
Groupe infirmier

Les caractéristiques actuelles du métier

Activités

Infirmier : une profession réglementée

Selon le code de la santé publique, est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

Le cadre d'exercice étant varié, l'activité est multiforme. En conséquence, la formation initiale est elle-même polyvalente et prépare à travailler dans les différents lieux d'exercice, et pas exclusivement dans un poste à l'hôpital public.

Infirmier : une même appellation pour plusieurs spécificités ou spécialités d'un même métier

Un cadre d'exercice très varié

L'infirmier(e) peut choisir un exercice libéral en cabinet, seul(e) ou un exercice salarié dans différentes structures de santé, notamment :

- hôpital public ou privé, clinique (services de médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, réanimation, gériatrie, psychiatrie, etc.) ;
- hospitalisation et soins à domicile ;
- soins de suites et de réadaptation ;
- maison de retraite médicalisée ;

et dans diverses structures encore :

- école, lycée (santé scolaire) ;
- entreprise (médecine du travail) ;
- centre de santé ;
- structure médico-sociale ou médico-éducative ;
- action humanitaire (ONG, associations diverses).

Des spécialités réglementées

Réglementairement, on différencie :

- le métier infirmier en soins généraux, infirmier diplômé d'Etat (IDE)
- les métiers infirmiers spécialisés :
 - infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE),
 - infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE) et
 - infirmier en puériculture (puéricultrice) diplômé d'Etat.

Les infirmiers spécialisés sont des IDE ayant passé et obtenu le diplôme de spécialisation.

Seul l'exercice des infirmiers anesthésistes est réservé exclusivement aux infirmiers ayant le diplôme d'IADE. Au bloc opératoire ou auprès des enfants, des infirmières IDE peuvent exercer sans avoir le diplôme de la spécialité. Ainsi seulement 30% des infirmiers travaillant au bloc opératoire ont le diplôme des IBODE.

Des infirmier(e)s en soins généraux (IDE) qui se différencient selon le cadre d'exercice et le niveau d'expérience

Des infirmier(e)s en soins généraux

Sur le terrain, les infirmier(e)s en soins généraux se distinguent plus finement selon des degrés d'expérience dans le cadre d'exercice (spécialité médicale ou médicosociale de l'unité) et les diverses responsabilités spécifiques acquises autour de l'organisation des soins ou de la prise en charge des patients.

On peut ainsi différencier :

- des infirmier(e)s confirmé(e)s dans l'activité de leur unité médicale ou médico-sociale d'affectation,
- des infirmier(e)s développant une compétence de polyvalence au sein d'équipes de suppléance,
- des infirmier(e)s expérimenté(e)s dans une activité et référent(e)s techniques dans leur unité,
- des infirmier(e)s développant une compétence de tuteur.

Il s'agit d'un même métier, le temps d'adaptation étant relativement court (éventuellement conforté par de la formation continue très ciblée). La capacité d'exercer dans des situations et des services variés est au cœur du métier et a été précisément développée dans le cadre de la formation initiale et son remarquable cursus de stages, que l'on ne retrouve dans aucune profession. Le maintien de cette capacité d'adaptation est très certainement un enjeu fort pour le métier d'infirmier(e) en soins généraux.

Notons que certaines spécialités médicales exigent des aptitudes particulières et l'apprentissage de savoir-faire relativement spécifiques qui confère une expertise certaine aux infirmières 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 - ce qui n'est pas toujours le cas -, l'organisation des soins bénéficie d'une plus grande facilité de gestion des remplacements et de polyvalence des infirmier(e)s entre les unités fonctionnelles.

Notons que l'acquisition la plus longue, par l'expérience nécessairement, est celle des compétences mise en œuvre dans l'approche plus globale de la prise en charge du patient, lorsqu'il est nécessaire d'appréhender des troubles du comportement ou encore 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. Il y a d'ailleurs certainement un effet du à l'âge ; avec la maturité et l'expérience, on peut mieux appréhender les situations humainement plus difficiles ; plus jeune, avec des connaissances techniques récemment acquises, on préfère la technicité, au risque de s'y réfugier.

Des infirmiers ayant développé une expertise ciblée (des postes en émergence)

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 le plus souvent renforcées par une formation continue (ex. D.U.), par la participation à des colloques, rencontres, groupes de travail, ou encore en menant une veille technique (ex. revue médicale, Internet).

D'autres infirmier(e)s deviennent référent(e)s sur un thème précis, en mission transversale au sein de leur unité, sur un secteur voire sur l'établissement (hygiène-sécurité, plaies et cicatrisations, stomathérapie, soins palliatifs, maladies mentales dégénératives, troubles du comportement, etc.).

Infirmier(e) de recherche clinique

L'infirmier(e) de recherche collabore à la réalisation d'un ou plusieurs essais soit sur un seul site, soit sur plusieurs sites de recherche clinique.

De fait, il s'agit davantage d'aide à la recherche médicale mais rarement ou jamais de recherche en soins infirmiers.

La complexité des protocoles d'essai clinique (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.

Le rôle essentiel de l'infirmier(e) de recherche clinique consiste 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.

Infirmier(e) coordinateur(rice)

Dans quelques gros établissements, on voit émerger des infirmier(e)s qui assurent la programmation et la coordination des équipes comme celle des parcours des patients (entrées-sorties). Cela peut constituer une délégation de mission du cadre de santé ou d'un médecin coordinateur (ex. urgences).

Infirmière clinicienne

Les infirmières cliniciennes qui peuvent être identifiées comme telles dans certains établissements, exercent leur activité sur le champ du « rôle propre » infirmier. Elles sont souvent positionnées dans les services comme une aide aux équipes pour analyser des situations complexes de soins, et elles peuvent être amenées 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.

Elles ont aussi à conduire des projets d'amélioration de la qualité des soins ou de changement dans l'organisation des soins.

La formation des infirmières cliniciennes en France est organisée au sein d'organismes privés (formation d'une quarantaine de jours).

Compétences

voir les fiches du Répertoire des métiers.

Positionnement fonctionnel

Bien qu'ayant depuis 1978 une reconnaissance légale d'autonomie sur un champ propre, et depuis très récemment un droit de prescription (des dispositifs médicaux), le métier d'infirmier(e) est encore très largement subordonné au médecin, avec un exercice presque exclusivement sur prescription médicale.

Dans le cadre des expérimentations sur la coopération entre professionnels de santé, et notamment entre médecins et soignants, (suite au rapport du professeur Berland), cet état de fait est revisitée dans la perspective d'une plus grande délégation d'actes médicaux.

Par ailleurs, la frontière entre certaines activités d'aide soignant(e) et d'infirmier(e) est à

clarifier, notamment dans les établissements sociaux et médicosociaux ou services de moyen et long séjour.

Profil

Données sur les inscrits en formation d'IDE

Part de femmes parmi les inscrits de 1ère année en 2005	87%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment étudiants	64%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment chômeurs	5%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment salariés	26%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont salariés en hôpital	9%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont inactifs	5%

Données sur les inscrits en formation de Puéricultrice

Part de femmes parmi les inscrits de 1ère année en 2005	99%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment étudiants	37%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment chômeurs	0%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment salariés	61%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont salariés en hôpital	55%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont inactifs	0%

Données sur les inscrits en formation d'IADE

Part de femmes parmi les inscrits de 1ère année en 2005	63%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment étudiants	3%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment chômeurs	0%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment salariés	80%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont salariés en hôpital	77%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont inactifs	0%

Données sur les inscrits en formation d'IBODE

Part de femmes parmi les inscrits de 1ère année en 2005	84%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment étudiants	1%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment chômeurs	0%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : précédemment salariés	81%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont salariés en hôpital	78%
Part des inscrits de 1ère année en 2005 : dont inactifs	0%

SOURCE : FERRETI Carine et MARQUIER Rémy (2007), « La formation aux professions de la santé en 2005 », *Document de travail*, DREES, n° 109, mars 2007.

Recrutement

Etat actuel du marché du travail

Si globalement le métier n'est pas en tension, il est le plus souvent ressenti comme tel.

Des difficultés importantes de recrutement sont constatées dans des spécialités moins attractives (ex. gériatrie, psychiatrie, service de nuit), dans certaines régions (ex. Ile-de-France, Nord – Pas-de-Calais), ou encore dans les établissements les plus petits.

Concernant les infirmier(e)s, les études régionales mettent en évidence les difficultés actuellement rencontrées par certaines régions pour maintenir une offre de soins infirmiers répondant aux besoins de la population.

Si les quotas de formation sont définis dans le but de répondre aux besoins régionaux, il existe des divergences de résultats. Trois phénomènes permettent d'expliquer une telle situation :

- certaines régions (Réunion, Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France) ont de réelles difficultés à atteindre le quota de places offertes ;

-
- la déperdition des étudiants en cours de formation est de 20 % en moyenne au niveau national, mais peut atteindre 29 % (Nord-Pas-de-Calais). Il semble donc qu'en élargissant ces dernières années leur base de recrutement, les écoles ont été confrontées à un accroissement des abandons en cours de cursus ;
 - enfin, la fuite hors de leur région de formation des jeunes diplômés est souvent constatée. L'Île-de-France apparaît ainsi comme la grande pourvoyeuse d'infirmier(e)s pour les autres régions.

Les motivations des mobilités interrégionales sont multiples, tant à la sortie de la formation (manque de place dans sa région d'origine, taux de réussite au concours, réputation de certaines écoles, comportements traditionnels...), qu'en cours de carrière (mobilité professionnelle du conjoint, choix de carrière et de mode d'exercice salarié ou libéral, conditions d'exercice, conditions de transport et d'habitat).

Pratiques actuelles de recrutement

Un turn-over très important est constaté parmi les jeunes professionnel(le)s dans toutes les régions. Ce fort turn-over peut s'expliquer par leur très grande mobilité (recherche d'expérience, parcours contraints en début de carrière dans les services "moins intéressants" ou "plus pénibles", mais aussi mobilité pour suivre le conjoint ou pour réduire les temps de transport, ou encore retourner dans sa région d'origine...). La pyramide des âges des infirmier(e)s, en forme de pelote de laine, est très symptomatique à cet égard. Une telle pyramide marque en effet l'existence d'un creux générationnel pour les âges intermédiaires (cohabitation de jeunes diplômés et de professionnels proches de la retraite), ce qui peut rendre plus radicales les différences de comportement dans la relation aux patients, ou vis à vis du travail, dans la vie d'équipe, etc.

Notons que l'intérim se développe particulièrement dans les régions où la tension sur le marché du travail est la plus grande. Il peut également être fait appel à du personnel de nationalité étrangère dans le cadre du dispositif prévu à cet effet.

Formation initiale et continue

Difficulté à former le quota défini de nouveaux infirmiers

Le nombre annuel de délivrance du diplôme ouvrant droit au métier d'infirmière dépend des quotas définis et fortement de la capacité à attirer en nombre suffisant des jeunes vers des filières de formation.

Il existe d'ores et déjà des difficultés à remplir les quotas ouverts dans les écoles d'infirmières et même à maintenir en formation des personnes qui n'ont pas pris la mesure des exigences du métier avant d'entrer en formation.

Diplômes délivrés en 2000 et en 2005

	Total		Hommes		Femmes	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
IDE	13.815	20.982	2.053	2.494	11.762	18.488
Puéricultrice	828	1.016	15	11	813	1.005
IADE	456	568	123	204	336	364
IBODE	669	470	80	84	589	386

Pour les données 2000 : DELAPORTE François (2002), « La formation aux professions de la santé en 2000-2001 », *Document de travail*, DREES, n° 37, juin 2002, p. 20.

Pour les données 2005 : FERRETI Carine et MARQUIER Rémy (2007), « La formation aux professions de la santé en 2005 », *Document de travail*, DREES, n° 109, mars 2007, p. 17.

Formation continue, formation tout au long de la vie

Au-delà des formations courtes en interne ou en externe, de la participation à des congrès médicaux ou bien à des projets ou missions permettant d'apprendre de nouvelles méthodes et pratiques, les infirmier(e)s suivent des formations qualifiantes (ex. DU) leur permettant de développer une expertise pour laquelle ils devraient devenir référent au sein des services voire de façon transversale, pour l'ensemble de l'équipe soignante de l'établissement (ex. référent(e) plaies et cicatrifications, hygiène...).

Il existe même des formations plutôt longues et qualifiantes leur permettant d'acquérir un niveau élevé de formation supérieure, reconnue socialement mais pas statutairement (ex. Master 2 « coordinateurs de réseaux sanitaires et sociaux » à l'Université d'Aix-marseille III ou « ingénierie des réseaux de santé » de l'université de Marne la Vallée).

La formation initiale d'IDE est considérée comme le socle commun indispensable à l'exercice du métier, mais non suffisant pour évoluer.

La formation continue est donc largement utilisée, ce qui permet aux IDE de développer des portefeuilles de compétence conséquents. Toutefois, ces formations ne se traduisent pas par des rémunérations supplémentaires ou une reconnaissance statutaire spécifique.

Les formations «spécialisées» (IADE, IBODE, puéricultrice) sont aussi des voies d'évolution à la fois professionnelle et promotionnelle.

Parcours et passerelles

On constate une réelle mobilité des infirmières dans les services, avec des parcours où se conjuguent projet de vie, projet professionnel et opportunités. Le champ du possible en terme de mobilité est d'ailleurs considéré comme un critère de choix pour les jeunes au moment de la recherche d'emploi, les gros centres hospitaliers offrant les plus grandes opportunités.

Les infirmier(e)s spécialisé(e)s IADE, IBODE et en puériculture choisissent souvent ces spécialités en première partie de carrière. Les IADE et IBODE ne sortent pas de l'univers hospitalier, et même plus précisément des blocs. Les infirmier(e)s en puériculture ont par contre quelques opportunités dans les établissements socio-éducatifs.

Le répertoire des métiers identifie quant à lui les passerelles suivantes :

- Cadre de santé de proximité / Cadre de santé formateur en soins (concours et formation)
- Responsable hygiène (formation continue et concours éventuel pour changement de statut)
- Métiers des soins et des activités paramédicales et activités paramédicales

(reconversion avec formation longue)

Indication quantitative

Répartition des effectifs infirmiers en 2001 et 2007 selon l'âge et le secteur d'activité

	Total		Salarié hospitalier	
	2001	2007	2001	2007
Effectif total	397.506	483.380	289.768	352.372
% effectif total	100	100	72,9	73
% - de 25 ans	3,0	3,6	3,5	4,4
% 50 ans et +	22,5	31,3	21,3	29,9
% Etabl publ	54,8	55,3	75,1	75,8
% Etabl privé PSPH	6,2	5,9	8,4	8
% Etabl privé non PSPH	12	11,9	16,4	16,2
% centres de santé	1,6	1,6	-	-
% cabinet individuel	9,8	8,5	-	-
% cabinet de groupe	4,3	4,6	-	-
% autres établissements	11,3	12,2	0,1	-

Répartition des effectifs infirmiers salariés en 2001 et 2007 par spécialisation

SPECIALISATION	2001		2007	
	effectif	% femme	effectif	% femme
D.E. Puériculture	10.142	99,2%	13.287	99,0 %
Infirmier anesthésiste	5.635	73,9%	7.277	71,6 %
Infirmier de bloc opératoire	3.941	88,7%	5.510	87,9 %
Cadre de santé publique	335	87,5%	359	88,6 %
Cadre infirmier	6.714	90,6%	6.913	89,1 %
Cadre infirmier psychiatrique	107	66,4%	1.008	51,6 %
Cadre de santé	526	83,7%	3.604	82,6 %
TOTAL	27.400	89,8%	37.958	87,4 %

Sources : Calculs propres à partir de :

Pour 2001 : SICART Daniel (2001), « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2001 », *Document de travail*, DREES, Série Statistiques, n° 21, juin 2001, p. 20.Pour 2007 : SICART Daniel (2007), « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2007 », *Document de travail*, DREES, Série Statistiques, n° 108, mars 2007, p. 31-32.

Les facteurs d'évolution impactant le métier

Notons que des facteurs d'évolution sont pour la plupart déjà à l'oeuvre et que leurs impacts se font déjà sentir.

Evolution démographique

Augmentation des prises en charge de personnes (très) âgées

Problématique

Dans les 10 ans à venir, le nombre de personnes âgées nécessitant des soins lourds avec des pathologies multiples et une dépendance aggravée va continuer à augmenter mais modérément. L'arrivée à la retraite des nombreuses classes d'âges des papy-boomers va induire une très forte augmentation de la catégorie du 3^e âge (au-delà du doublement). Ces personnes arriveront dans le 4^e âge, moment où la maladie devient plus grave et fréquente, seulement après 2020. L'impact sur la santé atteindra alors un summum.

La prise en charge des patients devient néanmoins de plus en plus complexe avec des parcours cliniques plus variés avec des retours d'hospitalisation plus nombreux, des suivis de maladies chroniques, la prise en charge de la dépendance et la gestion des retours hospitalisés au domicile ou en établissement.

Toutefois la nouvelle génération des (encore 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. La demande en actes de diagnostic et de prévention va augmenter sur l'ensemble des maladies et certainement une forte augmentation de certaines d'entre elles dont les maladies cardiaques.

Nature de l'impact

L'impact est modéré car il est toujours question d'un travail d'infirmier connu et pratiqué aujourd'hui.

L'augmentation continue des personnes très âgées présentant des polyopathologies, souvent en fin de vie, pose néanmoins la question de la prise en charge gériatrique et de l'asphyxie de certains services par manque de capacité d'accueil en aval. De plus, qualitativement, la prise en charge soignante est radicalement modifiée par le fait que le soin n'est plus dirigé vers la guérison mais dans l'accompagnement de la maladie et la fin de vie.

La prise en charge globale, intégrant les dimensions sociale et psychologique, est particulièrement mise en question du fait des maladies dégénératives et des situations de forte dépendance. En ce sens et pour cela, la dimension relationnelle devrait être davantage sollicitée.

Occurrence	FORTE
Echéance	PROGRESSIF
Importance	IMPACT MODERE

Démographie médicale et paramédicale

Problématique

Les départs à la retraite dans la FPH représentent, sur la période 2003-2015, 41% des effectifs de 2002. Le pic devrait se situer en 2012 avec près de 30.000 départs.

Pour les médecins, la projection des entrées (en numerus clausus) et des sorties montre une baisse des effectifs jusqu'en 2015, date à partir de laquelle le relèvement du numerus clausus en 2006 se fera sentir. La répartition entre médecins généralistes et spécialistes est

difficilement prévisible. La baisse des effectifs par non remplacement des départs sera plus forte dans les régions ou les spécialités peu attractives : zones rurales, Nord de la France, gérontologie, psychiatrie, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, gérontologie...

Des tensions risquent d'être renforcées dans les métiers du soin, notamment :

- aides-soignants : postes à pourvoir très nombreux du fait des départs et des créations de postes (ex. gérontologie) ;
- infirmiers : les quotas actuels permettent une augmentation des effectifs, mais des manques peuvent apparaître selon la spécialité, la région, le secteur d'activité, le lieu d'activité.

Nature de l'impact

L'impact est déjà sensible et sera très fort, tant sur les compétences que dans l'activité nécessitant une gestion des ressources infirmiers adaptée aux problématiques démographiques en termes de :

- perte d'attractivité de certaines spécialités, types établissement, régions, activités
- capacité à fidéliser les agents
- perte de compétences et d'engorgement de certains services (services d'urgence par exemple)
- coopération, décloisonnement et coordination au sein du dispositif territorial sanitaire et médicosocial.

En particulier, le métier d'infirmier est susceptible d'évoluer avec :

- la mise en question de la formation initiale et continue (quotas, orientations...)
- la mise en question de la mobilité, du décloisonnement et des passerelles,
- la redéfinition de la répartition des tâches entre les infirmier(e)s, les aides-soignants et les médecins,
- la définition des "pratiques avancées" et des compétences nécessaires.

Occurrence	FORTE
Echéance	PROGRESSIF
Importance	IMPACT FORT

Evolution de la demande de santé

Des patients « consommateurs », exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes

Problématique

La notion d'attente des usagers semble se substituer à la notion de besoin. Les usagers souhaitent en effet savoir où se trouve la meilleure offre (non seulement de soins, mais aussi d'hébergement, d'accueil, de sécurité...) ; ils se trouvent aidés dans leurs choix par les classements d'établissements ou par les dispositifs privés d'information sur la qualité de l'offre des établissements, qui se multiplient. L'apparition d'indicateurs de performance des établissements va en ce sens.

Nature de l'impact

L'impact de cette évolution est multiple :

- mise en place de démarches de qualité globale (évaluation de la satisfaction),
- réorganisation de la prise en charge autour de l'accueil et du suivi des patients (dans et hors les murs),

- intégration de la satisfaction de l'utilisateur dans la politique d'établissement,
- lien entre prise en charge médicale, sociale et psychologique,
- besoin d'un soignant référent et coordinateur (notamment quand le cadre de proximité ne remplit pas ce rôle).

Occurrence	FORTE
Echéance	PROGRESSIF
Importance	IMPACT FORT

Vieillesse de la population et augmentation de la dépendance et de la demande sociale

Problématique

L'accroissement des populations aux besoins médicaux, sociaux, psychologiques très divers (personnes âgées, en difficulté financière ou sociale, patients d'origine ethnique ou appartenance religieuse parfois très différentes, etc.) nécessite que soient mis en place des dispositifs de prise en charge différenciés.

Ainsi, pour les patients psychiatriques, il existe une forte attente de prise en charge associant les soins et la prise en charge sociale et médico-sociale (un quart de la population psychiatrique présente de graves difficultés sociales), dans le cadre d'une post-hospitalisation.

De même, la prise en charge des personnes âgées nécessite des savoir-faire complémentaires (par exemple pour prendre en charge les personnes atteintes de pathologies dégénératives).

Les soins demandent davantage d'investissement relationnel à l'égard du patient, ce que ne permet pas souvent la relative faiblesse des effectifs.

Plus généralement, une action coordonnée de l'ensemble des réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux semble nécessaire.

Nature de l'impact

La mise en place d'une prise en charge globale du patient et l'évolution des pratiques des services et des infirmier(e)s doivent développer des compétences en lien avec les besoins de populations de plus en plus fragilisées et/ou précaires :

- renforcement de dispositifs spécifiques et différenciés pour la prise en charge des populations fragiles, dans les territoires les plus sensibles
- accueil des populations dans leur diversité, dans le cadre d'une approche plus globale et individualisée de la prise en charge
- lien entre la dimension médicale, sociale, psychologique du soin
- émergence de soignants spécialisés en prévention et éducation, de médiateurs
- développement des compétences suivantes : médico-social, relation patient, information/éducation, juridique et éthique, ethnologique, connaissances du dispositif territorial sanitaire, social et médico-social
- besoin de soignant référents, coordonnateurs

Occurrence	FORTE
Echéance	PROGRESSIF
Importance	IMPACT FORT

Evolution de l'offre de soins : développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre le public et le privé, entre les établissements et la ville

Problématique

Renforcé en cela par l'évolution démographique et le vieillissement des usagers, les cloisonnements entre les différents acteurs mais aussi les différents secteurs apparaissent aujourd'hui comme totalement inadaptés à un parcours de soins du patient intégrant tous les éléments de la prise en charge. Le développement de l'hospitalisation à domicile ainsi que l'organisation du retour au domicile, avec éventuellement un passage par un centre de soins de suite (ou convalescence), nécessiteront une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une meilleure coordination entre les opérateurs, voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée (ex. personnes âgées), une pathologie particulière (ex diabète, cancer).

Le développement de l'e-santé permet et favorise la mise en réseau ainsi que la réalisation d'actes à distance et l'hospitalisation à domicile.

Nature de l'impact

Les infirmier(s) devront développer le "savoir-travailler" en collaboration avec des réseaux de soins extrahospitaliers en lien avec le secteur social et médico-social. Cette collaboration et cette mise en réseau ne vont pas de soi car l'exercice en extrahospitalier nécessite des compétences spécifiques.

Occurrence	FORTE
Echéance	MOYEN TERME
Importance	MOYEN à IMPACT FORT

Evolution des pratiques de soins

L'évolution des pathologies prises en charge : pathologies liées au vieillissement, augmentation des polyopathologies et des pathologies chroniques, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires

Problématique

Notamment dues à l'évolution démographique, les pathologies prises en charge évoluent vers une augmentation des polyopathologies et des pathologies chroniques, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, maladies infectieuses et parasitaires. Cette évolution induit une transformation de l'organisation de soins, mais aussi en conséquence une évolution des pratiques de soins.

Nature de l'impact

L'impact concerne :

- l'adaptation de l'organisation des prises en charge à ces nouvelles pathologies
- l'adaptation des compétences soignantes et relationnelles, en faisant, notamment le lien entre le médical, le social, le psychologique
- l'attractivité des services de personnes âgées et de psychiatrie

Ces éléments appellent à :

- la requalification :
 - des parcours professionnels
 - de la formation initiale et continue

- une réponse aux besoins en compétences :
 - de management et d'organisation
 - de coordination, animation de réseau (besoin d'organisateur des parcours de soin et d'animateur de réseau de soins)
 - de relation patient
 - d'information/éducation, prévention

Occurrence	FORTE
Echéance	PROGRESSIF
Importance	IMPACT FORT

Les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent

Problématique

Si la réglementation des professions constitue « un garde fou » indispensable aux dérives et à l'identification des responsabilités, 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. En effet, le partage ou le repositionnement d'activité entre professionnels est parfois rendu nécessaire par les nouvelles conditions d'exercice du métier (exemple des manipulateurs radio qui peuvent parfois réaliser des actes infirmiers).

C'est dans ce cadre que suite au rapport du professeur Berland, des expérimentations ont été mises en œuvre. Les transferts d'activités réalisés à cette occasion entre personnels médicaux et soignants ont fait apparaître la nécessité d'une expertise soignante et donc d'un renforcement significatif des compétences des professionnels soignants dans un certain nombre de disciplines ou d'activités. A noter que cette réflexion s'inscrit notamment dans un contexte de baisse du nombre des médecins.

Nature de l'impact

Cette évolution a un impact sur :

- le maintien de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte de démographie médicale tendue
- l'enrichissement des métiers soignants (valorisation et attractivité)
- la modification de la réglementation relative à l'exercice des professionnels soignants

Cela nécessite :

- de positionner de l'expertise dans les institutions des métiers du soin
- de rationaliser, encadrer, favoriser la coopération entre aides-soignants, infirmiers, médecins, manipulateurs, préparateurs en pharmacie, kinésithérapeutes ...
- de poser la question de l'ouverture du métier d'infirmier à la fonction clinique

Occurrence	FORTE
Echéance	PROGRESSIF
Importance	IMPACT FORT

Le développement de l'hypertechnicisation et de la protocolisation des pratiques

Problématique

L'évolution des technologies biomédicales et le développement du système d'information, l'organisation en pôles plus spécialisés et plus technologiques induisent une hyperspécialisation des soignants. En parallèle, la complexification des techniques et les

exigences en matière de sécurité sanitaire induisent une protocolisation accrue des pratiques, ainsi qu'une réduction du temps de la prise en charge (au niveau du professionnel) et par voie de conséquence du temps d'échange avec le patient.

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

On assiste également

- au renforcement des contraintes juridiques et réglementaires,
- à une traçabilité accrue,
- à une exigence d'évaluation des pratiques professionnelles,
- ou encore, aux exigences accrues en matière de sécurité et de vigilance sanitaires.

Nature de l'impact

Le développement de l'hypertechnicisation et la protocolisation des pratiques nécessitent de:

- concilier besoin de spécialisation et d'expertise et besoin de polyvalence
- concilier besoin de norme et de sécurité dans la prise en charge collective et besoin d'individualisation de la prise en charge
- reconnaître l'autonomie des soignants
- recentrer le soignant sur son cœur de métier (réduire le temps passé aux tâches de gestion).

Les compétences techniques des infirmiers devraient être renforcées en conséquence, dans le cadre d'un développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et la redéfinition des tâches entre tous les professionnels opérant ensemble (infirmiers et autres soignants, médecins, aides-soignants, secrétaires médicales, etc.).

Occurrence	FORTE
Echéance	EVOLUTION EN COURS
Importance	IMPACT FORT

Vers une approche globale et coordonnée de la prise en charge soignante du patient

Problématique

En conséquence de l'évolution de l'organisation des soins et de la prise en charge, l'équipe soignante s'organise pour d'une part assurer la prise en charge plus globale des patients (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.

Nature de l'impact

Il est question ici de :

- Qualité et efficacité de la prise en charge
- Satisfaction du patient
- Maîtrise des coûts
- Mise en place d'un dossier patient unique et partagé

Cela exige :

- de répondre aux besoins de compétences pour faire le lien entre médical, social, psychologique
- de développer les compétences pour maîtriser les nouveaux systèmes d'information au

niveau des soignants et organiser le travail en conséquence

- de répondre aux besoins d'un soignant référent, coordinateur en interne et d'un coordinateur externe du réseau de soins
- de développer les compétences en organisation.

Occurrence	FORTE
Echéance	EVOLUTION EN COURS
Importance	IMPACT FORT

Le développement des pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique

Problématique

Au-delà du développement de l'approche globale de la prise en charge qui inclut une dimension d'information et d'éducation du patient, les pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique se développent pour tous les patients, en particulier dans le cadre des maladies chroniques et/ou de l'hospitalisation à domicile. Outre la recherche d'une plus grande efficacité thérapeutique, cette tendance correspond à l'aspiration des patients à être plus autonomes. Le frein principal au développement de ces pratiques réside néanmoins dans le fait que le financement à l'activité ne le permet que dans quelques pathologies (ex. oncologie et certaines maladies chroniques).

Nature de l'impact

L'évolution vise :

- la réduction de la longueur et du nombre d'hospitalisations
- la réduction des coûts
- une qualité et une efficacité accrues de la prise en charge

Elle nécessite :

- de faire le lien entre médical, social, psychologique
- l'émergence de soignants spécialisés en prévention et éducation (éducation du patient diabétique ou asthmatique, éducation respiratoire)
- de répondre aux besoins en compétences :
 - information, éducation (pédagogie et communication) et prévention
 - éthique et droits des patients (compétence partagée)
 - capacité à travailler en coopération et en coordination

Occurrence	FORTE
Echéance	EVOLUTION EN COURS
Importance	MOYEN IMPACT

Evolution des technologies médicales

Problématique

On constate des évolutions en cours et à venir des technologies médicales relatives aux évolutions en pharmacologie, des techniques d'anesthésie, du traitement de la douleur ; la chirurgie devient moins invasive, la longueur des séjours hospitaliers se réduit et la radiologie interventionnelle se développe. A cela se joint l'apparition de pôles hyper spécialisés qui favorisent une centralisation des plateaux techniques, le développement de l'« e-santé », la place prise par les établissements de santé comme acteurs incontournables de la recherche clinique ou encore l'intégration des expertises clinique, biomédicale,

informatique et de télécommunication.

Nature de l'impact

L'impact sur les compétences reste limité en ce sens que l'adaptation à des nouvelles pratiques de soins semble poser plutôt peu de problème pour les soignants et a toujours animé les pratiques soignantes et hospitalières.

Mais il ne faudrait pas pour autant négliger la nécessité pour les infirmiers d'acquérir, au regard des nouvelles technologies médicales et paramédicales utilisées, des compétences spécifiques sur ces pathologies et ces thérapies. Il s'agit pour l'infirmier(e) en collaboration avec le médecin, de savoir expliquer (traduire) au patient et à la famille, de maintenir la capacité d'alerte et de vigilance (interprétation des symptômes). Par ailleurs dans le cadre des pratiques avancées, l'infirmier(e) doit alors être à la pointe des technologies.

Occurrence	FORTE
Echéance	EVOLUTION PERMANENTE
Importance	IMPACT MODERE

Evolution médico-économique

Déploiement de la T2A et recherche généralisée d'efficience

Problématique

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé conduit les établissements à une recherche continue de l'efficience et d'optimisation des moyens. Il s'agit de concilier les exigences de moindre coût, de qualité et de sécurité des prises en charge.

C'est dans ce cadre que les établissements développent une meilleure connaissance de l'activité (notamment médicale) et de ses coûts. Ils s'attachent par ailleurs à rationaliser et optimiser les activités de support aux soins, telles que les activités médico-techniques, ou les activités logistiques (achat, approvisionnement).

Ainsi on fait appel de plus en plus à l'analyse des pratiques où doivent se concilier éthique et gestion des moyens.

Nature de l'impact

Cette évolution implique de :

- lier activité et coût (y compris dans les services) et rapprocher les fonctions de contrôle de gestion et de traitement de l'information médicale, dont les rôles deviennent stratégiques
- modifier des processus de décision entre les services, les pôles et les fonctions support
- articuler la politique qualité et de gestion globale des risques à la gestion économique
- développer une culture médico-économique partagée.

Il existe des marges de manoeuvre pour gagner en efficacité (optimisation des plateaux techniques, de la gestion des budgets, ...), mais la recherche d'économie risque de réduire encore les effectifs, de rendre le travail plus pénible et pour le moins de diminuer le temps disponible pour la relation au patient, ce qui serait en contradiction avec l'évolution de la demande de soins et de la prise en charge médico-sociale. C'est une contradiction majeure pour ne pas dire essentielle de la société que les soignants, comme tout le personnel des établissements, devront gérer dans les années à venir : la société réclame plus de qualité mais ne veut (ou ne peut) en assurer le financement.

La recherche d'efficience ne touche pas le coeur des compétences des infirmiers ; il s'agit plutôt d'une capacité de discernement, 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 et ici à la recherche d'efficience (coût et qualité).

Occurrence	FORTE
Echéance	COURT TERME
Importance	IMPACT FORT

Evolution de l'organisation interne

Mise en œuvre de la nouvelle gouvernance (pôle)

Problématique

La réforme de la gouvernance prévoit une nouvelle organisation des instances de décision et crée des rapports nouveaux entre le conseil d'administration et le conseil exécutif, lui-même composé de médecins et de membres de l'équipe de direction. Les autres instances : commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, etc. doivent trouver leur place dans cette nouvelle organisation.

Par ailleurs, la structuration interne par pôles d'activité clinique et médico-technique, définis conformément au projet médical de l'établissement, s'inscrit dans une logique de délégation de gestion et de rapprochement de la décision au plus près du terrain. Un conseil de pôle associe les personnels à la gestion et élabore les orientations et les projets du pôle. La finalité de l'organisation polaire est de recentrer l'activité des établissements et des personnels sur la production et l'évaluation des soins et plus largement des prises en charge.

Nature de l'impact

L'évolution touche à :

- la lisibilité pour les différents acteurs des politiques d'établissement
- la question de la place des personnels du soin dans le pilotage
- l'accompagnement du changement, du dialogue social, de la négociation
- la diffusion des compétences de gestion dans les pôles
- la coopération, coordination interne (au sein et entre les pôles, entre directions fonctionnelles et pôles)
- l'évaluation des pratiques professionnelles et le développement des démarches qualité et de sécurité sanitaire

L'impact se situe donc davantage, pour ce qui relève des infirmier(e)s, dans la mise en œuvre et dans le changement d'environnement de travail que dans leur cœur de compétences en tant que soignants.

Occurrence	FORTE
Echéance	COURT TERME
Importance	IMPACT MODERE A FORT

Evolution technologique***L'évolution de la gestion du dossier patient******Problématique***

Le développement des NTIC dans tous les services et la mise en cohérence des interfaces permettent de transmettre les informations concernant les patients (que le système d'information soit intégré ou non) directement d'un opérateur à l'autre, puis d'archiver les données utiles. La mise en place progressive d'un dossier patient informatisé (DPI) et unique vise à répondre au besoin de partage de l'information patient par l'ensemble des acteurs de sa prise en charge (dans ou hors les murs de l'hôpital).

La généralisation de l'extranet est aussi liée au développement du haut débit et à la mise en place et la structuration des réseaux et des coopérations.

De ce point de vue, le DPI constitue une évolution technologique, organisationnelle et culturelle majeure.

D'une manière plus générale, à terme, le développement et la bonne maîtrise du système d'information dans la sphère clinique permettra sans doute de mieux travailler et de gagner du temps.

Toutes les activités des soignants sont concernées : à court terme, un terminal informatique portable sur le chariot, hypothèse du "zéro papier" à plus long terme.

Notons que les dispositifs de sécurité sanitaire, de qualité, la logistique, la comptabilité analytique, la maintenance des équipements et tout l'environnement du soin est informatisé et exige des soignants d'utiliser l'informatique, tant dans la relation avec le patient que dans la gestion de service et du personnel.

Ce qui sera également très perturbateur est le déploiement même du système d'information qui engendrera surcharge, contre-temps, réorganisation du travail et des procédures, avant d'apporter un bénéfice en termes de gain de temps et de qualité.

Nature de l'impact

L'impact concerne notamment :

- l'utilisation des divers outils informatiques concernant la gestion du dossier patient

mais aussi la gestion de services

- le stockage, la gestion et utilisation de l'information (PMSI, dossier patient, gestion de service, gestion des commandes et des stocks...)
- l'évolution du rôle du secrétariat médical au sein du service.

L'impact est modéré sur les métiers d'infirmier(e) dans leurs pratiques des soins, mais les soignants devront apprendre à se servir de l'outil informatique dans l'ensemble des activités. Le soignant est passé récemment d'une culture orale à une culture de l'écrit ; dorénavant l'écrit se fera via l'écran.

Occurrence	FORTE
Echéance	DEPLOIEMENT EN COURS
Importance	IMPACT MODERE

Evolution des politiques de qualité et de gestion des risques

La mise en œuvre de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles

Problématique

Le système de l'accréditation se renforce pour mieux répondre à plusieurs évolutions de contexte :

- politique territoriale (SROS de troisième génération) ;
- développement de la gestion des risques et de la qualité ;
- mise en place d'une exigence de résultat
- développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- exigences accrues des patients et des citoyens en matière d'information, de qualité de prise en charge et de sécurité sanitaire.

La certification et l'évaluation des pratiques 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.).

Nature de l'impact

Il est question ici :

- du couplage d'une politique globale de gestion des risques et de qualité (satisfaction des patients, sécurisation des prestations, de l'organisation, des personnels etc.)
- de l'appropriation des démarches de gestion des risques ou de qualité par les établissements et le personnel
- du développement de l'évaluation des pratiques professionnelles des personnels médicaux et non médicaux
- de l'attractivité des établissements

Cela nécessite :

- des besoins d'expertises et de compétences partagées en démarche qualité et gestion des risques
- de nouvelles compétences d'évaluation des pratiques professionnelles
- de l'apprentissage collectif et individuel de cette culture de l'évaluation.

Occurrence	FORTE
Echéance	COURT TERME
Importance	IMPACT MODERE

Une réglementation de plus en plus exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement, tendant à une gestion globale incluant récemment les préoccupations plus citoyennes du développement durable

Problématique

La complexité de la réglementation ne peut que s'accroître. Elle sera de plus en plus liée à la politique plus globale d'assurance qualité et/ou d'accréditation. L'efficacité étant le résultat du rapport qualité / coût, la question est posée à l'avenir de concilier les surcoûts de la sécurité sanitaire (ex. vis-à-vis du patient) et de la sécurité du fonctionnement (ex. risques professionnels, risques industriels et environnementaux...) avec les contraintes budgétaires.

Une piste suivie pour maîtriser l'ensemble des exigences est le passage d'une gestion segmentée du risque et de la qualité à une gestion plus globale.

Intégrée dans la construction de nouveaux hôpitaux, on constate la prise en compte d'exigences concernant l'environnement et le développement durable au-delà de la réglementation actuelle.

Nature de l'impact

Sans que l'évolution modifie en profondeur les compétences et les pratiques actuelles, il s'agit de mieux prendre en compte :

- la gestion de la sécurité et de la permanence des soins
- la veille réglementaire, technique et des pratiques.
- la prise en compte de toutes les exigences et contraintes dans une politique plus globale
- l'exigence de traçabilité, de protocolisation et d'évaluation des pratiques professionnelles

Occurrence	FORTE
Echéance	COURT TERME
Importance	IMPACT MODERE

Evolution des dispositifs de formation initiale et continue

Problématique

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 le l'infirmier(e) de constituer un portefeuille de compétences en vue d'une montée en expertise qui peut correspondre à terme à une évolution de carrière.

La réforme des dispositifs de formation initiale devrait concerner à plus ou moins long terme les IFSI : financement régional, intégration éventuelle dans la filière universitaire, développement de l'apprentissage.

Nature de l'impact

L'impact porte sur la gestion des compétences qui devrait être menée tant au niveau individuel que collectif, avec la mise en oeuvre de formations multiformes et la mise en place d'un système de reconnaissance de la montée en expertise des infirmier(e)s.

Occurrence	FORTE
Echéance	COURT et MOYEN TERME
Importance	IMPACT MODERE

Les caractéristiques du métier en prospective horizon 2015

Evolution de l'activité

Des évolutions impactant le métier

Les redéfinitions du mode d'organisation des établissements publics dans leur ensemble, la réorganisation des soins, la recherche d'une productivité et d'une efficacité accrues, les initiatives de rationalisation, le développement de nouvelles lignes de travail (qualité, vigilance) ont des conséquences concrètes sur le travail infirmier.

La mise en place des démarches qualité et de l'évaluation des pratiques dans les établissements hospitaliers oblige à repositionner les tâches des infirmier(e)s, notamment vis à vis des tâches d'écriture qui tendent à augmenter. Le déploiement du système d'information et de multiples outils de collecte, de traitement et de communication de l'information dans la sphère clinique, n'est pas sans incidence pour les infirmier(e)s. La mise en place de ce nouveau système d'information, dans la mesure où son ergonomie sera bien adaptée à l'activité complexe des services, devrait faciliter le travail mais aussi modifier les procédures et l'organisation du travail.

L'évolution de l'activité d'infirmier en soins généraux

L'activité socle des infirmières

L'activité de l'infirmière en soins généraux est fortement impactée, et de multiples manières, comme vu dans le chapitre précédent :

- demande des patients avec le vieillissement de la population
- changement culturel du rapport au travail et à la hiérarchie des plus jeunes
- nouvelle coopération entre les professionnels médicaux, soignants, aide-soignants
- organisation plus ouverte dans et hors-murs du parcours clinique
- exigence accrue en matière de risques, de qualité, de sécurité, avec la nécessité (contradictoire) d'optimiser la production des soins et de réduire les coûts
- évolution des technologies médicales
- informatisation de la sphère clinique vers un système "zéro papier"
- etc.

Ce ne sont pas les actes de soins qui changent radicalement mais les conditions et le cadre de leur exercice.

Les activités nécessitant une expertise ciblée

Il demeurera, avec une probable généralisation, des activités transversales (qualité, projet informatique, tutorat...) sur lesquelles des infirmières en soins généraux peuvent être affectées et pour lesquelles elles deviennent référentes pour les autres soignantes.

L'expertise demandée est limitée à une technique, une thérapie ou une pathologie particulière.

L'évolution des activités des infirmières spécialisées

L'évolution de l'activité des IBODE

L'infirmier(e) IBODE verra ses activités évoluer du fait de quatre facteurs majeurs :

- la recherche de l'efficacité amenant à réorganiser et à optimiser les moyens (problématique de logistique),
- le volume et la complexification encore accrues des équipements biomédicaux,
- l'informatisation encore accrue des blocs,

-
- les exigences toujours accrues en sécurité sanitaire (traçabilité).

Ce ne sont pas véritablement les actes techniques soignants de l'IBODE qui évoluent mais la répartition du travail dans le bloc au sein de l'équipe (IDE de bloc, aide-soignant, ingénieur et technicien biomédicale, manipulateur en électroradiologie). Le rôle d'expert(e) infirmier(e) de bloc peut évoluer vers un rôle d'assistant au chirurgien encore plus affirmé pour le bon usage des équipements et éventuellement pour pratiquer quelques actes médicaux (ex. suture) ou encore, pour l'organisation du bloc (ex. gestion des flux des patients).

L'évolution de l'activité des IADE

La technologie médicale en matière d'anesthésie et de surveillance est en évolution, mais les pratiques de soins ne changent pas vraiment. Le cadre d'exercice de l'IADE est en outre fortement réglementé.

Ce qui va de fait modifier l'activité est l'impact de la démographie médicale des médecins anesthésistes, qui conduira à la généralisation des situations où le médecin supervise plusieurs salles en déléguant la surveillance et des actes aux IADE.

Le déploiement du système d'informations dans la sphère clinique concerne les IADE au même titre que les autres infirmier(e)s.

L'évolution de l'activité des Infirmières puéricultrice

Il n'y a pas de problématique spécifique liée aux activités de l'infirmière puéricultrice en hôpital comme en établissement médico-social ou socio-éducatif, car ce sont des activités très similaires à celles des infirmières en soins généraux, activités qui évoluent donc de façon identique.

La spécificité des infirmières en puériculture est d'exercer auprès des enfants. Aussi le problème auquel est confronté l'infirmière puéricultrice en hôpital est d'arriver à faire valoir, faire reconnaître sa valeur ajoutée face aux contraintes médico-économiques. Sa reconnaissance est largement acquise en maternité, dans les services MCO auprès des tous petits enfants, ou encore dans les services socio-éducatifs accueillant des enfants, où leur présence est obligatoire. Mais dans les unités de médecine ou de chirurgie accueillant des enfants plus âgés ou des adolescents, sa présence n'étant pas obligatoire, sa position n'est pas acquise et pourra être remise en question dans les années à venir.

Ensemble des activités confiées à des infirmier(e)s en pratiques avancées

« 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.* (se reporter en 2.5 Lexique)

Compte tenu des multiples facteurs d'évolution à l'oeuvre (coordination entre acteurs de santé, réseaux, gestion des parcours de santé, éducation des patients, démographie médicale, etc.), vont se développer de multiples activités infirmier(e)s présentant des situations cliniques complexes.

Il y a les pratiques avancées (délégation d'actes médicaux mais aussi en rôle propre infirmier, comme les consultations infirmières, l'éducation des patients...) et la coordination (gestion de flux, gestion de l'occupation des lits, gestion des sorties, orientation aux urgences, coordination des parcours de santé etc.).

Malgré la diversité des cadres d'exercice, toutes ces activités constituent un corpus

d'activités ayant comme caractéristique commune de correspondre à une aptitude certaine à diagnostiquer et à prescrire, à analyser des situations nouvelles complexes et à trouver des solutions innovantes, dans le champ du rôle propre infirmier et/ou dans le cadre de la délégation et la supervision d'un médecin.

A l'instar de ce que l'on voit dans d'autres pays (*voir ci-après en 2.5, le lexique*) et dans la continuité des expériences Berland mais aussi des activités actuelles infirmières expertes ciblées, il semble probable que l'ensemble des missions cliniciennes et/ou pratiques avancées nécessitant une expertise certaine, constitue un corpus d'activités confiées à des *infirmier(e)s expert(e)s clinicien(ne)s* dûment formées et qualifiées.

Les activités de pratiques avancées en soins généraux

Cela peut correspondre aux infirmier(e)s clinicien(ne)s ou coordinateur(ice)s qui émergent dans les établissements, à qui l'on confie des missions de :

- Participation au suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure parfaitement établie par les médecins et en concertation avec lui
- Coordination des examens de suivi et de reconduction,
- Suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance,
- Intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

Ces missions peuvent aussi s'exercer dans des spécialités médicales différentes, comme par exemple dans les expériences faites suite au rapport du professeur Berland sur la coopération entre médecins et soignants :

- En gastro-entérologie :
 - suivi des maladies chroniques (hépatite C, patients cirrhotiques, patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et de l'intestin),
 - suivi des patients atteints de cancers digestifs et soumis à des endoscopies itératives,
 - la réalisation des examens d'exploration fonctionnelle digestive.
- En cardiologie:
 - prise en charge clinique des pathologies cardiovasculaires notamment l'insuffisance cardiaque chronique pour l'éducation, le pronostic, le dépistage, la coordination de réseaux de soins.
- En néphrologie, les infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialistes pourraient se voir transférer sous l'autorité des médecins spécialistes un certain nombre d'activités :
 - en cas d'insuffisance rénale chronique : suivi de paramètres cliniques et biologiques préalablement définis, planification du suivi biologique, etc.
 - en cas de traitement substitutif par dialyse : éducation, information
 - en cas de patient dialysé : surveillance d'éléments directement liés à la dialyse, surveillance biologique, surveillance des vaccinations, etc.
 - en cas de malades transplantés : surveillance des paramètres cliniques et biologiques avec alerte aux médecins en cas d'anomalies pré-établies.
- En cancérologie, les infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialistes devraient pouvoir prendre en charge l'exécution pratique de la chimiothérapie, la consultation de reconduction de chimiothérapie, la surveillance post thérapeutique pour les patients en rémission complète selon un protocole clairement établi par le médecin spécialiste.
- En soins primaires, des infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialistes de soins primaires pourraient participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

D'autres missions émergent par ailleurs :

- En diabétologie, les infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialistes pourraient, selon un protocole pré-établi par le médecin spécialiste, prendre en charge une partie du suivi des patients diabétiques avec une action centrée sur l'éducation, le conseil et la surveillance de paramètres biologiques simples, en collaboration avec le diététicien.
- En psychiatrie : consultation d'orientation, suivi clinique des patients, encadrement et tutorat des jeunes professionnels, infirmier psy de liaison.

Les activités de pratiques avancées pour les infirmier(e)s spécialisé(e)s

De façon similaire, les infirmières spécialisées ont également des pratiques avancées en rôle propre ou par délégation médicale qui vont aller en augmentation dans les années à venir et qui devraient justifier reconnaissance et formation (et donc qualification).

Citons pour illustration :

- IADE : supervision des infirmières dans les salles de réanimation.
- IBODE : suture, pose de drain
- Infirmières puéricultrices : suivi des enfants prématurés, consultation d'orientation

Les activités de coordination des prises en charges ou des soins

Ces activités de coordination déjà émergentes sont amenées à se développer du fait du vieillissement de la population, de la nécessité de réduire les temps d'hospitalisation et d'optimiser les parcours de soins.

Les infirmier(e)s coordinateur(rice)s peuvent agir dans les réseaux comme des collaborateurs naturels des médecins promoteurs et coordinateurs du réseau. Elles doivent présenter un profil avec une longue expérience professionnelle et une diversité de formes d'exercice.

Dans certaines structures plutôt de grande taille va se développer une fonction d'infirmier de coordination et de réseau, véritable interface entre l'hôpital (notamment les urgences) et les différentes structures d'accueil du réseau. 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, EPHAD, 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.

Ses fonctions peuvent s'apparenter à celles du cadre de santé.

Evolution du socle commun de compétences

En sus des connaissances et compétences décrites dans les fiches métiers actuelles et dont le niveau de maîtrise dépendra beaucoup de la spécificité d'activité du poste, on peut évoquer les besoins futurs en connaissances et compétences nouvelles suivants pour l'ensemble des métiers infirmiers.

Evolution des connaissances

De façon transverse, l'acquisition de certaines connaissances qui ne sont pas toujours bien transmises en formation initiale sont de plus en plus requises :

- connaissance approfondie du milieu médical, de l'organisation médicale, du système de santé et de son organisation, du vocabulaire médical,
- connaissance en bureautique et des logiciels dédiés,
- connaissance en méthodologie et en traçabilité des actes,
- connaissance des procédures de contrôle et des normes qualité,
- connaissance en hygiène hospitalière,

-
- connaissances en analyse de situations de soins (fin de vie, annonce de cancer, etc.)
 - connaissance de l'environnement sanitaire, social et médico-social.

Evolution des compétences

Plusieurs nouvelles compétences doivent être développées dans les années à venir de façon à assurer :

- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le développement des démarches qualité et de sécurité sanitaire,
- la prise en charge des patients dans une approche globale (notamment la dimension sociale) et dans un parcours de santé, l'hospitalisation devenant de plus en plus un simple passage (de plus en plus court) et la sortie étant à anticiper au plus tôt,
- la mise en oeuvre des pratiques avancées et d'expertise,
- le déploiement du système d'information dans la sphère clinique,
- l'utilisation accrue de la télécommunication et des équipements biomédicaux de plus en plus numériques.

Evolution du positionnement fonctionnel

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 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>

La position d'infirmier(e) référent(e) dans un premier niveau d'expertise sera généralisée dans l'organisation des équipes (tuteur, référent "plaies", qualité, EPP, hygiène...).

Les infirmier(e)s en pratiques avancées vont émerger avec une reconnaissance à terme au niveau réglementaire, infirmier(e)s sans doute chargées pour certain(e)s de pratiquer des actes médicaux par délégation.

Evolution du profil

La mise en œuvre de la formation continue pour faciliter l'adaptation au poste puis l'adaptation aux multiples évolutions organisationnelles, techniques, informatiques, etc. ; l'encouragement à la mobilité qui permet de constituer un portefeuille d'expériences et de compétences ; le développement d'expertises ciblées : tout cela milite pour une gestion individualisée des parcours de formation, gestion qui devra néanmoins s'inscrire dans le cadre d'une gestion collective et prospective des emplois et des compétences.

Aussi, dès la sortie de la formation initiale, des infirmier(es) en soins généraux ou spécialisé(e)s, la montée en compétence et en expérience devrait être identifiée, reconnue et sans doute valorisée, et cela en prenant en compte tout le parcours professionnels, y compris en dehors de l'établissement.

Du fait du rapprochement de la formation professionnelle avec le système universitaire européen (LMD), à plus ou moins long terme, il sera établi des correspondances et des équivalences universitaires, permettant de créer des passerelles et de valoriser la montée en compétences et expériences par qualifications.

Et s'il est une qualification à établir, il est fort probable que cela soit pour les pratiques avancées, une qualification qui pourrait correspondre à un Master. Soulignons que cette qualification devenue universitaire ne saurait s'acquérir sans des années de pratiques préalables.

La question d'une graduation avec des passages aux niveaux Licence et Master 1ère année est posée dans le cadre du parcours de professionnalisation des infirmières en soins généraux ou les infirmières spécialisées "expertes ciblées", sachant que le diplôme des infirmières spécialisées constitue déjà un premier niveau.

Soulignons que la VAE ne donne pas droit automatiquement à des diplômes mais qu'elle permet de reconnaître des compétences acquises par l'expérience qu'il s'agit certainement de conforter et d'étayer par des cursus de formation (à individualiser sans doute) permettant d'approfondir les connaissances. Le passage à un niveau universitaire supérieur ne peut en aucun cas correspondre à une simple addition d'expériences mais bien à l'acquisition effective d'une capacité supérieure d'abstraction, de formalisation, d'une capacité à appréhender des situations plus complexes et à trouver des solutions innovantes sortant du format préétabli.

Problématique du recrutement

Pour toutes les professions de santé et de l'action sociale, les organisations du travail fonctionnent avec des effectifs soignants au plus juste voire en sous effectif (absences non suppléées, postes vacants, etc.), ce qui accroît les mauvaises conditions de travail (pénibilité, stress...) et accentue en conséquence la faible attractivité et les phénomènes de fuite du secteur et l'absentéisme.

Les facilités ou difficultés de recrutement dépendront d'un côté de la capacité des universités et organismes de formation à faire évoluer leur cursus et contenu de formation parallèlement aux besoins de compétences et, de l'autre côté, de la capacité des établissements à mettre en œuvre des politiques de recherche, d'accueil des stagiaires, d'intégration des nouveaux salariés puis de fidélisation des professionnels. Cet enjeu et ces actions ne sont pas spécifiques aux métiers infirmiers mais concernent également d'autres métiers en tension (médecins, aides-soignants, kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie...).

Les règles de recrutement (plutôt en interne) pour les postes infirmier(e)s coordinateur(ice)s et de pratiques avancées devraient se baser sur trois critères : capacité aux relations interpersonnelles, expérience professionnelle et formation approfondie.

La faible attractivité de certaines activités (gérontologie, psychiatrie) est d'autant plus problématique que c'est précisément dans ces activités où les besoins en soignants devraient augmenter.

Il s'agira à l'avenir d'une part de reconnaître et de valoriser les spécificités des emplois infirmiers dans ces activités et, d'autre part, d'organiser et de mettre en avant les avantages en matière d'horaires ou de conditions de travail. Certains établissements recherchent des solutions en terme d'horaires "à la carte", en mixant les combinaisons au sein des services pour assurer la continuité de soins tout en offrant des solutions personnalisées au personnel soignant.

La concurrence du privé en termes de salaires pour certaines spécialités est à prendre en considération.

Besoins futurs en formation initiale et continue

Formation continue

Adaptation au poste pour IDE

Si la formation initiale des IDE donne le socle nécessaire à la polyvalence, ce n'est pas pour autant que les jeunes infirmier(e)s sont adaptées à chaque poste spécifique de travail. Aussi, au-delà de la formation initiale, dans le cadre de la prise de poste, on peut soulever la nécessité d'un tutorat renforcé pour faire face à un temps non standardisable d'adaptation nécessairement de plus en plus long des nouvelles infirmier(e)s ou nouvelles infirmier(e)s spécialisé(e)s. En parallèle, doivent être mieux identifiées les compétences clés requises, spécialité par spécialité, afin de mieux les transmettre.

Dans certaines spécialités comme en psychiatrie, un tutorat long est indispensable.

Besoins spécifiques IADE

Pour les IADE, une formation approfondie aux nouveaux matériels est nécessaire pour leur permettre d'exercer au mieux leur responsabilité de matériovigilance. Les IADE ont également des besoins de formation continue en informatique (matériel et logiciel).

Besoins spécifiques IBODE

Pour les IBODE, le besoin en formation sur les appareils médico-techniques est bien sûr marqué, mais ne doit pas être exclusif.

Les IBODE pourraient développer une fonction d'information plus importante des patients. L'accueil se renforce d'autant plus que se développe la chirurgie ambulatoire.

Besoins spécifiques Infirmière Puéricultrice

Les besoins en formation sont proches de ceux des infirmier(e)s en soins généraux pour les infirmières puéricultrice exerçant en hôpital. Pour celles qui exercent dans le secteur médicosocial, les besoins sont plus spécifiques et concernent l'animation d'équipe et la dimension sociale et juridique de la prise en charge d'enfants en institution mais aussi de l'éducation des parents en difficulté.

Formation qualifiante initiale et tout au long de la vie

La nécessité d'une expertise soignante et donc d'un renforcement significatif des compétences des professionnels soignants va susciter l'adaptation de la formation initiale et continue (apprentissage des savoir-faire, capacité à acquérir l'expertise technique tout en préservant la capacité de polyvalence).

Le champ d'exercice infirmier et la complexité des prises en charge nécessitent, au-delà des formations initiales, d'accéder à des formations supérieures, spécifiques aux soins infirmiers, offrant des possibilités de carrière dans les domaines cliniques, de la gestion-management

et de l'enseignement.

Le diplôme d'Infirmière diplômée d'Etat devra également s'intégrer dans la mise en œuvre du système européen LMD (Licence, Master, Doctorat) avec des positionnements à déterminer pour les différents niveaux et spécialité:

- Spécialités infirmières IADE, IBODE et puériculture,
- Gestion et management, pour former les cadres de santé de proximité puis à un niveau approfondi pour les cadres supérieurs de santé (niveau Master),
- Ingénierie de formation et pédagogie, débouchant sur le métier d'enseignant (niveau Master puis Doctorat, en lien avec la Recherche),
- Clinique et pratiques avancées de soins, préparant aux infirmier(e)s expertes clinicien(ne)s (niveau Master),
- Recherche en clinique et pratiques soignantes (Doctorat à créer).

Développement de passerelles et parcours professionnels

L'évolution de carrière pour les infirmier(e)s vers le métier de cadre de santé ne devrait pas être la seule possibilité de promotion.

La valorisation et la reconnaissance des différents niveaux d'expertise, de compétences et de prises de responsabilité au sein du même métier infirmier, permettront de développer un parcours professionnel qui ne serait pas uniquement orienté vers l'encadrement.

La filière de la formation en soins infirmiers est également une possibilité d'évolution de carrière, avec sans doute la nécessité d'un maillage entre enseignement et pratique. Cette évolution devrait démarrer avec le tutorat au sein des équipes soignantes et aboutir à des fonctions de responsable pédagogique, d'enseignant (voire, à terme, à des postes d'enseignant-chercheur dans l'hypothèse du développement d'une filière doctorale de la clinique et des soins infirmiers).

Toutefois, la fatigue, les risques d'invalidité mais aussi la perte de motivation des infirmier(e)s en milieu de vie professionnelle demandent aussi la détection de postes aménagés dans la sphère soin ainsi que dans les fonctions de support.

Indication d'évolution quantitative

Selon les données démographiques de l'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière de mars 2003 par rapport aux effectifs de 1999, les départs devraient être jusqu'en 2014 :

- Infirmier(e)s : -54% (-93.997), pic en 2011
- IBODE -50% (-2.137) pic à partir de 2014
- IADE -49% (-3.147), pic à partir de 2014
- Infirmières puéricultrices -46% (-2.737), pic en 2012

Le quota de formation est passé en quelques années de 18 000 à 30.000 ; les effectifs passeraient de ce fait (et sous hypothèse de fidélisation dans le métier) de 423.000 en 2003 à 500.000 en 2014 et 550.000 en 2020.

Selon le rapport « Les métiers en 2105. Rapport du groupe 'Prospective des métiers et qualifications' » Cas et DARES janvier 2007, le nombre de postes d'infirmières à pourvoir d'ici 2015 dans les métiers de la santé et de l'action sociale s'élèvera à 515.000 prenant pour base un nombre en 2005 de 438.000 de postes. Il s'agit donc de pourvoir de 2005 à 2015, environ 195.000 postes d'infirmières, correspondant à :

- une création nette d'emplois : 77.000 postes
- et le remplacement pour départ de l'emploi : 118.000 postes.

Vers une nouvelle fiche métier

Infirmier en soins généraux IDE

Activités principales

- Administrer des soins infirmiers prescrits ou conseiller par un médecin
- Prendre en charge le patient dans une approche global
- Mettre en place et utilisation du dossier de soin
- Réaliser des soins généraux et spécifiques au service
- Réaliser de la recherche médicale
- Coordonner le planning équipe et patient
- Collaborer techniquement avec le médecin
- Evaluer les besoins des patients en terme de suivi, éducation, etc.
- Consulter les patients pour du conseil, de l'information, d'aide, de soutien du patient dans ces conditions de vie
- Accueillir et encadrer pédagogique des étudiants, stagiaires
- Améliorer la qualité des soins ou le changement dans l'organisation des soins

Savoir-faire requis

Domaine	Savoir faire clé	Importance actuelle	Importance future
Pratiques de soins	Evaluer les besoins de santé et les attentes du ou des patients	++	=
	Identifier les signes et symptômes liés à l'état de santé du patient	++	=
	Réaliser un entretien pour recueillir les données selon les pratiques professionnelles	++	=
	Evaluer le degré de gravité et de risques en situation d'urgence	++	=
	Anticiper et identifier les risques liés aux situations de soin	+	=
	Utiliser les moyens techniques adaptés aux pathologies du patient	++	=
	Coordonner les interventions soignantes avec les professionnels de santé	=	+
	Informier, contribuer à la formation des étudiants stagiaires	++	=
	Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles par la formation et la recherche	++	++
	Réaliser un compte-rendu de l'état de santé du patient	++	++
	Rechercher, traiter et transmettre les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins	+	++
Gestion de projet	Concevoir, élaborer et conduire un projet de soins infirmiers	++	++
Comportement relation	Accompagner le patient dans la réalisation des activités de la vie quotidienne	++	=
	Informier le patient et son entourage de l'organisation des soins réalisés, des techniques et des éléments en rapport avec sa situation	=	+
	Travailler en équipe, en réseau	++	+++

Management	Elaborer et exécuter une démarche d'aide thérapeutique, de conseil, d'éducation et de formation	+	=
Risques et qualité	Optimiser la qualité, la sécurité des soins et des activités	++	++
	Evaluer la satisfaction des patients	++	++
Bureautique	Utiliser les outils bureautiques	++	++
	Réaliser des comptes-rendus	+	++

IBODE

Activités principales

- Collecter les données, besoins et attentes des patients
- Accueillir, accompagner et soutenir les patients opérés
- Contrôler le fonctionnement du matériel, de l'équipement de la salle d'opération et des locaux
- Contrôler, préparer, présenter et utiliser les dispositifs médicaux stériles et non stériles nécessaires
- Rédiger de document de traçabilité
- Transférer les patients opérés et transmettre les données médicales et administratives
- Gérer les stocks et réaliser des commandes pour le bloc opératoire
- Encadrer et former les stagiaires, les nouveaux agents et les personnels placés sous sa responsabilité

Savoir-faire requis

Domaine	Savoir faire clé	Importance actuelle	Importance future
Pratique des soins	Adapter les techniques à chaque mode opératoire	+	=
	Apprécier l'état de santé des patients	++	=
	Elaborer un diagnostic sur une situation clinique	=	=
	Evaluer et soulager la douleur des patients	++	++
	Développer la manipulation des technologies médicales en matière d'anesthésie et de surveillance	++	=
Comportement relation	Prendre soin du patient en situation d'intervention chirurgicale et pendant la réalisation de l'acte	=	=
	Travailler en groupe, et avec des chirurgiens différents	++	++
	Dialoguer et coopérer au sein d'une équipe opératoire	=	=
Hygiène, sécurité et qualité	Elaborer et certifier de la qualité et de la sécurité des interventions en bloc opératoire ou en salle d'intervention	++	+++
	Créer des procédures d'hygiène spécifique au bloc opératoire	++	=
	Evaluer la satisfaction des patients	++	++
Management	Se former et s'informer sur les évolutions professionnelles afin de développer une expertise en bloc opératoire	++	=

	Organiser le travail afin de le rendre formateur pour les stagiaires ou le personnel	++	++
Bureautique	Utiliser les outils bureautiques	++	=
	Réaliser des comptes-rendus	+	=

IADE

Activités principales

- Collecter les données, les besoins et les attentes du patient
- Accueillir et soutenir le patient psychologiquement
- Réaliser et contrôler les soins infirmiers en anesthésie, réanimation ou traitement de la douleur
- Contrôler et préparer le matériel d'anesthésie nécessaire selon le type d'intervention, la durée, le patient, et le choix d'anesthésie
- Surveiller du déroulement de l'anesthésie et de la réanimation ou du traitement de la douleur

Savoir-faire requis

Domaine	Savoir faire clé	Importance actuelle	Importance future
Pratique des soins	Elaborer un diagnostic sur une situation clinique	=	=
	Evaluer et soulager la douleur des patients	++	++
	Développer la manipulation des technologies médicales en matière d'anesthésie et de surveillance	++	++
	Identifier et choisir le matériel nécessaire à l'anesthésie et la réanimation du patient	=	+
	Adapter l'anesthésie au patient et à l'intervention chirurgicale en prévenant des risques	++	=
	Déceler les situations d'urgence, les complications du réveil pour alerter et agir en conséquence	++	++
	Mettre en œuvre des pratiques avancées et d'expertise	++	++
Hygiène, sécurité et qualité	Evaluer la satisfaction des patients	++	++
Comportement relation	Transférer son savoir faire aux étudiants et nouveaux personnels	++	=
	Travailler en équipe avec des médecins, infirmiers, brancardiers, techniciens biomédicaux, pharmaciens	++	+++
Bureautique	Utiliser les outils bureautiques	++	++
	Réaliser des comptes-rendus	+	++

Infirmier(e) en puériculture

Activités principales

- Recueillir les données cliniques, les besoins et les attentes de l'enfant et sa famille
- Etablir un projet de soins et sa planification
- Réaliser et contrôler les soins de l'enfant
- Surveiller l'état de santé de l'enfant
- Seconder le pédiatre lors de la réalisation des soins de l'enfant
- Informer et éduquer l'enfant et sa famille aux soins à réaliser

- Gérer et contrôler des produits, des matériels et des dispositifs médicaux
- Coordonner et organiser les activités et soins concernant les enfants

Savoir-faire requis

Domaine	Savoir faire clé	Importance actuelle	Importance future
Pratiques de soins	Elaborer, formaliser et décider de la réalisation des soins selon le diagnostic	++	=
	Evaluer l'état de santé et l'autonomie de l'enfant	=	=
	Adapter les soins, activités thérapeutiques et d'éveil à l'enfant	++	++
Comportement relation	Créer une relation de confiance avec l'enfant et son entourage	+	+
	Réaliser des entretiens d'aide, d'information et éducation	=	+
	Identifier les situations d'urgence, de crise, de maltraitance	++	=
Hygiène, sécurité et qualité	Evaluer la satisfaction des patients	++	++
	Evaluer la qualité des pratiques et les résultats des soins infirmiers	++	++
Comportement, relation	Travailler en équipe et réseau	++	+++
Management	Répartir le travail d'équipe, hiérarchiser les priorités	=	+
Bureautique	Utiliser les outils bureautiques	++	++
	Réaliser des comptes-rendus	+	=

Connaissances associées

Pour l'ensemble des métiers infirmiers

Domaine	Connaissances	Importance actuelle	Importance future
Pratiques médicales	Connaître le milieu médical, l'organisation médicale, système de santé et son organisation, et le vocabulaire médical	+	++
	Connaître les soins infirmiers	++	=
	Bureautique et logiciels dédiés	+	++
Hygiène et sécurité	Connaître les règles d'hygiène du milieu hospitalier et du système d'information	++	++
	Connaître les règles d'hygiène et de sécurité hospitalière	++	++
Relations de travail	Connaître l'environnement sanitaire, social et médico-social	+	++

Les enjeux RH et pistes d'action pour accompagner l'évolution du métier

Enjeu de développement des compétences des infirmières

Problématique

Les champs de plus en plus investis par les infirmières sont : le raisonnement clinique, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, la prévention, la gestion des risques.

Les infirmières vont produire et consommer de plus en plus d'informations et de

connaissances ; il s'agit de développer un "rapport intelligent à la connaissance", de ne pas être prisonnier des outils d'une part, et de savoir analyser, formaliser, transmettre, faire faire (aide soignante, aide à domicile, etc.) d'autre part.

Encore faut-il que le système permette cette évolution, car la tendance est aussi de se concentrer sur le fait d'exécuter le strict nécessaire, dans l'urgence.

L'enjeu du développement des compétences implique donc parallèlement de continuer à avoir un projet global motivant.

La mise en place d'une nouvelle organisation, de nouvelles pratiques, d'un nouvel outil nécessite temps et formation. Le déploiement du système d'information hospitalier dans la sphère soignante (ex. Dossier patient informatisé...) va engendrer une mobilisation des soignants et un effort certain d'adaptation alors que les moyens humains sont limités (le temps est compté) et que les contraintes médico-économiques sont (très) fortes.

La mutation de l'hôpital public en particulier sera déterminée par cette capacité à mobiliser les infirmier(e)s dans cette phase d'investissement qui coûte et dont les bénéfices (gain de temps, meilleure qualité, etc.) ne sont pas encore perceptibles.

Pistes d'action

- Définir des plans de formation individualisée (portefeuille de compétences, bilan des compétences)
- Mettre en oeuvre des actions collectives de formation, de veille, d'analyse des pratiques
- Libérer du temps pour organiser, analyser les procédures affectées et les adapter
- Reconnaître la montée en expertise et notamment l'expertise ciblée ; la proposition d'un système de rémunération donnant plus de latitude à la valorisation de la performance et du développement des compétences devrait être envisagée.

Le développement collectif des compétences

Problématique

Au delà du plan de formation qui peut être individualisé, il s'agit d'avoir une approche globale de l'acquisition des compétences, individuelles et collectives, par le biais de la formation (sous de multiples modalités), de l'apprentissage en poste ou de travail collectif sur les pratiques (veille, analyse, évaluation, etc.). Cette approche est nécessairement complétée par une gestion des parcours professionnels connectée à la gestion prospective des emplois et des compétences. Elle est également indissociable d'une relation étroite avec la formation initiale (stages, mise à disposition de professionnels pour l'enseignement, etc.).

Pistes d'action

Le développement global des compétences semble correspondre à cinq axes complémentaires :

- mieux accompagner et reconnaître le développement des compétences en cours de carrière,
- valoriser l'expertise de formateur et d'analyse des pratiques infirmières ; reconnaître les profils dans les équipes, identifier les potentiels, former et trouver des modalités de rémunération des compétences nouvelles acquises,
- organiser le transfert des savoir-faire clé entre les plus expérimentés et les jeunes ; cette question est aigue dans les spécialités où beaucoup de savoirs s'apprennent par l'expérience, particulièrement en psychiatrie ; le développement du tutorat semble là prioritaire,
- améliorer la qualité de l'accueil des stagiaires et surtout l'adéquation entre la théorie et

la pratique, entre l'enseignement en cours et la réalité des métiers vécue en stage,

- améliorer l'intégration des nouveaux arrivants dans les équipes,
- favoriser une plus grande porosité entre enseignants et praticiens.

Enjeu de l'attractivité et de la fidélisation

Problématique

Avant la nécessaire et souhaitable mobilité, il est important que les équipes puissent compter sur des équipes stables, car seule cette stabilité permet à chacun et au collectif d'acquérir une expérience (de travailler ensemble, de développer des problématiques de soins spécifiques, etc.) qui favorise l'augmentation de la qualité soignante.

Dans certaines régions, et en particulier en Ile de France, est posée la question de l'habitat et, en conséquence, la question des temps de transport, qui incite les infirmières jeunes mamans à chercher un autre cadre d'exercice avec des horaires plus adaptés ou un autre établissement plus proche du domicile.

En outre, des spécialités médicales (ex. gériatrie, psychiatrie), des modes d'exercice (ex. la nuit), des régions (ex. Nord) et des établissements (ex. hôpital local) présentent des difficultés de recrutement plus grandes qu'ailleurs.

Pistes d'action

- Sensibiliser et former les cadres à l'accueil puis à l'écoute individualisée des besoins et attentes ; à l'explicitation du projet de soin d'établissement et de pôle au niveau de l'unité et pour chaque soignant ; à la création d'un bon climat de travail au niveau de l'unité à la mise en oeuvre d'une politique de développement des compétences individuelles ; à la mise en place puis mise en oeuvre d'une politique des compétences collectives (unité apprenante : ce qui améliore la fidélisation et l'attractivité)
- Généraliser les enquêtes de climat social et leur exploitation pour mettre en oeuvre des plans d'actions
- Développer les possibilités d'évolution personnelle, y compris avec des plans de reconversion ou encore de mobilité inter-établissement ; ceci afin de d'accroître l'attractivité
- Travailler sur les conditions d'exercice (horaires, organisation du travail), en lien avec les problématiques de transport
- Apporter des solutions aux questions de l'habitat, de la garde des enfants (convention avec les offices HLM, les mairies pour les crèches, chèques services...)

Enjeu de la clarification des transferts des actes et de la délégation

Problématique

Les responsabilités et les champs de compétence de la profession infirmière sont plus élargis (ex. droit de prescription, accroissement du rôle des infirmier(e)s dans le cadre des soins de santé primaire ou des soins à domicile). Les frontières entre aides soignants et infirmières et entre infirmière et médecin deviennent floues et peuvent être dépassées dans le contexte local ; il s'agit de clarifier les pratiques et maîtriser les dépassements (formation, protocole, évaluation...).

Les expériences actuelles de délégation aux infirmières touchent la promotion des soins (bilan de santé, conseil, éducation, dépistage), les maladies chroniques, la prise en charge des patients non diagnostiqués.

L'évolution du métier vers un élargissement de son champ d'activité doit être accompagné d'une clarification réglementaire et d'un dispositif de formation permettant l'acquisition des

compétences (et qualifications) nécessaires. En particulier, la question de la responsabilité juridique des professionnels de santé dans leur exercice devient centrale, et le travail collaboratif doit nécessairement intégrer cette dimension.

L'enjeu du maintien de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte de démographie médicale de plus en plus tendue fait écho aux enjeux précédents et les réponses à apporter rejoignent celles qui ont précédemment été évoquées.

Pistes d'action

- Adapter et organiser la formation continue dans une logique d'acquisition progressive des compétences et d'expertise (reconnue)
- Intégrer dans la formation initiale que le métier implique une acquisition progressive et continue des savoirs, pouvant aller dans certains cas jusqu'à des niveaux d'expertise et de pratiques avancées
- Enrichir les métiers soignants (valorisation et attractivité)
- Clarifier et modifier la réglementation relative à l'exercice des professionnels du soin (travail en cours à l'HAS).

Enjeu de l'émergence d'un(e) infirmier(e) en pratiques avancées

Problématique

Vont se multiplier les activités exigeant un niveau de pratiques avancées, sur le rôle propre infirmier, sur prescription médicale et éventuellement dans le cadre de délégation d'actes médicaux. Pour répondre à cette demande, les établissements confient ces missions à des infirmier(e)s expérimenté(e)s, ayant suivi des formations spécifiques et développant une capacité à traiter des problématiques complexes, à porter des diagnostics sur des situations compliquées, trouver des solutions innovantes...

Au delà des spécificités des activités médicales (des pathologies, des types de patients...), ces infirmières hautement qualifiées développent un corps de compétences, doivent acquérir des connaissances théoriques et techniques nouvelles, méthodes et outils d'analyse, un ensemble de savoirs et savoir-faire constituant un socle commun.

Pistes d'action

- Etablir une définition officielle d'un référentiel de compétences "socle commun" de l'infirmier(e) en pratiques avancées
- Etablir une définition officielle d'un référentiel de formation et mise en place d'un dispositif qualification (formation et VAE)

Annexe : lexique

Infirmière experte

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

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.*

« 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*

« 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.

Aux USA deux options : « Clinical Nurse Specialist » (CNS) et « Nurse Practitioner » (NP).

Infirmière clinicienne

Correspond en France à la : « Clinical Nurse Specialist » des USA.

Se situe comme un agent de changement, et un expert clinique. Elle exerce toutes les activités de l'infirmière praticienne 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.

Les « *infirmiers cliniciens* » en France ont fait une formation de 40 jours environ dans le cadre d'organismes de formation, sans contrôle du ministère de la santé. Les personnes formées ont souvent des missions particulières soit dans des postes spécifiques, soit au sein d'équipes de travail. Elles contribuent à analyser les situations complexes de soins, à aider les équipes à prendre en charge des patients jugés difficiles soit du fait de leur pathologie, soit du fait des situations. Elles sont une référence dans les domaines de l'éducation thérapeutique, de l'information et du suivi des personnes. Beaucoup réalisent des consultations infirmières d'éducation, de conseil, de suivi de pathologies chroniques, sur la base des actes possible dans le cadre du rôle propre infirmier.

Des « personnes ressources ou expertes » peuvent devenir des cliniciens à partir du moment où elles ont reçu une formation relativement longue, élargi le champ de leur 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 « *nurse practitioner* » (des expérimentations en France)

Aux USA, la *Nurse Practitioner* 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 soignants
- 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)

Elles assurent le lien entre le patient, la famille, le médecin et les autres professionnels. Elles se préoccupent davantage du contexte de vie du patient que le médecin. Elles apportent stabilité, et cohérence et contribuent à la continuité des soins pour les patients. Elles sont une ressource pour les jeunes assistants médecins. 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 (16%), centres d'éducation aux patients(14%), services de consultation en milieu hospitalier(10%), organismes de santé, maisons de repos, prisons(4%), en association avec un médecin ou indépendamment en pratique privée(36%)
- 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)

De nouveaux domaines s'ouvrent à la *nurse practitioner*, citons la clinique de la douleur, les soins de plaie, la médecine du sport, le cathétérisme cardiaque, la chirurgie plastique.....

Les *nurses practitioners* ne devraient pas exister en France sauf dans le cadre des expérimentations, puisque ces infirmiers, en sus de leur fonction enrichie autour du rôle propre, exercent des activités déléguées par les médecins. En réalité, on s'aperçoit que de nombreux services ont développé ce type de liaison particulière entre un médecin et un infirmier. Le médecin trouve plus compétent quelqu'un de proche à qui il confie un peu plus qu'à un autre des actes de soins et il contrôle lui même le travail de cette personne. Le montage devient alors 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.

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 déjà 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.