**CAHIER DES CHARGES**

# Appui à la sécurisation des pratiques paramédicales en situation d'exercice isolé et à la construction de programmes de formation continue

| **Informations générales** | |
|---|---|
| Domaine | Santé / RHS / Réforme hospitalière |
| Projet | Dispositif d'assistance technique en appui à la mise en œuvre du financement budgétaire programmatique dans le secteur des Ressources Humaines en Santé |
| Lieu | Côte d'Ivoire – régions pilotes définies par la DFRS |
| Durée | 60 jours/homme d'expertise internationale |
| Temporalité de la mission | Janvier 2027- juin 2027 |

## 1. Présentation d'Expertise France

Expertise France est l'agence publique de conception et de mise en œuvre de projets internationaux de coopération technique. L'agence intervient autour de quatre axes prioritaires :

- Gouvernance démocratique, économique et financière ;
- Paix, stabilité et sécurité ;
- Climat, agriculture et développement durable ;
- Santé et développement humain.

Dans ces domaines, Expertise France assure des missions d'ingénierie et de mise en œuvre de projets de renforcement des capacités, mobilise de l'expertise technique et joue un rôle d'ensemblier de projets faisant intervenir de l'expertise publique et des savoir-faire privés.

**Expertise France met en œuvre plusieurs projets en Côte d'Ivoire depuis 2015**, dans des domaines différents (énergie, santé, gouvernance financière, sûreté…). Dans le domaine de la santé, Expertise France a mené de 2015 à fin 2018 sur fonds C2D un accompagnement technique du Ministère ivoirien de la Santé pour ses réformes dans le secteur hospitalier, la régulation du secteur privé, le code de prévention et promotion de la santé, et le corps d'inspecteurs en santé. Expertise France a également accompagné le Ministère de la Santé ivoirien dans sa réforme du secteur pharmaceutique, et a mis en œuvre un projet de télémédecine en cardiologie à Bouaké.

Expertise France dispose en Côte d'Ivoire d'une direction pays qui pilote l'activité opérationnelle dans le pays, et s'appuie pour cela sur un département Unité Support Projet (USP).

# 2. Contexte et justification

Dans les structures de santé situées en zone isolée, les professionnels paramédicaux en particulier IDE, sage-femmes et maïeuticiens peuvent être amenés à assurer une offre de soins de proximité dans un environnement caractérisé par une présence médicale intermittente, un accès médical à distance ou un recours différé, en particulier dans le cadre de la prise en charge de la mère et de l'enfant et des urgences. Cette configuration impose de préciser les conditions d'exercice, les limites d'autonomie, les modalités de recours médical et les compétences nécessaires à une prise en charge sûre.

Les documents préparatoires disponibles décrivent un périmètre d'activité large : consultations de première intention, triage et urgences, soins materno-infantiles, organisation du recours et de l'évacuation sanitaire, télémédecine, prévention et promotion de la santé communautaire, hygiène, gestion du centre, traçabilité du dossier patient, gestion des ressources, des stocks et des équipements.

Dans ce contexte, la mission vise à sécuriser les pratiques réalisées en situation isolée, en distinguant les actes relevant du champ habituel de compétences des paramédicaux, ceux nécessitant un protocole ou une supervision médicale, et ceux devant faire l'objet d'une validation conjointe par les autorités et parties prenantes compétentes. Les incidences juridiques en seront en seront examinées avant validation définitive. Elle doit également traduire les besoins identifiés en programmes structurés de formation continue.

## 2.1. Définition retenue de l'exercice paramédical en poste isolé

Dans le cadre de la présente mission, l'exercice paramédical en poste isolé désigne l'exercice d'un professionnel paramédical, notamment infirmier et sage-femmes, au sein d'une structure de soins de proximité ne disposant pas d'une présence médicale permanente et pour laquelle l'accès à une structure médicale de référence est contraint par la distance, les délais de recours ou les conditions de transport.
Dans cette configuration, le professionnel paramédical assure, dans les limites de son champ de compétences et selon les protocoles applicables, des activités de soins de premier recours, de prévention et de prévention et promotion de la santé ainsi que, le cas échéant, des fonctions concourant à l'organisation et au fonctionnement du centre de santé.
La situation de poste isolé repose notamment sur la combinaison des trois critères suivants :

- absence de médecin en permanence sur le site ;
- éloignement géographique ou délai significatif d'accès au niveau médical de référence ;
- nécessité d'une autonomie accrue du professionnel paramédical dans l'évaluation initiale, la mise en œuvre des premières mesures appropriées et l'orientation du patient.

## 2.2. Trois domaines indissociables de l'exercice en poste isolé

**1. Offre de soins.** Consultations de première intention, santé materno-infantile, accueil et triage, prise en charge des urgences, recours à l'avis médical, permanence des soins, consultations médicales avancées, télémédecine/téléexpertise, critères et préparation des évacuations sanitaires (EVASAN), dossier patient, traçabilité et continuité des soins, ainsi que les actes pouvant relever d'un protocole ou d'une délégation encadrée.
**2. Prévention et promotion de la santé :** Campagnes de prévention et promotion de la santé, vaccination, dépistages, éducation pour la santé, santé communautaire, surveillance d'événements sanitaires, hygiène publique et mobilisation des relais locaux.

**3. Gestion du centre de santé.** Organisation du centre, planification des ressources humaines, gestion des stocks et médicaments, chaîne du froid, équipements et maintenance, hygiène et déchets, suivi des indicateurs d'activité, reporting, gestion documentaire et coordination avec les autorités sanitaires et les structures locales.

### 2.3. Cadre réglementaire

Les travaux devront s'inscrire strictement dans le cadre juridique et réglementaire ivoirien applicable aux professions concernées. Il s'agit notamment de la loi n° 2024-979 du 7 novembre 2024 portant Code de déontologie et exercice de la profession infirmière et à son article 60 relatif à la conduite de l'infirmier en l'absence de médecin face à une situation d'urgence. Le prestataire devra vérifier et analyser l'ensemble des textes applicables au démarrage de la mission et identifier les éventuels besoins de clarification ou d'arbitrage institutionnel.
Parallèlement, le ministère conduit ses propres travaux sur la structuration de la formation des professionnels en pratique isolée. Des formations vont être réalisées encore en 2026 sur le budget propre de la DFRS, et la mission devra tenir compte de ces orientations afin de favoriser la convergence des démarches, tout en conservant un périmètre propre centré sur l'identification et la sécurisation des actes ainsi que sur la construction des programmes de formation continue, dans les accompagnements d'adaptation à l'exercice spécifique des emplois énoncés dans les centres isolés. L'atelier ministériel prévu sur les besoins prioritaires de formation, les compétences cibles, l'architecture pédagogique et organisationnelle, la reconnaissance des attestations et le cadre réglementaire ne constitue toutefois pas une activité contractuelle du présent marché : ses conclusions, lorsqu'elles seront disponibles, seront utilisées comme données d'entrée et éléments de cohérence.

# 3. Objet de la prestation

La prestation internationale assure le pilotage technique et méthodologique de la conception, de la sécurisation, de l'expérimentation et de l'évaluation du dispositif pilote d'exercice paramédical en poste isolé, en collaboration avec le consultant national.
La mission devra également développer les capacités nationales nécessaires à la pérennisation du dispositif, en privilégiant une stratégie de formation de formateurs plutôt qu'une intervention ponctuelle de formation directe des professionnels par le cabinet.

# 4. But et objectifs de la mission

### 4.1. But

Contribuer à la sécurisation, à l'harmonisation et à la professionnalisation de l'exercice paramédical en situation isolée

### 4.2. Objectif général

Définir de manière concertée le périmètre des actes à encadrer, et élaborer les programmes de formation continue nécessaires à leur réalisation sûre et conforme au cadre réglementaire et aux protocoles applicables.

### 4.3. Objectifs spécifiques

De manière plus spécifique, il s'agira de :

- Définir et documenter les situations d'exercice paramédical en poste isolé et les conditions dans lesquelles elles se déroulent.

- Décrire les pratiques réellement exercées dans les trois domaines : offre de soins, prévention et promotion de la santé et gestion du centre de santé.
- Identifier ce qui est réalisé conformément au cadre existant, ce qui devrait être réalisé mais ne l'est pas ou insuffisamment, et ce qui est réalisé sans cadre ou sans conditions suffisantes de sécurité.
- Analyser les écarts entre pratiques, besoins de santé, cadre réglementaire, compétences attendues et conditions réelles d'exercice.
- Définir un référentiel de compétences et une fiche de poste des paramédicaux exerçant en poste isolé.
- Préciser les conditions d'exercice sécurisé, notamment les modalités de recours et de régulation médicale, la protocolisation, la supervision, les consultations avancées, la télémédecine et l'EVASAN.
- Définir et faire valider au niveau national un dispositif pilote, incluant sa gouvernance, ses sites, ses modalités de mise en œuvre et ses indicateurs.
- Concevoir un dispositif de formation de formateurs permettant la pérennisation et le déploiement progressif du dispositif.
- Former un premier noyau de formateurs et les accompagner lors de leur première formation de professionnels exerçant en poste isolé.
- Évaluer le dispositif pilote, et formuler les recommandations pour son ajustement et son passage à l'échelle.

# 5. Principes directeurs et périmètre technique

La mission reposera sur les principes suivants :

- une approche centrée sur les situations réelles de travail et les besoins des populations ;
- une démarche participative associant les professionnels de terrain, les médecins, les responsables institutionnels, les acteurs de la formation et les patients/usagers
- la sécurisation de la responsabilité professionnelle des soignants ;
- l'irruption de la télémédecine dans le processus de prise en charge territoriale
- le respect strict du cadre réglementaire et des compétences professionnelles ;
- la distinction entre rôle propre, actes encadrés par prescription/protocole ou délégation, actes nécessitant un avis ou une supervision médicale, et actes ne pouvant être réalisés dans le cadre considéré ;
- une analyse systématique des trois domaines de l'exercice en poste isolé : soins, prévention et promotion de la santé et gestion du centre ;
- une logique de transfert de compétences et de pérennisation par la formation de formateurs ;
- une articulation explicite avec les travaux ministériels conduits en parallèle, sans substitution aux autorités compétentes.

# 6. Méthodologie attendue et phases de la mission

La méthodologie devra être participative, progressive et fondée sur la triangulation des données issues de l'analyse documentaire, des entretiens, des focus groups, de l'analyse de situations professionnelles et du benchmark. Compte tenu de la durée de la mission, aucune observation systématique des pratiques en situation de travail n'est exigée. Le prestataire privilégiera des méthodes de recueil compatibles avec le calendrier et permettant néanmoins une analyse robuste des pratiques réelles.

## Phase 1 – Cadrage, appropriation et préparation de la mission

Cette phase vise à partager une vision commune du projet, stabiliser le périmètre de la mission et organiser les conditions de réalisation du dispositif pilote.
Activités attendues :

- réunion de lancement avec le bénéficiaire et les autorités compétentes ;
- analyse documentaire et réglementaire initiale ;
- clarification des professions, structures, territoires et sites concernés ;
- cartographie des parties prenantes et définition de la gouvernance de la mission ;
- définition des critères de sélection des sites pilotes et des prérequis de mise en œuvre ;
- élaboration du plan de consultation et des outils de recueil ;
- validation du calendrier détaillé, des responsabilités et du circuit de validation des livrables.

**Livrable principal :** L1 – Note de cadrage du projet précisant la vision, la finalité, le périmètre, les cibles, les prérequis, la gouvernance, la méthodologie, les outils, les sites/critères de sélection et le calendrier.

## Phase 2 – État des lieux des pratiques en poste isolé

Cette phase vise à documenter ce qui est réellement réalisé dans les structures concernées, ce qui devrait être réalisé au regard des missions attendues, et les pratiques qui sont réalisées alors qu'elles ne devraient pas l'être ou qu'elles ne disposent pas de conditions suffisantes d'encadrement et de sécurité.
Le recueil devra couvrir séparément les trois domaines de l'offre de soins, de la prévention et promotion de la santé et de la gestion du centre de santé.

**Méthodes attendues :**

- analyse documentaire : textes, protocoles, procédures, données d'activité, outils de reporting, formation et documents de référence ;
- entretiens individuels et/ou collectifs avec les infirmiers, sage-femmes et maïeuticiens, responsables de structures isolées, autorités sanitaires, responsables de formation et autres acteurs pertinents ;
- entretiens ou dispositifs de recueil adaptés auprès de patients/usagers afin de documenter l'expérience du recours aux soins, la continuité, l'orientation et les difficultés perçues ;
- reconstitution de situations professionnelles significatives et analyse de cas-types, notamment en urgence, recours médical, orientation et EVASAN dans les 3 domaines : offre de soins (urgences, consultations avancées, usage de la télémédecine, recours médical, orientation et EVASAN), prévention et promotion de la santé (campagnes, impacts, etc.), gestion du centre de santé : spécificités de gestion, particulièrement de pharmacie et biomédical)

**Livrables :**

L2 – Recensement Rapport d'état des lieux et diagnostic des spécificités et difficultés d'exercice paramédical en poste isolé ;

L3 – Recensement des pratiques réellement mises en œuvre dans les trois domaines en milieu isolé
Cartographie/liste structurée des pratiques réelles dans les trois domaines, incluant difficultés, risques, écarts et besoins.

## Phase 3 – Analyse des écarts et propositions de sécurisation

Cette phase constitue le cœur technique de la mission. Elle vise à mettre en regard les pratiques actuelles, les besoins de santé, le cadre réglementaire, les compétences professionnelles et les conditions réelles d'exercice afin de définir un cadre de pratique sécurisé et réaliste.

**Méthodes et travaux attendus :**

- analyse des écarts entre pratiques réelles, missions attendues, cadre réglementaire et besoins de la population dans les 3 domaines ;
- benchmark ciblé de dispositifs ou pratiques comparables dans d'autres pays, en privilégiant les contextes d'accès médical contraint ;
- analyse SWOT du dispositif et identification de mesures de mitigation des risques pour les patients et de sécurisation de la responsabilité des professionnels ;
- élaboration d'une matrice RASCI précisant les rôles respectifs des professionnels paramédicaux, médecins référents/régulateurs, responsables de structures et autorités compétentes ;
- classification des activités et actes selon leur niveau d'autonomie et leurs conditions de réalisation ;
- définition des délégations médicales, des critères de recours à avis médical, d'arrêt de la prise en charge locale, d'orientation et d'EVASAN ;
- communication, informatiques, de télémédecine, de DPI ; dotations en pharmacie et en équipements, base documentaire nécessaire (protocoles, fiches de poste, reporting, etc.) , organisation des orientations de patients (avis médical, EVASAN, transport sanitaire, etc.) ; logistique et maintenance (maintenance des équipements, des locaux, hygiène, etc.).

**Livrables :** L4 – Référentiel de compétences de chaque catégorie de paramédicaux exerçant en poste isolé, structuré selon les trois domaines ;

Le référentiel devra distinguer explicitement :

- les activités et actes relevant du rôle propre ou du champ autonome du professionnel ;
- les activités et actes réalisables sur prescription, protocole ou délégation dans les conditions prévues ;
- les activités et actes nécessitant un avis ou une supervision médicale ;
- les activités et actes ne pouvant pas être réalisés ou délégués dans le cadre considéré.

L5 – Fiche de poste type de l'infirmier, la sage-femme et le maïeuticien exerçant en poste isolé ;
L6 – Cadre des conditions d'exercice sécurisé en poste isolé, incluant notamment régulation médicale, protocolisation, consultations médicales avancées, télémédecine, EVASAN, traçabilité, équipements et supervision ;
L7 – Matrice d'analyse des risques, mesures de mitigation et matrice RASCI.

## Phase 4 – Concertation nationale et validation du dispositif pilote

Cette phase vise à transformer les propositions techniques issues des phases précédentes en un dispositif pilote partagé et validé au niveau national. Elle ne se substitue pas aux procédures réglementaires ou aux travaux ministériels relatifs à la reconnaissance des qualifications.

**Activités attendues :**

- préparation d'un document de validation synthétisant le diagnostic, les arbitrages à rendre et les propositions de dispositif ;
- organisation, avec le bénéficiaire, d'une concertation technique et institutionnelle sur les référentiels, la fiche de poste et les conditions d'exercice sécurisé ;
- identification et traçabilité des points consensuels, des points nécessitant expertise complémentaire et des arbitrages réglementaires ou institutionnels ;

- validation des paramètres de la région pilote : sites, professionnels concernés (notamment les formateurs à former), conditions matérielles, calendrier et indicateurs ;
- formalisation d'une feuille de route de mise en œuvre du pilote.

**Livrable :** L8 – Document-cadre du dispositif pilote d'exercice paramédical sécurisé en poste isolé, incluant la gouvernance, les sites et critères de sélection, les conditions de mise en œuvre, les indicateurs, les décisions/arbitrages et la feuille de route.

## Phase 5 – Ingénierie pédagogique, formation de formateurs et accompagnement

La mission ne reposera pas sur la formation directe des professionnels par le cabinet comme modalité principale de déploiement.

Le prestataire devra construire la capacité nationale à former et accompagner les professionnels exerçant en poste isolé. Dans une logique de pérennisation, le cabinet formera des professionnels issus du terrain de la région pilote déterminée (paramédicaux expérimentés, médecins) à la formation à l'adaptation à l'emploi des paramédicaux en poste isolé.

**Activités attendues :**

- élaboration d'un référentiel de compétences des formateurs ;
- élaboration du référentiel/ de formation des formateurs (incluant le public ciblé, les buts et objectifs pédagogiques, le programme, les méthodes pédagogiques, les séquences et séances de formation, les évaluations formatives et normatives intégrant l'approche par compétences, l'apprentissage à partir de situations professionnelles, la simulation et l'évaluation des compétences ;
- conception des ressources pédagogiques et outils d'évaluation nécessaires au déploiement ;
- sélection, avec les autorités compétentes, d'un noyau de formateurs ;
- réalisation d'une première formation de formateurs dans un des établissements des 2 régions pilote ;
- accompagnement pédagogique des formateurs lors de leur première formation de professionnels exerçant en poste isolé ;
- analyse du retour d'expérience et ajustement du dispositif et du référentiel de formation, supports et modalités pédagogiques.

**Livrables :** L9 – Référentiel de compétences des formateurs ;
L10 – Référentiel/programme de formation des formateurs et kit pédagogique ;
L11 – Rapport de la formation de la première session de formation des formateurs ;

## Phase 6 – Évaluation du dispositif pilote et capitalisation

Cette phase vise à apprécier la pertinence, l'applicabilité, l'acceptabilité et les premiers effets du dispositif pilote afin d'identifier les ajustements nécessaires avant une éventuelle extension.
L'évaluation reposera sur une grille structurée et sur un recueil auprès de plusieurs catégories d'acteurs : formateurs, professionnels concernés, responsables des centres, médecins/régulateurs et patients/usagers.
**L'analyse portera notamment sur :**

- Evaluation du dispositif : pertinence et la qualité des référentiels, du dispositif de formation de formateurs

- Analyse des difficultés organisationnelles, matérielles et réglementaires rencontrées
- Validation définitive des référentiels de compétences et des fiches de poste
- Validation définitive du référentiel de formation de formateurs
- Conditions nécessaires à la consolidation et au passage à l'échelle

**Livrables :**

L12 – Rapport final d'évaluation, de capitalisation et de recommandations pour l'ajustement et l'éventuel passage à l'échelle.

# 7. Résultats attendus

À l'issue de la mission :

- Une définition opérationnelle et partagée de l'exercice paramédical en poste isolé est disponible.
- Les pratiques et conditions d'exercice réelles sont documentées dans les trois domaines : offre de soins, prévention et promotion de la santé et gestion du centre.
- Les écarts entre pratiques, besoins, compétences et cadre réglementaire sont identifiés et analysés.
- Les risques pour les patients et les professionnels sont objectivés et assortis de mesures de mitigation.
- Un référentiel de compétences et une fiche de poste pour chaque catégorie de paramédical exerçant en poste isolé est disponible.
- Un dispositif pérenne de formation de formateurs d'adaptation à l'emploi des paramédicaux exerçant en poste isolé est conçu.
- Les conditions d'exercice sécurisé et les mécanismes de recours médicaux, sont définis.
- Le dispositif pilote est validé au niveau national.
- Un premier noyau de formateurs est formé et accompagné lors de la première formation.
- Le dispositif pilote est évalué et des recommandations opérationnelles sont formulées pour son ajustement et son éventuel passage à l'échelle nationale.
- Les productions de la mission sont articulées avec les orientations ministérielles

# 8. Livrables attendus

| Réf. | Livrable |
|---|---|
| **L1** | Note de cadrage du projet et méthodologie détaillée. |
| **L2** | Recensement des spécificités et difficultés d'exercice paramédical en poste isolé |
| **L3** | Recensement des pratiques réellement mises en œuvre dans les trois domaines en milieu isolé. |
| **L4** | Référentiel de compétences de chaque catégorie de paramédicaux exerçant en poste isolé. |
| **L5** | Fiche de poste type de chaque catégorie de paramédicaux exerçant en poste isolé. |
| **L6** | Cadre des conditions d'exercice paramédical sécurisé en poste isolé. |
| **L7** | Matrice d'analyse des risques, mesures de mitigation et matrice RASCI. |
| **L8** | Document-cadre du dispositif pilote d'exercice paramédical sécurisé en poste isolé |
| **L9** | Référentiel de compétences des formateurs. |
| **L10** | Référentiel/programme de formation des formateurs. |
| **L11** | Rapport de la formation de la première cohorte de formateurs. |
| **L12** | Rapport final d'évaluation, de capitalisation et recommandations pour le passage à l'échelle. |

## 9. Répartition indicative des jours d'expertise

La répartition ci-dessous constitue une base de contractualisation de 60 jours/homme. Elle pourra être ajustée dans la note de cadrage sans modifier ce plafond.

| Phase / activité | Cabinet international (J/H) |
|---|---|
| 1. Cadrage et préparation | 6 |
| 2. État des lieux des pratiques | 20 |
| 3. Analyse des écarts et sécurisation | 10 |
| 4. Validation nationale du dispositif pilote | 4 |
| 5. Ingénierie pédagogique, formation de formateurs et accompagnement | 16 |
| 6. Évaluation et capitalisation | 4 |
| **TOTAL** | **60** |

Responsabilité contractuelle : le cabinet international pilote, consolide et assure la qualité technique des livrables L1 à L12, avec les contributions du consultant national et les validations institutionnelles requises.

## 10. Articulation des expertises

Le cabinet international mobilise une équipe pluridisciplinaire couvrant les dimensions cliniques, organisationnelles, réglementaires, qualité-sécurité et pédagogiques. La répartition des 60 J/H entre experts sera justifiée dans l'offre.

| Domaine | Cabinet international – 60 J/H |
|---|---|
| | |
| **Pilotage** | Direction technique, méthode, assurance qualité, consolidation. |
| **Cadre réglementaire** | Analyse comparative, benchmark, structuration des grilles de décision. |
| **Terrain** | Méthodologie d'enquête, conduite des investigations clés et analyse. |
| **Sécurisation** | Analyse des risques, classification des activités et conditions d'exercice. |
| **APC / formation** | Ingénierie de compétences, architecture pédagogique, formation des formateurs. |
| **Pilote / évaluation** | Appui à la conception, à l'accompagnement et à l'évaluation du pilote. |

## 11. Profil et qualification du/des experts

Le cabinet international mobilise une équipe pluridisciplinaire couvrant les dimensions cliniques, organisationnelles, réglementaires, qualité-sécurité et pédagogiques. La répartition des 60 J/H entre experts sera justifiée dans l'offre.

### 11.1. Expert international principal / chef de mission

- Diplôme de niveau Master 2 minimum en santé, prévention et promotion de la santé, sciences de l'éducation/ingénierie de formation, management des organisations de santé ou domaine pertinent.
- Au moins 10 années d'expérience professionnelle pertinente dans les systèmes de santé et le renforcement des compétences des professionnels de santé.
- Expérience démontrée dans l'analyse des pratiques professionnelles, l'organisation des soins de proximité et/ou l'exercice en contexte d'accès médical contraint.
- Bonne maîtrise des enjeux de sécurité des soins, protocolisation, supervision clinique, recours médical, télémédecine et organisation des parcours.
- Expérience dans l'élaboration de référentiels d'activités/compétences, fiches de poste, dispositifs pilotes ou cadres organisationnels.
- Expérience internationale, idéalement dans des systèmes de santé comparables et/ou en zones isolées.
- Excellentes capacités de pilotage, d'animation de concertations institutionnelles, de rédaction et de synthèse en français.

### 11.2. Expert international spécialiste en approche par compétences (APC)

- Diplôme de niveau Master 2 minimum en sciences de l'éducation, ingénierie de formation, pédagogie des sciences de la santé ou domaine équivalent.
- Au moins 8 années d'expérience en ingénierie de formation et développement de curricula ou programmes fondés sur l'approche par compétences.
- Expérience démontrée dans l'élaboration de référentiels d'activités, de compétences, de formation et d'évaluation, idéalement dans le secteur de la santé.
- Maîtrise de l'analyse des situations de travail et de leur traduction en compétences observables et évaluables.
- Expérience dans la conception et l'animation de formations de formateurs et dans l'accompagnement de formateurs lors de premières mises en œuvre.
- Capacité à articuler référentiel de compétences, architecture pédagogique, situations d'apprentissage, simulation et évaluation des compétences.
- Expérience d'animation d'ateliers de co-construction avec professionnels, formateurs et responsables institutionnels.

## 12. Gouvernance et modalités de travail

- Une réunion de lancement permettra de valider le périmètre, les interlocuteurs, les sites, le calendrier et les modalités de validation.
- Le cabinet désignera un chef de mission, interlocuteur principal du bénéficiaire et responsable de la coordination de l'ensemble de l'équipe.
- Les productions seront élaborées de manière itérative, avec des points d'étape et validations intermédiaires.
- Les propositions relatives aux actes, responsabilités ou conditions d'exercice ne vaudront pas autorisation réglementaire ; elles constitueront des propositions techniques soumises aux autorités compétentes.
- La gouvernance de la mission assurera une articulation régulière avec les travaux conduits parallèlement par le ministère. Les documents et arbitrages disponibles seront transmis au prestataire comme données d'entrée.

- L'atelier ministériel mentionné dans le contexte reste hors périmètre contractuel : le cabinet n'en assure ni l'organisation, ni l'animation, ni le rapportage, sauf décision contractuelle ultérieure explicite.

## 13. Chronogramme indicatif

| Période | Activités principales |
|---|---|
| **Mois 1** | Phase 1 – Cadrage ; préparation des outils ; sélection/confirmation des sites. |
| **Mois 1–2** | Phase 2 – État des lieux des pratiques et recueil auprès des acteurs et patients/usagers. |
| **Mois 2–3** | Phase 3 – Analyse des écarts, benchmark, référentiels et conditions d'exercice sécurisé. |
| **Mois 3–4** | Phase 4 – Concertation nationale et validation du dispositif pilote. |
| **Mois 4–5** | Phase 5 – Ingénierie pédagogique et formation des 10 formateurs. |
| **Mois 5–6** | Accompagnement de la première formation conduite par les formateurs ; Phase 6 – évaluation et capitalisation. |

| | | | **Hors site** | **sur site** | **mois** |
|---|---|---|---|---|---|
| Phase 1 | L1 | Note de cadrage du projet et méthodologie détaillée. | 3 | | 0,5 |
| Phase 2 | L2 | Rapport d'état des lieux et diagnostic des pratiques en poste isolé. | 5 | 12 | 1 |
| | L3 | Cartographie/liste structurée des pratiques réelles dans les trois domaines. | | | |
| Phase 3 | L4 | Référentiel de compétences de l'infirmier exerçant en poste isolé. | 5 | 5 | 1 |
| | L5 | Fiche de poste type de l'infirmier, des sage-femmes et maïeuticiens exerçant en poste isolé. | | | |
| | L6 | Cadre des conditions d'exercice sécurisé en poste isolé. | | | |
| | L7 | Matrice d'analyse des risques, mesures de mitigation et matrice RASCI. | | | |
| Phase 4 | L8 | Document-cadre du dispositif pilote validé au niveau national et feuille de route. | 5 | 3 | 1 |
| Phase 5 | L9 | Référentiel de compétences des formateurs. | 8 | 10 | 1,5 |
| | L10 | Référentiel/programme de formation des formateurs et kit pédagogique. | | | |
| | L11 | Rapport de la formation des formateurs. | | | |
| | L12 | Rapport d'accompagnement de la première formation conduite par les formateurs. | | | |
| Phase 6 | L13 | Grille et protocole d'évaluation du dispositif pilote. | 4 | | 1 |
| | L14 | Rapport final d'évaluation, de capitalisation et recommandations pour le passage à l'échelle. | | | |
| | | | 30 | 30 | 6 |

## 14. Contenu attendu de l'offre technique

- Compréhension du contexte, des enjeux, des trois domaines d'exercice et des risques de la mission.
- Méthodologie détaillée pour chacune des six phases et articulation entre diagnostic, sécurisation, pilote, formation de formateurs et évaluation.
- Proposition d'échantillonnage des sites et des acteurs, incluant les modalités de recueil auprès des patients/usagers.
- Méthode de benchmark, d'analyse des risques, de construction de la matrice RASCI et des référentiels.

- Dispositif de pilotage, de coordination, d'assurance qualité et de validation des productions.
- Approche pédagogique proposée pour la formation de formateurs et modalités d'accompagnement de leur première formation.
- Dispositif d'évaluation du pilote et indicateurs proposés.
- Composition de l'équipe, répartition des rôles et allocation détaillée des jours/homme.
- Chronogramme détaillé et articulation présence terrain / travail à distance.
- Références comparables du cabinet et CV des experts proposés.
- Identification des prérequis, données à fournir, contributions attendues du bénéficiaire et points nécessitant arbitrage.