

MISSIONS ET ACTIVITES PRINCIPALES

Véritable fonction d'appui, la coordinatrice du parcours de soins accompagne l'ensemble des patients, avec une vigilance particulière pour les plus vulnérables, ainsi que leurs proches, tout au long de leur parcours, y compris après l'arrêt des traitements.

Un patient peut être considéré comme vulnérable pour différents motifs : l'agressivité de sa maladie, la complexité de ses traitements, son contexte personnel (isolement familial, difficultés sociales, problèmes professionnels ou financiers ...).

La coordinatrice du parcours de soins est un nouveau métier, qui s'apparente au métier en développement de « case manager » en charge de l'accompagnement personnalisé et intensif des patients en situation complexe dans d'autres pathologies (maladies chroniques, maladie d'Alzheimer, ...).

Le coordinateur ou la coordinatrice du parcours de soins a pour missions principales :

- D'être à l'écoute du patient et de ses proches, de répondre à ses questions, de le rassurer ;
- D'orienter le patient dans le parcours de soins plus ou moins complexe et plus ou moins long, au sein de l'établissement ou en ville ;
- De veiller à la bonne coordination des soins à chaque étape de la prise en charge du patient, tout au long de son parcours, y compris après l'arrêt des traitements ;
- De coordonner l'action des différents professionnels qui se relaient auprès du patient : les médecins et chirurgiens, les équipes paramédicales (infirmières, aides-soignantes ...) et les acteurs des soins de support (assistante sociale, diététicienne, psychologue, socio-esthéticienne ...) ;
- D'être le lien entre l'équipe de l'établissement et le médecin traitant, les autres professionnels de la ville (infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, ...) et les autres structures de coordination (réseaux, 3C, centres d'actions sociales, ...), les associations de patients.

Le(a) coordinateur(rice) du parcours de soins :

- Evalue les besoins du patient et détecte ses fragilités tout au long de son parcours ;
- Identifie les différents professionnels qui se relaient autour du patient et les différentes personnes ressources ;
- Apporte les informations nécessaires au patient, notamment pour la compréhension de son intervention / sa maladie, de ses traitements, des effets secondaires, ... ;
- Organise, si besoin, le retour à domicile en informant les acteurs de la ville (médecins traitants, IDE libérales...) sur le dispositif d'accompagnement mis en place pour le patient ;
- Conduit un entretien de fin de traitement et coordonne la réinsertion du patient dans la phase « post cancer » ;
- Accompagne le patient dans le suivi du Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC).

SUIVI ET EVALUATION

Le(a) coordinateur(rice) du parcours de soins :

- Trace toutes ses interventions dans le dossier du patient ;
- Informe systématiquement dès le début de la prise en charge, le chirurgien / cancérologue et le médecin traitant, puis l'équipe soignante. Cette information sera réalisée autant de fois que nécessaire et systématiquement à la fin des traitements (suite bilan de sortie-PPAC) ;
- Suit son activité à l'aide d'un tableau de bord (nombre de nouveaux patients, file active, nombre d'entretiens, actions de suivi, ...) ;
- Evalue la satisfaction des patients (questionnaire remis au patient à la fin du traitement).

AUTRES MISSIONS

Le(a) coordinateur(rice) facilite au quotidien le travail des acteurs par cette fonction d'interface, sans se substituer aux équipes soignantes ou aux acteurs des soins de support.

Elle participe aux RCP bariatrique, RCP Cancérologie et évènements de communication.

Le(a) coordinateur(rice) peut se voir confier toute mission spécifique par sa Direction.

HIERARCHIE

↳ **Lien hiérarchique :**

- ✓ Directeur(rice) des soins

↳ **Liens fonctionnels :**

- ✓ Tous les praticiens
- ✓ Toutes les équipes soignantes (bloc, hospitalisation, etc)
- ✓ Toutes les équipes de soins de support (diététicienne, psychologue, etc)
- ✓ Service Risques et Qualité
- ✓ Equipe opérationnelle d'Hygiène
- ✓ Service Ressources Humaines
- ✓ Tous les intervenants des plateaux techniques délocalisés

QUALIFICATIONS ET COMPETENCES

SAVOIR

- Professionnel(le) de santé, de préférence Infirmier(re) Diplômé(e) d'État, avec une solide expérience en chirurgie bariatrique et cancérologie ;
- Connaissance :
 - Du parcours de soins d'un patient en chirurgie bariatrique (bilan à 6 mois, RCP, intervention, suivi, etc) et en cancérologie (RCP, dispositif d'annonce, plans cancer, ...),
 - Des pathologies traitées et de leur(s) traitement(s),
 - Des acteurs du territoire au niveau des 3C, réseaux territoriaux (cancérologie, soins palliatifs, gériatrie ...) ou réseau régional de cancérologie ;
- Compétences méthodologiques et organisationnelles (rapport d'activité, synthèse, création de documents de travail, suivi de tableaux de bord, utilisation d'outil information et bureautique)

SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR ETRE

- Compétences relationnelles et empathie avec les patients et/ou leurs proches ;
- Facilités dans le contact avec les médecins ;
- Adaptabilité ;
- Calme et pondération ;
- Disponibilité et discrétion ;
- Respect de la confidentialité ;
- Capacité à travailler en interdisciplinarités et en équipe.

Validé le : 09/06/2020