...) ; les différentes approches thérapeutiques : psychothérapies analytiques et non analytiques, les thérapies familiales et conjugales, les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies institutionnelles, les psychothérapies et psychopharmacie et associées, les psychothérapie brèves et interventions en situations de crise ; les thérapies biologiques : psychopharmacologie, électroconvulsivothérapie ; les techniques relationnelles : communication, entretien infirmier ; les différents niveaux de l'aide : soutien, visée psychothérapeutique, la relation d'aide thérapeutique ; le soin individuel et groupal ; apprentissage de la technique d'une médiation et animation d'un atelier médiatisé.

Annexe 14 : La consultation

En sus des domaines évoqués, certaines pratiques mériteront d'être clarifiées, et leur intitulé posé dans les textes donnant mission aux paramédicaux. Il en est une, qui (avec le mot diagnostic qui a subi longtemps le même sort) ne fait pas encore parti des « autorisations » d'exercice officiel, c'est celle de la consultation.

Quand bien même l'INCA met un dispositif en place sur la consultation d'annonce, et élargit cette pratique aux manipulateurs d'électroradiologie, il reste que ce mot n'est pas encore admis dans les textes professionnels, et ne fait encore l'objet d'aucune valorisation financière spécifique .

Cependant, la mise en place de consultations infirmières est devenue un phénomène répandu particulièrement dans le secteur hospitalier. Elle est la résultante des évolutions des attentes des usagers, des compétences professionnelles infirmières, du contenu des métiers de la santé, de l'environnement sanitaire et social. Le développement de ce mode de pratique a nécessité d'en formaliser l'organisation pour des raisons, notamment, de clarification de l'exercice professionnel infirmier, d'optimisation de la prise en charge des malades, d'identification et de reconnaissance de l'activité.

La consultation infirmière se développe dans tous les secteurs d'activité, en lien avec de nombreuses disciplines médico-chirurgicales. « L'infirmière voit des malades, adressés par un médecin, en consultation, dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, addictions, éducation thérapeutique, entretien en psychiatrie...). Après une observation, elle formalise les besoins du malade dans une perspective de soins infirmiers, prodigue les soins, éduque, et fournit des informations et des conseils dans le cadre de son champ de compétence » (L. Jovic, 2002).

Le profil des infirmières qui réalisent des consultations pourrait être caractérisé de la manière suivante, des professionnelles ayant : plusieurs années d'expérience clinique dans la discipline, des compétences reconnues, généralement suivi des formations relatives à leurs activités (éducation, soins ...) dans le cadre de la formation continue (diplôme d'université ...), des qualités personnelles leur permettant de se positionner dans cette fonction.

Les modalités de choix [d'affectation] des infirmières qui réalisent des consultations se font généralement par organisation interne au service. Ce sont des personnes qui ont été identifiées, repérées par les cadres de santé et/ou les médecins du service. Les formations suivies sont variables dans leurs modalités, leurs contenus et leur réinvestissement dans la pratique. L'activité des infirmières qui réalisent des consultations se fait en fonction des projets de service et de politiques des soins des établissements. Le temps dédié à la consultation est le résultat d'organisations de service, de redéploiements et quelquefois de créations de postes.

L'exercice de consultations infirmières suppose des connaissances dans les champs cliniques et réglementaires, des capacités à prendre des décisions en situation complexe.

L'organisation de consultations infirmières repose sur des aspects tels que :

- la précision de l'objet de la consultation
- des professionnels compétents identifiés
-

- des articulations formalisées avec les autres acteurs : médecins hospitaliers, collègues exerçant plutôt dans le service, professionnels du secteur libéral ...
- des moyens matériels : locaux dédiés, bureautique, téléphone ...
- des indicateurs de suivi et d'évaluation
- l'inscription de l'activité dans le rapport établi par le directeur des soins, le financement de l'établissement (Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation – MIGAC)

Ainsi la formalisation et l'organisation de nouvelles consultations infirmières nécessitent de clarifier et de préciser l'objet de la consultation, les modalités matérielles et fonctionnelles, l'impact financier.

Au-delà des aspects organisationnels, qui constituent une des premières étapes de ce processus, le développement de consultations infirmières soulève des questions, notamment, de champ d'exercice (prescription...), de compétences professionnelles requises et de niveau de formation, de reconnaissance de l'activité, de redéfinition du périmètre d'action des métiers de la santé.

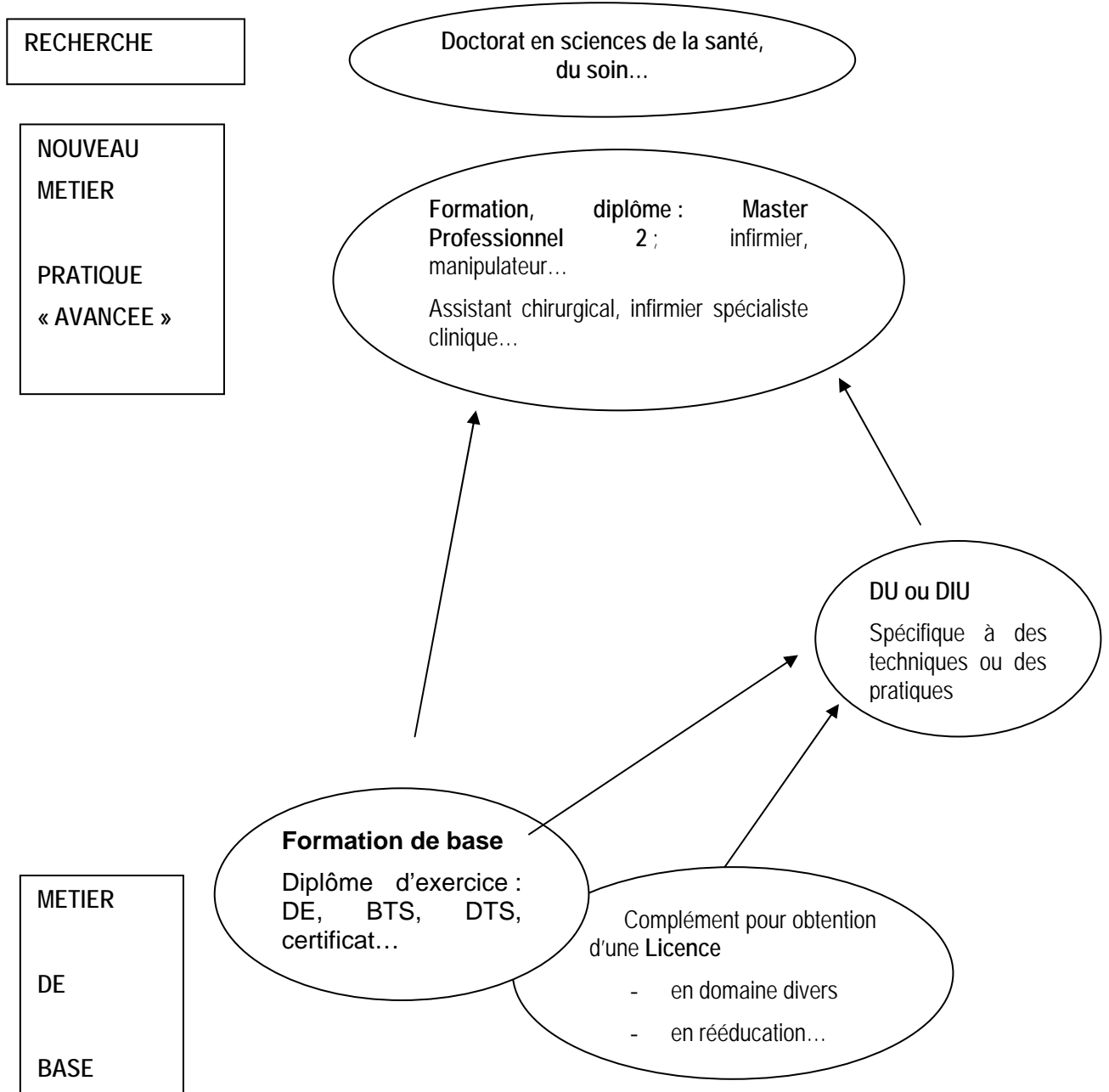
Les principales problématiques soulevées par les consultations infirmières sont relatives à la prescription, la rémunération, la formation spécifique, la reconnaissance des compétences en termes d'évolution de carrière et de statut. Ces différents aspects sont discutés mais n'ont pas encore eu de réelles réponses. Toutefois, des dispositions réglementaires récentes (Loi de financement de la sécurité sociale, 2007) rendent possible la prescription pour les infirmières de dispositifs médicaux selon des modalités précises.

La consultation infirmière, avec tous les aspects qui la sous-tendent, entre également dans le champ plus large de réflexion de gestion de compétences, de redéfinition des frontières entre professions de santé, de perspectives de nouveaux métiers. Et, au-delà d'une pratique, en relation avec des aspects de fonctionnement et d'organisation, la consultation est un mode particulier de mobilisation des connaissances et de leur mise en œuvre en situation singulière avec le malade.

La « professionnalisation » de la pratique de consultations infirmières met en exergue de nouvelles problématiques :

- positionnement vis-à-vis des patients, des collègues, de l'encadrement
- prise de responsabilité
- gestion de la relative autonomie inhérente au mode de pratique
- organisation et ajustement par rapport à l'activité et aux prérogatives médicales
- maîtrise de la réglementation
- connaissances théoriques sous-jacentes à la pratique
- adoption et gestion d'une posture en situation de consultation. Autrement dit, dans la relation singulière avec le patient et le fait de décider et d'assumer directement les décisions sans la médiation immédiate du médecin
- accès direct à l'infirmière sans que le malade soit vu à un moment ou un autre par le médecin

Annexe 15 : Schéma des parcours de formation



Annexe 16 : Liste des abréviations

ADELI : Automatisation DEs Listes
AEEIBO : Association des enseignants des écoles infirmières de bloc opératoire
AEU : Attestation d'études universitaires
AFNOR : Association française de normalisation
AFPA : Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes
AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada
ANFH : Association de formation du personnel hospitalier
APQF : Association pour la promotion de la qualité en formation continue
BTS : Brevet de technicien supérieur
CAFIM : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice
CAFIS : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante
CAFISP : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière de santé publique
CCI : Certificat Cadre Infirmier
CEEPAME : Comité d'Entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance
CEE : Communauté économique européenne
CH : Centre Hospitalier
CMQ : Collège des médecins du Québec
CNCP : Centre national de la certification professionnelle
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : Clinical Nurse Specialist
CS : Cadre de santé
CSP : Code de la santé publique
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DE : Diplôme d'Etat
DEMÉR : Diplôme d'Etat de Manipulateur en électroradiologie médicale
DEUG : diplôme d'études universitaires générales
DEUST : Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
DGAS : Direction générale des affaires sociales
DGEFP : Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIF : Droit individuel à la formation
DIU : Diplôme inter-universitaire
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : Direction de la recherche

DSDS : Direction de la santé et du développement social
DSI : Démarche de soins infirmiers
DTS : Diplôme de technicien supérieur
DU : Diplôme universitaire
DUT : Diplôme universitaire de Technologie
ECTS : European credit transfert system
EFC : Ecole de formation en cancérologie
EN : Education nationale
ENSP : Ecole nationale de la santé publique
EPHAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
FHF : Fédération hospitalière de France
FMEDP : Fonds mutualisé des études promotionnelles
FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
FNI : Fédération nationale des infirmiers
FPC : Formation Professionnelle Continue
FPH : fonction publique hospitalière
GIP : Groupement d'intérêt public
GRIEPS : Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des soignants
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
ICIIP : Initiative Canadienne sur les Infirmières et Infirmiers Praticiens
ICN : International Counsel of Nurses
ICS : Infirmier clinicien spécialiste
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IFCS : Institut de formation des cadres de santé
IFMEM : Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
INCA : Institut national du cancer
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRA : institut scientifique de recherche agronomique

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IP : Infirmier praticien
IRM : Imagerie par résonance magnétique
IPS : Infirmier praticien spécialisé
ISIS : Institut de soins infirmiers supérieurs
ISO : Organisation internationale de normalisation
IUT : Institut universitaire de technologie
JO : Journal officiel
L.M.D : Licence-Master-Doctorat
MENESR : ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
MER : Manipulateur en électroradiologie médicale
NP : Nurse Practitioner
OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONEMFPH : Observatoire national des emplois et des métiers de la Fonction publique hospitalière
ONG : Organisation non gouvernementale
ONSIL : Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux
OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé
PA : Physican Assistant
PACA : Provence-Alpes Cote d'Azur
PCEM1 : Premier cycle des études médicales
PIA : Pratique infirmière avancée
PMI : Protection maternelle et infantile
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SF : Sage-Femme
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIL : syndicat nationale des infirmières et infirmiers libéraux
SPE :
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UNAIBODE : Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat
VAE : Validation des acquis de l'expérience

Annexe 17 : Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : effectifs et taux de croissance des principales professions paramédicales	10
Tableau 2 : démographie infirmière	12
Tableau 3 : Effectifs des orthoptistes	21
Tableau 4 : Diplômes et ministères certificateurs par profession	29
Tableau 5 : les formations de dosimétriste	39
Tableau 6 : Facteurs d'évolution et conséquences	57
Tableau 7 : évolution du positionnement professionnel	59
Tableau 8 : Niveau d'expertise et modifications réglementaires à prévoir	78
Figure 1 : Les parcours professionnels des infirmiers	18
Figure 2 : Les études de médecine	104
Figure 3 : Les études d'odontologie	105
Figure 4 : Les études de sages-femmes	105
Figure 5 : Les études de pharmacie	106

Annexe 18 : Références

Livres

- ABBOT Andrew. The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press, 1998.
- AFFARA Fadwa, SCHOBERT Madrean, Advanced Nursing Practice, conseil international des infirmières, 2006 (www.icn.ch)
- BENNER Patricia, de novice à expert, l'excellence en soins infirmiers, Masson 2005
- CARRE Philippe., CASPAR Pierre. traité des sciences et des techniques de la formation, Dunod, Paris, 1999
- DEJOUX Cécile, les compétences au cœur de l'entreprise, Editions Liaisons, 2001
- DAYDE Marie-Claude, regard sur la profession d'infirmière libérale, Lamarre, Paris 2007
- FOUREZ Gérard, la construction des sciences, De Boeck, Bruxelles, 2002
- JONNAERT Philippe, compétences et socio-constructivisme, un cadre théorique, de Boeck, 2003
- JOVIC L, La consultation infirmière, Editions de l'ENSP, 2002
- LE BOTERF Guy, Ingénierie et évaluation des compétences, Editions d'organisation, 2002
- OMS, former les personnels de santé au XXIème siècle, le défi des maladies chroniques, 2005
- ZARIFIAN Philippe, le modèle de la compétence, Editions liaisons, 2001

Articles

- BARBIER, Jean-Marie, voies pour la recherche en formation des adultes, conférence à l'université de Louvain, 18 novembre 2006
- BARTHES Richard. La formation dans le monde qui vient, revue de la FHF, n°517, juillet août 2007 2007
- DELANOY C., MAIRLOT A-F., Infirmières en pratique avancée, expérience aux USA, soins cadres, n°58, mai 2006
- De MEEUS M., DARRAS E. GOBERT M., la mise en évidence du profil de compétences des infirmières occupant une fonction transversale en milieu hospitalier, Bruxelles, 2006
- Education permanente, la logique de la compétence, I et II, n° 140 et n°141, 1999.
- GOBERT M., HOUBEN A., DARRAS E., la profession d'infirmière : essai d'évaluation de la complexité des compétences, université catholique de Louvain, HSR Ecole de santé publique, 2006.
- GODET, Michel, les illusions sur les nouveaux emplois, le monde initiatives, novembre 2001
- LEBOEUF Dominique, MATILLON Yves, de l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé, Dossier Soins cadre, n°50 mai 2005, pp.31-35

LESSARD Claude, BOURDONCLE Raymond, qu'est ce qu'une formation professionnelle universitaire, conception de l'université et formation professionnelle, revue française de pédagogie, n°139, avril- mai- juin 2002, pp.131-154

SAINT ETIENNE Mireille, Eléments d'une clinique en soins, recherche en soins infirmiers, mars 2006

TATU Natacha, les malades prennent le pouvoir, nouvel observateur, 17 mai 2007

Rapports

BERLAND Yvon, Rapport d'étape de la mission « Coopération de professions de santé: le transfert de tâches et de compétences », Ministère de la santé, de la famille et des personnes, Octobre 2003, 57 p. (www.ondps.gouv.fr)

BERLAND Yvon et BOURGUEIL Yann, Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé, juin 2006 (www.ondps.gouv.fr)

BOURGUEIL Yvon, MAREK A., MOUSQUES-J.-Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée, IRDES, 2006/03.260 pages (sur site IRDES)

CHARDON olivier, ESTRADE Marc-Antoine, les métiers en 2005, centre d'analyse stratégique, janvier 2007

DEBOUZIE Domitien, Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, Rapport, 20 juillet 2003

JOUNIN Nicolas, WOLF Loup, Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé, n°64, octobre 2006, DRESS

MATILLON Yves, Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport de mission, Août 2003, 94 p

MIDY Fabienne, Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, CREDES, février 2003

MIDY Fabienne, analyse de la coopération professionnelle expérimentée dans le service d'hémodialyse de Lisieux, 2006

Ministère de la Fonction Publique, la transmission des savoirs, guide pédagogique, Point Phare, DAGFP, 2007

Organisation Mondiale de la Santé (2002). Human resources and national health systems : shaping the agenda for action. Final report, Geneva,

Organisation Mondiale de la Santé. (2005).Former les personnels de santé du 21^{ème} siècle, le défi des maladies chroniques. Genève, 72p.

La santé21, politique cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999. (série européenne de la Santé pour tous n°6).

L'infirmière de famille, contexte, cadre conceptuel et programme d'études, EUR/00/5019309/13, 0075, 27 janvier 2000.

THUILLIEZ Christian, commission sur l'intégration des professions médicales, et pharmaceutiques au cursus LMD, juillet 2006

Documents ministère de la santé

DHOS, CG CONSEIL, méthodologie d'élaboration des référentiels de compétences, , décembre 2005

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE Les effectifs et l'activité des professionnels de santé, rapport 2004, synthèse générale, tome 1, tome 3, tome 4, ONDPS, novembre 2004

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE, rapport 2005

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE Prospective métiers étude Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics, DHOS, Décembre 2006.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE Prospective métiers étude, monographies des 10 métiers les plus impactés, DHOS, juin 2007

GAY Catherine Note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé », novembre 2005, C. Gay conseil, DHOS

FOURCADE Alexandra, GUERIN Marie-France, SAVIN Pierre, Rapport de la mission en grande Bretagne relative aux centres de santé primaire, 2006

FOURCADE Alexandra, GUERIN Marie-France, NICOLAS Guy, LE TAILLANDIER Vincent, Rapport de la mission au Québec, 2006

TOUSSAINT Jean-françois, Stratégies nouvelles de prévention, commission d'orientation et de prévention, 22 novembre 2006

BESTANDJ Tarek I, RAFAZY-ANDRIAMIHAINGO Anne, Julie PELLEGRINI, Etude comparaison internationale, mission Marine, DHOS, 2006

DHOS, Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Ministère de la santé, avril 2007

Plan cancer, une mobilisation nationale, 2003

Internet

CNCP, le glossaire, [http : /ww.cncp.gouv.fr](http://www.cncp.gouv.fr)

<http://www.centre-inffo.fr/>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*. Montréal: OIIQ / CMQ.

http://www.oiiq.org/publications/publications_alpha.asp#192

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie*. Montréal: OIIQ / CMQ.

http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/IPS_Cardiologie.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie*. Montréal: OIIQ / CMQ.

http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/IPS_Nephrologie.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie*. Montréal: OIIQ / CMQ.

http://www.scinf.umontreal.ca/programmes_2_3_cycle/maitrise_quatre_options.htm

Programme de maîtrise en sciences infirmières, juin 2007, faculté des sciences infirmières de Montréal

http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/IPS_Neonatologie.pdf

Institut canadien d'information sur la santé : La réglementation et le nombre d'IP au Canada

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1263_F

L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens

<http://www.cnpi.ca/index.asp?lang=f>

Trousse d'outils pour l'intégration et l'évaluation des IP
http://www.iciip.ca/documents/pdf/Toolkit_Implementation_Evaluation_NP_f.pdf

Modèle de simulation et de planification des ressources humaines de la santé pour IP en soins de santé primaires

http://www.iciip.ca/health_hr_planning/hhrp/intro/index.asp?lang=f&

la pratique infirmière avancée, cadre national révisé, avril 2002, association des infirmières et infirmiers du Canada

www.cnpi.ca

Cadre des compétences de base des infirmiers praticiens du Canada, Association des infirmières et infirmiers du Canada, janvier 2005

Suisse

<http://www.asric.ch/>