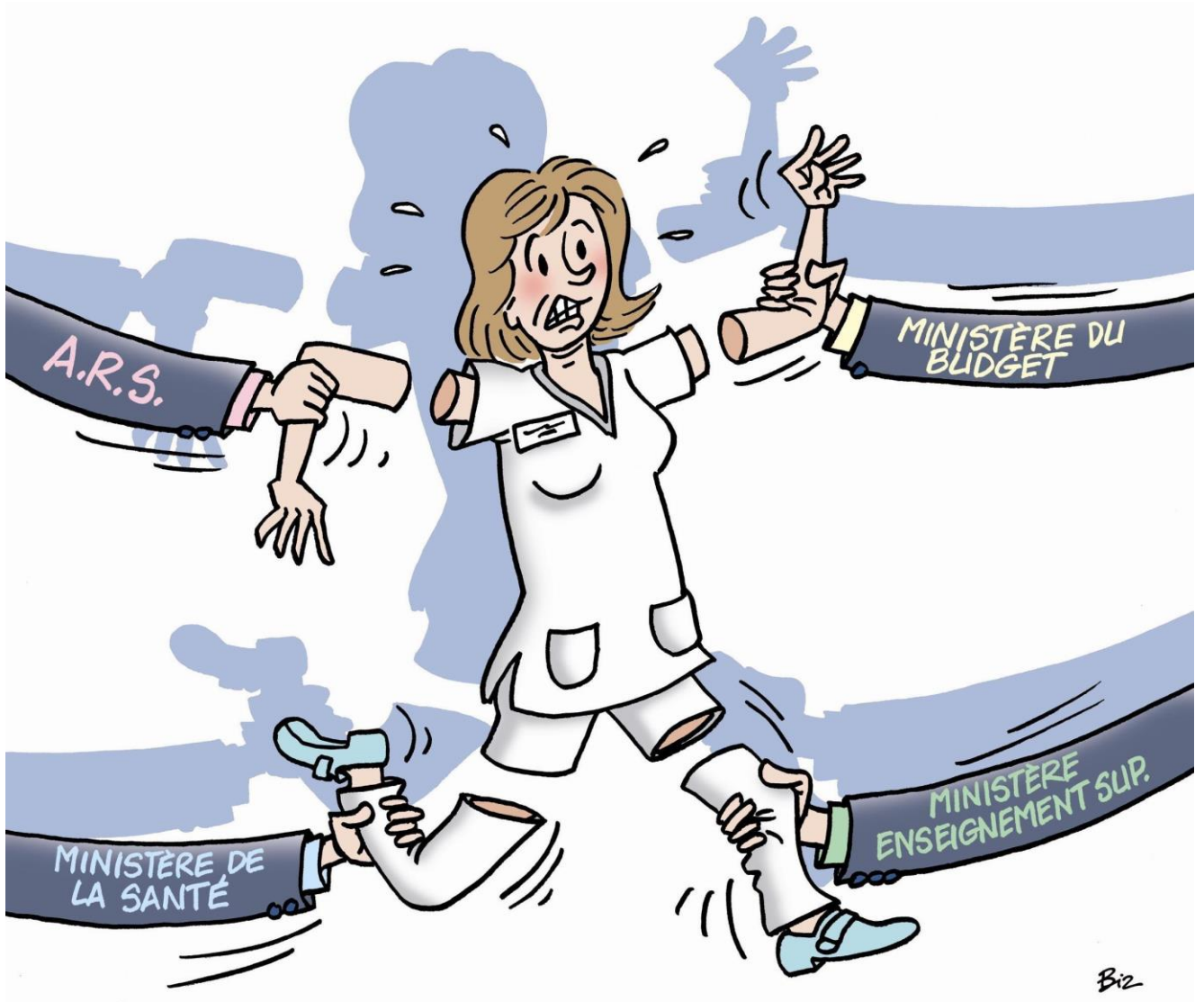


Filière soignante

Plus de 2 millions de voix en attente

De réponses concrètes



# Préambule

Depuis 1990, la CNI défend l'intérêt des soignants dans l'ensemble des secteurs d'activité.

Les membres du bureau national assument la responsabilité de porte-parole des revendications de nos adhérents auprès des pouvoirs publics. Initialement composée de professionnels issus de la filière infirmière( Étudiants en soins Infirmiers, Infirmiers, Infirmiers spécialisés, cadres de santé, Cadres Supérieurs de Santé et directeurs des Soins), notre sphère d'adhérents s'est élargie (décision AGN de mai 2014) aux professionnels de la filière rééducation (Cadres de santé, Pédicures-Podologues, Masseurs-Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Orthophonistes, Diététiciens, Orthoptistes, Psychomotriciens) , de la filière médicotechnique (Cadres de santé, Préparateurs en pharmacie hospitalière, Techniciens de laboratoire, Manipulateurs d'électroradiologie médicale) ainsi qu'aux Aides-Soignants, aux Auxiliaires de Puériculture, aux ASH et aux Psychologues.

## La CNI s'est impliquée pour obtenir notamment:

- L'application du protocole Durieux,
- La reconnaissance en maladie professionnelle de la contamination par le VIH,
- La formation sur l'expertise juridique infirmière,
- Les 32h30 de nuit pour la fonction publique hospitalière,
- Le Décret sur les quotas infirmiers en réanimation,
- L'évolution du décret de compétence (inclus dans le code de la santé publique),
- L'Arrêté contre l'exercice illégal de la profession et certification des aides-opérateurs,
- Le reclassement des retraités pour la FPT (grade de cadre santé en catégorie A),
- L'intégration de la formation dans le cursus universitaire (Licence, Master, Doctorat).

# Nos objectifs :

- **L'obtention des diplômes** Licence Master Doctorat adossé à une discipline en science de la santé, science infirmière pour les infirmiers.
- **La création d'une spécialité en santé mentale** avec les effectifs adéquats pour une prise en charge complète « dépistage, traitement et suivi » des patients.
- **La création d'une spécialité infirmière et aide-soignante en réanimation**
- **La reconnaissance du grade master pour les infirmiers en santé au travail**
- **La promotion de l'expertise infirmière**
- **Le développement des psychologues** sur tous les terrains d'exercice et leur accessibilité facilité
- **Un meilleur accès à la formation continue et à la promotion professionnelle**
- **La définition d'outils d'évaluation de la charge en soins** pour mettre en adéquation les effectifs et la charge de travail (ratio soignants/soignés), ainsi que l'intégration au calcul d'effectif des moyens pour pallier l'absentéisme et suppléer à l'augmentation de la charge de travail
- **La promotion de la qualité des soins**
- **Le respect de l'éthique et des règles déontologiques**
- **Un salaire correspondant au niveau de compétence et de responsabilité**
- **Une revalorisation** des primes de nuit, de dimanches et fériés
- **La prise en compte de la pénibilité** des métiers soignants toutes catégories professionnelles confondues pour permettre un départ en retraite anticipé (bonification au 1/5<sup>ème</sup>).
- **Les moyens de répondre aux enjeux de santé publique** notamment pour faire face aux défis du vieillissement de la population et à la perte d'autonomie (maladie chronique).

## **Les professionnels de santé en France : plus de 2 millions de voix en attente de réponses dont :**

- 764260 infirmiers (dont les 3/4 sont salariés du secteur hospitalier) ;
- 400 000 aides-soignants ;
- 95 000 masseurs-kinésithérapeutes ;
- 74 058 psychologues ;
- 45 065 techniciens de laboratoire ;
- 37 428 manipulateurs en électroradiologie médicale ;
- 26 336 orthophonistes ;
- 13 913 pédicures-podologues ;
- 13 600 psychomotriciens ;
- 12 765 ergothérapeutes ;
- 5185 orthoptistes.

Sources : INSEE/ONMK 2021 /statista 2021/Staff Santé 2020/ONPP 2019/ rapport DREES 2019/

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>p. 7 à 8</b>
<b>1. Propositions issues de l'analyse de la crise du Covid 19</b>	<b>p. 9 à 11</b>
<b>2. Attractivité et amélioration de la qualité de Vie au travail</b>	<b>p. 12 à 22</b>
<b>3. Le développement des compétences</b>	<b>p. 23 à 28</b>
<b>4. Un meilleur accès à la formation</b>	<b>p. 29</b>
<b>5. Redonner une vraie place à la psychiatrie</b>	<b>p. 30 à 32</b>
<b>6. La dépendance un défi professionnel et transgénérationnel</b>	<b>p. 33 à 35</b>
<b>7. Conclusion</b>	<b>p. 36 à 37</b>
<b>8. Nous contacter</b>	<b>page 38</b>

# 1.INTRODUCTION

La crise sanitaire inédite liée à la pandémie du Covid 19 a durement touché les hôpitaux et impacté ses agents tant sur l'aspect physique que sur l'aspect psychologique.

Les secteurs du médico-social, du privé et du libéral n'ont pas été en reste et ce sont tous les professionnels de santé en France qui portent aujourd'hui les stigmates des incidences de cette pandémie.

L'investissement de tous, la cohésion et la solidarité interprofessionnelle ont permis d'affronter des situations qu'aucun n'avait jamais connues et cela n'est pas sans conséquence.

Les organismes ont été affectés et il faudra des mois, voire plus, pour retrouver un équilibre individuel et collectif.

Des enseignements sont à tirer de cette crise. Des mesures doivent être prises pour que les dysfonctionnements mis à jour soient corrigés et que plus jamais on ne se retrouve dans les situations que les professionnels hospitaliers ont pu vivre ces derniers mois.

Voilà des années que nous alertons sur les failles et la dégradation du système de santé sans que nous ayons le sentiment d'être pris au sérieux.

Nous avons souvent été taxés d'inutilement alarmistes, de ne pas comprendre les rouages d'un système qui se voulait performant et progressiste.

Alors que nous dénoncions les carences en lits, en matériels et en personnels il nous était répondu que tout allait bien et que tout était dimensionné en fonction des besoins des français. Et de nous affirmer que dans l'avenir nous ne pourrions que constater la justesse des choix réalisés...

Les derniers mois, ont malheureusement mis en évidence la justesse de notre analyse...

Nous appelons de nos vœux que ces dernières semaines aient au moins permis de faire en sorte que nous soyons plus entendus et plus écoutés.

Les professionnels de santé sont indispensables, essentiels. Leurs connaissances du terrain doivent être « utilisées » pour améliorer notre système de santé. Leurs compétences, les

responsabilités qu'ils assument et les contraintes qu'ils subissent doivent être valorisées à leur juste valeur.

Dans ce document nous apportons des propositions concrètes pour permettre de répondre aux attentes des agents hospitaliers en termes de rémunération, de déroulé de carrière, de qualité de vie au travail et de sécurité des soins. Nous apportons aussi des propositions pour remettre les soignants au sein de la gouvernance des établissements et faire évoluer le système de santé.

Nous espérons que ce dossier viendra compléter vos propositions dans le domaine de la santé et que les prochaines élections présidentielles marqueront une réelle prise de conscience de nos gouvernants de la priorité que représente cette thématique pour tous les français.

L'accessibilité à des soins pertinents sur tout le territoire est primordiale pour assurer une France en bonne santé, forte et prête à affronter les défis de l'avenir.

## 2. Propositions issues de l'analyse de la gestion de la crise du Covid 19

Pendant des semaines, des mois, les professionnels hospitaliers ont été portés aux nues, le qualificatif de « héros » martelé tous les jours.

Mais cet adjectif lourd de sens, impacte négativement un certain nombre d'entre eux.

En effet, un héros est une personne qui ne se plaint pas, a la capacité de tout subir et n'affiche aucune faiblesse, par là même on n'autorise pas l'être humain à prendre en compte sa propre faiblesse, sa fragilité et ses émotions.

Les soignants ont toujours eu du mal à reconnaître leurs difficultés psychologiques devant des situations difficiles au travail et encore plus de mal à demander de l'aide pour les affronter.

Les avoir encensés de la sorte, même si cela a pu les porter et les soutenir, a pu renforcer le sentiment qu'ils n'ont pas le droit de « se plaindre ».

Courant 2021, ils ont ensuite été stigmatisés autour du sujet de la vaccination obligatoire. Bien que les soignants opposés à cette dernière soient en nombre limité, tous ont été taxés d'irresponsables voire d'être responsables des clusters et contaminations internes aux établissements de santé.

De héros ils sont devenus des parias en quelques semaines...

Il nous paraît essentiel d'être extrêmement vigilant dans les semaines et les mois qui viennent à ce que les professionnels de santé puissent avoir recours à une cellule d'écoute et/ou un accompagnement psychologique.

### a) Propositions

- Conserver une cellule d'écoute téléphonique.
- Renforcer et pérenniser des temps de présence de psychologues au sein des services de santé au travail.
- Accompagner et sensibiliser l'encadrement à la détection des signes de détresse psychologique.

Au-delà des soignants, l'accès à une aide psychologique pour tous est essentiel, le développement du nombre de professionnels est impératif et ce, que ce soit à l'hôpital ou en ville.



## **b) La reconnaissance de maladie professionnelle**

La reconnaissance de la maladie professionnelle Covid 19 a été annoncée comme automatique pour les soignants, nous demandons que cette reconnaissance automatique soit réelle, non soumise à des critères de gravité et étendue à tous les professionnels hospitaliers. En effet, tous ont été exposés ce qui justifie amplement la possibilité d'une reconnaissance automatique.

La définition du terme « soignant » semble par ailleurs susceptible d'être interprétée de manière différente par les directions d'établissements et risque d'amener à des iniquités d'un établissement à l'autre.

La problématique des tableaux de reconnaissance en maladie professionnelle est par ailleurs plus large, ces tableaux trop restrictifs par la définition de critères trop stricts, engendrent des non-reconnaitances de pathologies pourtant directement imputables au travail, il en est ainsi pour le burn out, par exemple, qui bien que malheureusement de plus en plus présent n'est toujours pas reconnu non plus. La pénibilité des métiers évolue, elle demeure, cependant, niée dans bien des cas.

Il nous paraît indispensable d'approfondir, reconnaître et identifier les risques professionnels. N'oublions pas dans cet axe le nécessaire développement du domaine de la prévention qui, trop absent, occasionne des prises en charge curatives qui auraient pu être évitées.

La prévention, via la formation des professionnels de santé à la détection des symptômes et des facteurs risques, permettrait la mise en place de mesures qui diminueraient directement les incidences de ces facteurs et la gravité des pathologies associées. Nous développerons ce point également dans notre chapitre 3 / g.

Pour ce faire, il est également nécessaire de former un plus grand nombre de professionnels sur le terrain, dans le domaine de la santé au travail (médecin, infirmier, psychologue, inspecteur du travail...) mais aussi au sein des établissements scolaires et ce de la maternelle à l'université.

## **c) Mise en exergue de certaines spécificités**

La crise sanitaire a mis en lumière certains professionnels pour lesquels il est nécessaire d'apporter des évolutions en termes de formations ou/et en termes de reconnaissance et de valorisation, notamment :

- Des professionnels exerçant en soins critiques avec la nécessité de développer leur formation, nous développerons ce sujet au point 4 /a de ce dossier.
- Des ASHQ dont le rôle au sein de nos établissements est insuffisamment connu et valorisé alors même qu'ils garantissent la base essentielle à toute prise en charge : l'hygiène.

### **Préconisations du Syndicat CNI**

- Renforcement et pérennisation des temps de présence de psychologues au sein des services de santé au travail
- Accompagner et sensibiliser l'encadrement à la détection des signes de détresse psychologique

# 3. Attractivité et amélioration de la Qualité de Vie au Travail

Les métiers de la santé ne font plus rêver, les instituts de formations ne font plus le plein, les établissements peinent à recruter et on observe depuis quelques années (et de façon exponentielle depuis deux ans) une fuite du personnel paramédical, majorée dans les établissements frontaliers.

Il est urgent d'améliorer la qualité de vie au travail pour que les agents retrouvent du sens à leur exercice professionnel. Il est également impératif de renforcer l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Plusieurs mesures nous semblent à même de participer à la réalisation de ces objectifs :

**a) L'attribution de fonds permettant aux établissements de soins d'avoir les moyens de garantir une adéquation des effectifs à la charge de travail quotidienne, le remplacement de l'absentéisme ainsi qu'à la gestion des postes aménagés.**

- Demander aux établissements de définir des effectifs soignants (IDE, AS, ASH, MERM...), pour chaque service, en prenant en référence, non pas un nombre de lits, mais le type de pathologies accueillies, des spécificités des secteurs, le degré d'autonomie des patients ainsi que la charge en soin globale,
- Obligation de mettre en place des indicateurs de suivi des absences, par service et identification des actions correctives à initier,
- Identification de postes aménagés pour les agents à fortes restrictions médicales,
- Suivi par les instances compétentes du respect des cycles de travail et des temps de repos.

#### Préconisations du Syndicat CNI

- L'attribution de fonds permettant aux établissements de soins d'avoir les moyens de garantir une adéquation des effectifs à la charge de travail quotidienne, le remplacement de l'absentéisme ainsi qu'à la gestion des postes aménagés.
- Définition de ratios des effectifs soignants (IDE, AS, ASH), pour chaque service, en prenant en référence, non pas un nombre de lits, mais le type de pathologies accueillies, le degré d'autonomie des patients ainsi que la charge en soin globale,
- Mise en place d'indicateurs de suivi des absences, par service et identification des actions correctives à initier,
- Identification de postes aménagés pour les agents à fortes restrictions médicales,
- Suivi par les instances compétentes du respect des cycles de travail et des temps de repos.

## **b) Révision du financement des structures en :**

- Minorant l'enregistrement à l'acte,
- Intégrant l'évaluation de la qualité et de la pertinence des soins dans le financement,
- Valorisant l'activité paramédicale, notamment en ce qui concerne les consultations infirmières, l'encadrement des étudiants, la relation d'aide, l'éducation thérapeutique et bien sûr les actes infirmiers.

### **Préconisations du Syndicat CNI**

Révision du financement des structures en minorant l'enregistrement à l'acte, intégrant l'évaluation de la qualité et de la pertinence des soins dans le financement, valorisant l'activité paramédicale, notamment en ce qui concerne les consultations infirmières, l'encadrement des étudiants, la relation d'aide, l'éducation thérapeutique et bien sûr les actes infirmiers.

## **c) Redonner leur place aux professionnels dans la gouvernance des établissements**

La LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dans son chapitre IV (Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé Articles 22 à 36), donne la possibilité de faire évoluer la composition des instances des établissements et met en avant la volonté de remettre les services au centre des décisions concernant leurs organisations.

Les modalités sont précisées dans le décret n° 2022-202 du 17 février 2022 relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements.

Les possibilités ouvertes nous paraissent encore trop faibles.

Par ailleurs, il nous semble nécessaire que, sans tarder, aient lieu des discussions sur le développement de l'organisation des instances décisionnelles du secteur privé de telle sorte que les représentants médicaux et non médicaux aient une réelle place dans les prises de décisions.

Aujourd'hui, dans les établissements, les soignants se sont désinvestis voire, n'ont pas eu accès aux réunions de pôles dans lesquelles ils n'ont ni la parole ni l'écoute. De plus, au vu des manques d'effectifs, il leur est demandé de le faire sur leur temps personnel ce qui est inacceptable et démotivant.

Pour corriger cela il faut nommer des représentants de chaque profession pour qu'ils siègent dans les instances décisionnaires des établissements et les inclure dans le directoire. Il faut leur donner du temps, en dehors de leurs services de soins, pour mener des réflexions sur les réorganisations et sur la vie de leurs services, de leurs pôles et de leurs établissements.

La crise liée au Covid a mis en exergue les compétences de ces professionnels lorsqu'il s'agit d'organiser et de gérer la fonctionnalité d'un établissement. Il est somme toute logique, et nous le répétons depuis de nombreuses années, que ce sont les professionnels du terrain qui maîtrisent le mieux les besoins en termes de ressources et d'organisation par leur vision in situ. Il faut donner aux professionnels médicaux et non médicaux la capacité d'agir directement dans les prises de décisions de leurs établissements. Il est impératif de redonner du temps aux soignants, au sein de leur propre service, pour avoir une réelle réflexion sur l'organisation de travail et sur les prises en charge.

#### **Préconisations du Syndicat CNI**

Nommer des représentants de chaque profession pour qu'ils siègent dans les instances décisionnaires des établissements et les inclure dans le directeur.

#### **d) Le lien ville/hôpital/libéral**

Il existe, encore aujourd'hui, une réelle difficulté de communication entre la ville et l'hôpital dans la prise en charge globale des patients, que ce soit pour les maladies chroniques ou pour les pathologies aiguës.

Il s'agit donc de mieux organiser le maillage territorial en renforçant la collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé et en particulier entre hospitaliers et libéraux afin que la prise en charge des usagers s'inscrive de plus en plus dans un parcours de santé.

L'objectif d'optimiser la communication entre les praticiens libéraux et les professionnels médicaux et paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes et ergothérapeutes) hospitaliers nous apparaît comme incontournable pour garantir la sécurité des soins mais également pour fluidifier les circuits de prises en soins et pour cela il est nécessaire d'investir massivement pour des systèmes d'information communs.

#### **Préconisations du Syndicat CNI :**

- Mise en œuvre de messageries pour des transmissions cryptées type MS Santé, Apcript, Mailiz... et harmonisation au sein d'un territoire de santé.
- Identification des coordonnées d'un infirmier libéral dans le parcours coordonné du patient pour optimiser les échanges pré et post hospitalisation. (*Notion d'infirmier référent, infirmier de famille*).
- Accès dédiés aux praticiens libéraux (médecins et infirmiers) pour des rendez-vous de consultations spécialisées pour leurs patients.
- SMS d'alerte du médecin et de l'infirmier du parcours coordonné lors d'une hospitalisation (transmissions coordonnées service d'accueil hospitalier), lors du décès d'un patient.
- Alerte lors de l'enregistrement d'un décès par l'état civil, par message à tous les praticiens de santé identifiés dans le DMP/ Espace Santé afin de garantir l'information et la déprogrammation de rendez-vous.
- Réviser la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et valoriser les prises en charge des personnes âgées et / ou dépendantes pour mieux accompagner le maintien à domicile de celles-ci par les praticiens libéraux.

### **e) La reconnaissance des compétences des paramédicaux**

Depuis des années nous demandons que les professionnels se voient attribués une rémunération qui soit en regard de leurs responsabilités et compétences.

La crise a pu mettre en exergue leur professionnalisme mais ce ne sont pas des primes qui pourront apporter la reconnaissance qui leur est due.

#### **Préconisations du Syndicat CNI**

- Ré évaluation sans délai les grilles de salaires et à minima de manière que les professionnels bénéficient d'une augmentation portant leurs salaires à la moyenne de l'OCDE.
- La prise en compte et la valorisation des formations et des diplômes universitaires.
- La valorisation et le développement des consultations infirmières et du télé soin.

### **f) La reconnaissance des contraintes de service**

La thématique des régimes indemnitaires est abordée dans l'axe 1 des accords du Ségur, cependant bien que le début des travaux soit prévu pour le mois de mars 2022, nous demeurons dans l'attente des évolutions. Nous souhaitons notamment soulever les points suivants :

#### **● Le travail de nuit**

L'époque de la « veilleuse de nuit » est bel et bien révolue. On peut parler de travail de nuit et même de spécificité de l'exercice. En effet, tout le personnel ayant fait des nuits pourra témoigner d'une ambiance de travail particulière : moins de bruit, moins de tâches interrompues par le téléphone...

Mais, à contrario, il est important d'appréhender le contexte particulier et l'angoisse que ressentent de nombreux patients à la tombée de la nuit. Cette angoisse se traduit par une demande de présence du personnel soignant dont les effectifs sont réduits.

Il conviendrait donc de mesurer la charge de travail, car de plus en plus de traitements (antibiothérapie, chimiothérapie, transfusions,) s'administrent de nuit, et ce alors que la présence médicale est réduite.

Le travail n'est pas physiologique et l'exercice est donc complexe.

Dès lors que ce personnel travaille en effectif réduit, alors que l'on attend une vigilance accrue, une réactivité efficiente à chaque instant, il devient impératif de s'intéresser aux conditions d'exercice et au rythme de travail.

Plusieurs organisations existent dans les hôpitaux actuellement :

↳ Equipe fixe de nuit,

- ↳ Temps de travail dérogatoire en 10 et/ou 12h
- ↳ Alternance jour/nuit avec rythme de travail identifié à l'année,
- ↳ Alternance jour/nuit « au fil de l'eau ».

Le travail de nuit n'étant donc pas physiologique, il est nécessaire d'envisager une aptitude à ce type d'exercice. En effet, tout professionnel n'a pas la capacité de travailler de nuit et de dormir le lendemain pendant la journée.

Le volontariat paraît dès lors une condition sine qua non à une pratique sécurisée. En effet, comment ne pas s'interroger sur la qualité de prise en charge de professionnels à qui l'on impose la nuit et qui n'arrivent plus à trouver le sommeil sur leur période de repos ou abusent de somnifères ?

Le code du travail prévoit une pause de vingt minutes pour six heures de travail consécutives. Le personnel de nuit se résumant le plus souvent à deux soignants (binôme AS/IDE) par service de soins, il convient de définir une organisation permettant cette pause dont le respect garantit la vigilance attendue, d'autant que ces deux professions ont des compétences différentes.

Les revalorisations des indemnités pour le travail de nuit n'ont pas été révisées depuis de nombreuses années (le montant actuel est de 1.07€ brut/heure et ce depuis 2001). La difficulté de garde d'enfants des familles monoparentales, la pénibilité du travail de nuit et ses conséquences sur la santé, le sacrifice de ces vies familiales sont autant d'éléments qui confortent le besoin de revalorisation salariale pour ces professionnels de la vie nocturne.

Considérant le taux de valorisation du travail de nuit des assistantes maternelles, nous notons de plus en plus de cas où les soignants, contraints à travailler de nuit, se trouvent dans la situation de perdre de l'argent en travaillant à ces horaires à l'hôpital. Une revalorisation des indemnités de nuit permettrait également de contribuer à améliorer l'attractivité du travail de nuit.

- **Le travail des dimanches et jours fériés**

La contrainte de continuité de soins inhérente au service public impose, de fait, l'obligation pour les soignants de travailler des dimanches et des jours fériés.

Si cette nécessité est connue et incontournable pour un exercice hospitalier, son indemnisation doit être de nature à compenser les contraintes qu'elle représente.

INDEMNITE POUR TRAVAIL PENDANT LES DIMANCHES ET JOURS FERIES (Décret n°92-7 du 2 janvier 1992 ; arrêté du 16 novembre 2004)

Montant actuel : 47,28 €

Cette indemnité est revalorisée dans les mêmes proportions que la valeur annuelle du traitement des fonctionnaires de l'Etat afférent à l'indice 100 majoré.

## Préconisations du Syndicat CNI

- **Indemnité horaire pour travail de nuit des personnels non médicaux**

Le Syndicat CNI demande la reconnaissance de la contrainte que représente le travail de nuit par la mise en place d'une indemnité de sujétion horaire équivalente à **2 points d'indice par heure de nuit travaillée et la déclinaison équivalente pour le secteur privé.**

Depuis le 1<sup>er</sup> février 2017, la valeur du point d'indice est fixée à 4,6860 €.

Le Syndicat CNI souligne l'absence de revalorisation de la prime de nuit depuis 2001 et revendique que sa définition soit indexée à la valeur du point afin qu'elle puisse être régulièrement actualisée.

- **Indemnité pour travail pendant les dimanches et les jours fériés**

Le Syndicat CNI demande la reconnaissance de la contrainte que représente le travail de dimanche et férié par le **doublement de la prime actuelle.**

### g) Prévention des Risques Psycho Sociaux : propositions d'actions

- Attribuer des moyens permettant une réelle prévention des RPS,
- Induire des remplacements programmés et organisés en adéquation avec les compétences,
- Imposer l'anticipation et l'accompagnement des changements de service et interdire la polyvalence subie ou déraisonnable,
- Restaurer les procédures d'intégration pour les nouveaux arrivants en rendant leur mise en place ainsi que leur suivi obligatoire,
- Mettre en place l'organisation des formations obligatoires à la prévention des RPS des membres de la formation spécialisée en matière de santé sécurité et condition de travail (CSSCT pour le secteur privé) en incluant tous les acteurs dans le processus de formation (représentants du personnels, service de santé au travail, directions générales et fonctionnelles), sans omettre de donner les moyens nécessaires pour répondre à l'obligation de formation,
- Former l'encadrement à identifier les symptômes d'épuisement professionnel et/ou déceler les addictions, remettre ceux-ci au sein de leur service et de leurs équipes. Il faut les recentrer sur leur rôle de manager et leur donner la possibilité de mettre en place un management participatif.
- Développer la lutte contre les violences hospitalières internes et externes,
- Renforcer les services de santé au travail par les mesures suivantes :

- ↪ Rendre attractif les postes de médecin du travail pour pallier la carence actuelle,
- ↪ Donner les moyens d'affecter des psychologues et assistants sociaux dans les services de santé indexés sur le nombre d'agents des établissements,
- ↪ Donner les moyens d'affecter ergonomes et préventeurs,
- ↪ Créer une spécialisation infirmière pour l'exercice en service de santé au travail (niveau master),
- ↪ Induire la mise en place de cellules d'écoute autonomes, indépendantes du SST en intra établissement,
- ↪ Développer la prévention des addictions et de l'épuisement professionnel.

### Préconisation du Syndicat CNI

- Attribuer des moyens permettant une réelle prévention des RPS,
- Induire des remplacements programmés et organisés en adéquation avec les compétences,
- Imposer l'anticipation et l'accompagnement des changements de service et interdire la polyvalence subie ou déraisonnable,
- Former l'encadrement à identifier les symptômes d'épuisement professionnel et/ou déceler les addictions, remettre ceux-ci au sein de leur service et de leurs équipes. Il faut les recentrer sur leur rôle de manager et leur donner la possibilité de mettre en place un management participatif.
- Donner les moyens d'affecter :
  - ↪ Des psychologues et assistants sociaux dans les services de santé indexés sur le nombre d'agents des établissements,
  - ↪ Ergonomes et préventeurs,
- Créer une spécialisation infirmière pour l'exercice en service de santé au travail (niveau master)
- Développer la prévention des addictions et de l'épuisement professionnel.

### h) La prise en compte de la pénibilité

- **Par l'attribution d'une bonification au 1/5<sup>ème</sup>**

Pour les soignants à partir de dix-sept années de service effectif, et ce, quel que soit le statut (catégorie A, B, C). A l'instar d'autres professions (cf. proposition d'amendement en annexe 1).

- **Par le biais d'actions visant à améliorer la deuxième partie de carrière.**

La population hospitalière est vieillissante, les charges de travail sont de plus en plus lourdes et les rythmes, quant à eux, sans régularité et soumis à des contraintes de services sont autant de facteurs qui font que le personnel de santé ne vieillit pas en bonne santé.



Cela majore les arrêts maladies et on constate une augmentation des départs en retraite anticipée pour invalidité. Il est impératif de mener une réflexion sur la deuxième partie de carrière, afin de maintenir les agents dans l'emploi tout en préservant leur santé.

Dans ce cadre, nous proposons d'augmenter de manière significative et générale, des pools par catégorie professionnelle. Ces agents pourraient être chargés de fonctions d'accompagnements à la prise de poste de tout nouvel arrivant dans les établissements. Ce type de fonction existe déjà dans d'autres pays (par exemple en Australie) et a déjà démontré son utilité. Ces professionnels sont des personnes ressources, sollicitées par les agents en difficulté sur la réalisation d'un soin par exemple.

La formation initiale ne permettant pas toujours l'acquisition des connaissances et des pratiques nécessaires pour répondre à la diversité d'actes et les spécificités de certains secteurs d'activité (nous pouvons vous citer l'exemple d'infirmières nouvellement diplômées n'ayant jamais eu à réaliser de pose de sonde urinaire lors de leur cursus).

On assiste aujourd'hui à des abandons de carrière précoces, liés aux difficultés rencontrées lors de la prise de fonction générant angoisse, sentiment d'incompétence et de maltraitance.

La mise en place de ces référents ressources permettrait de minorer ces ressentis.

Il s'agirait d'une évolution majeure au sein de nos établissements qui sécuriserait la prise de fonction des professionnels et permettrait une transmission des expériences et des savoirs.

Ces postes nous paraissent particulièrement adaptés pour des agents en deuxième partie de carrière qui possèdent une expérience et un savoir-faire essentiels à transmettre aux nouveaux arrivants.

### **i) Le respect de l'éthique et des règles déontologiques**

Nous parlons ici notamment du code de déontologie infirmier. Publié le 27 novembre 2016 par décret au Journal Officiel, le code de déontologie des infirmiers comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Il vient se substituer à l'ensemble des règles professionnelles figurant depuis 1993 aux articles R.4312-1 et suivants du code de la santé publique. Lors de l'inscription au tableau de l'ordre infirmier, il est demandé à chaque professionnel de certifier avoir pris connaissance de ce code et s'engager à le suivre.

Voilà une des nombreuses injonctions contradictoires à laquelle sont confrontés les nouveaux professionnels. En effet au regard des effectifs et des organisations mises en place dans les établissements comment répondre à ce devoir ? Pour exemple, l'article R. 4312-10 stipule que « l'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. **Il y consacre le temps nécessaire** en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés. **Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose.** »

Nous dénonçons de plus en plus fréquemment les mobilités forcées entre les services qui ne respectent pas cet article car elles exposent les agents à des activités dont ils ne maîtrisent pas systématiquement les connaissances.

Nous demandons les moyens pour les infirmiers de répondre au quotidien à leurs obligations légales liées au code de déontologie infirmier.

Les temps de parole tels que les réunions de services, les staffs d'équipe, les temps de transmissions, ont disparu ces dernières années, écrasés par des organisations de travail contraintes, une majoration des charges administratives et les réductions d'effectifs. En découle pour les agents l'absence de temps pour, en équipe, se poser sur l'éthique de leur exercice, une perte de sens au travail et le sentiment de n'être que des exécutants dont l'analyse et l'expertise ne sont pas reconnues. Il peut y avoir également une perte de pertinence dans les prises en soins ou les organisations.

Il nous paraît impératif de donner les moyens de remettre ces temps en place.

## 4. Le développement des compétences

### a) Les infirmiers en soins généraux et spécialisés

- Les infirmiers en soins généraux

Voilà plusieurs années maintenant qu'il est question d'élargir le champ de compétences infirmier. Si un travail semble engagé, selon les déclarations du ministre de la santé, les organisations syndicales et les conseils nationaux professionnels ne sont, pour l'heure, pas associés aux discussions en cours. Il est pourtant essentiel d'entendre les préconisations de ces acteurs de terrain afin de mettre en adéquation le décret de compétences avec l'exercice au quotidien.

Il est aujourd'hui question de protocoles de coopération nationaux qui après validation pourraient valider une extension des compétences via les actes protocolés.

Cela pose question à plus d'un titre : on parle ici des protocoles de coopération initiés par l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) du 21 juillet 2009, renouvelés et simplifiés par l'article 66 de la loi OTSS (Organisation et Transformation du Système de Santé) publiée le 24 juillet 2019 puis complétés par la loi d'accélération et de simplification de l'action publique (dit "Asap") et la loi "visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification" (dite Rist)

Ces protocoles permettent un transfert d'actes, d'activités de soins ou de réorganisations des modes d'intervention. Il s'agit d'initiatives locales soumises par les professionnels à l'ARS qui, après étude, transmet à l'HAS pour validation. Ils peuvent également désormais être validés par le chef d'établissement et/ou par l'HAS pour être ensuite nationalisés.

Nous sommes dans le cadre de protocoles qui permettent ni plus ni moins, la validation légale de glissements de tâches. Cela signifie ajouter encore une charge de travail aux professionnels déjà surchargés. Ils ne garantissent pas de formation qualifiante et une prime de 100 euros bruts par mois ne peut être satisfaisante au regard des compétences et responsabilités que ces protocoles peuvent impliquer.

A notre sens, il serait plus approprié de revoir le champ de compétences infirmier et d'élargir le droit à prescription tout en complétant la formation initiale. En effet si l'on estime qu'un infirmier est en capacité par le biais de ces protocoles de réaliser des actes non-inscrits dans le décret de compétences, quel est l'intérêt à ne pas les intégrer via la formation et la modification de ce décret ? Cela permettrait une réelle formation en IFSI et une sécurisation des soins auprès des patients.

Par ailleurs, l'IGAS a alerté début 2022 et a relevé l'existence de superpositions de champs entre les protocoles de coopérations et la Pratique Avancée. Il paraît alors impératif de préciser les périmètres de chacun de ces dispositifs pour répondre au mieux aux besoins en offre de soins.

Il faut également parler du droit à prescription infirmier en France : la frilosité à l'étendre est dommageable à l'heure où l'on parle de déserts médicaux, de difficultés majeures à prendre en charge les usagers sur le réseau ville et où de nombreux centres hospitaliers peinent à recruter des médecins.

Les dernières évolutions connues tendent plus à nationaliser des protocoles locaux qu'à étendre le champ de compétences infirmiers. Un parti pris en contradiction avec les évolutions des métiers et la nécessaire actualisation de la formation pour permettre un élargissement des compétences en adéquation avec les besoins en santé de la population.

Nous demandons la création d'un master d'infirmier en santé au travail.

La crise sanitaire a également mis en évidence l'exercice spécifique en soins critiques et nous revendiquons la mise en place d'une formation diplômante de grade master pour les professionnels de ce secteur.

Nous réitérerons plus loin cette demande dans le domaine de la santé mentale.

Vous trouverez en pièce jointe le dossier de la contribution du Syndicat CNI pour l'audition à l'Assemblée Nationale du 21 mai 2021 avec le député Isaac Sibille.

- **Les IADE**

Le syndicat CNI revendique la reconnaissance du master de la profession d'IADE et une revalorisation salariale au regard des compétences et responsabilités qui s'y rapportent ainsi que la traduction de ces augmentations dans le secteur privé.

Nous demandons la création d'une grille salariale d'infirmier spécialisé pour les cadres de santé.

- **Les IBODE**

Nous demandons la mise en œuvre des actes exclusifs et les moyens humains et financiers d'accéder à la formation pour les infirmiers exerçant au bloc opératoire, ainsi que la reprise de la réingénierie de formation suspendue depuis plusieurs années et son universitarisation !

Nous demandons la création d'une grille salariale d'infirmier spécialisé pour les cadres de santé.

- **Les Infirmiers Puériculteurs Diplômés d'Etat**

Nous regrettons fortement qu'il n'y ait pas eu une seule infirmière-puéricultrice parmi les 30 experts consultés dans le rapport de la commission des 1000 premiers jours.

Nous ne pouvons que déplorer que ces professionnels n'aient pas été associés au projet de loi concernant la réalisation de l'entretien post-natal, dont un des objectifs est le dépistage des signes de dépression du post partum et des troubles de l'attachement (Loi de financement de la sécurité sociale).

Les infirmières puéricultrices diplômées d'état, avec le syndicat CNI, réclament la création d'un cadre statutaire pour la consultation de puéricultrice et demandons la réingénierie de la formation et son universitarisation.

Nous demandons la création d'une grille salariale d'infirmier spécialisé pour les cadres de santé.

#### **Préconisations du Syndicat CNI**

- Développer le champ de compétences infirmier et élargir le droit à prescription tout en complétant la formation initiale
- Reconnaissance et valorisation des diplômes universitaires
- Création d'un cadre statutaire pour la consultation de puéricultrice, la réingénierie de la formation et son universitarisation
- Mise en œuvre des actes exclusifs pour les IBODE, réingénierie et universitarisation de la formation
- Création d'un master d'infirmier :
  - ↳ en santé au travail
  - ↳ en soins critiques
  - ↳ en santé mentale
- Reconnaissance et valorisation du master en anesthésie
- Création d'une grille salariale d'infirmier spécialisé pour les cadres de santé

#### **b) Les masseurs-kinésithérapeutes**

Nous demandons la reconnaissance de l'exercice en soins critiques et l'attribution de la prime afférente dans l'attente de la mise en place d'une formation spécifique qualifiante.

#### **c) Les aides-soignants/ auxiliaires de puéricultures**

Aujourd'hui, les écoles formant nos futurs aides-soignants voient, pour certaines d'entre elles, les 2/3 de leurs places restées vacantes. Le nombre de postulants a chuté passant de 105 000 en 2013 à 79 175 en 2017. L'observatoire du GERACFAS estime que les IFAS ont enregistré une baisse de 37 % du nombre de candidats entre 2016 et 2018 alors que le gouvernement par le biais du ministère évoque le chiffre de 50 % pour la même période. En 2019, la date de clôture de dépôt de dossiers de candidature a d'ailleurs dû être repoussée, certains centres ayant même organisé des journées « portes ouvertes » afin de booster les inscriptions. Il faut dire que le métier d'aide-soignant était déjà mal considéré et ceci bien avant le début de la crise sanitaire actuelle :

- Absence de reconnaissance des directions d'établissement,
- Absence de reconnaissance de certains patients et de leur famille,
- Absence de reconnaissance de certains médecins,

- Un salaire à peine plus élevé qu'un SMIC ne reflétant pas les responsabilités ni l'investissement des aides-soignants,
- Un manque de personnel et de moyens pouvant mener à un épuisement professionnel.

Deux arrêtés du 10 juin 2021 définissent de nouveaux référentiels de formation et de certification du diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS) et du diplôme d'auxiliaire de puériculture à partir de septembre 2021.

Cette réingénierie a introduit un certain nombre d'actes de soins supplémentaires, jusque-là absents des référentiels. L'infirmier peut désormais déléguer à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture les actes relevant de son rôle propre (décret 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé).

Le diplôme a été élevé au niveau 4 et la durée de la formation augmentée de 3 semaines.

Si on peut se réjouir de l'évolution du métier d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, un certain nombre de questions restent en suspens :

Quelle formation aux nouveaux actes pour les personnels déjà sur le terrain ?

Quelle mise en œuvre dans les secteurs en l'absence d'infirmier à proximité ? (Certains EHPAD, à domicile...)

Ces évolutions sont récentes et une vigilance doit être portée sur leurs mises en œuvre. Le travail doit se poursuivre pour que les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture trouvent leur place pleine et entière dans le système de santé et la reconnaissance qu'ils appellent de tous leurs vœux.

Nous réitérons la demande d'un décret de compétences et d'un rôle propre pour ces professionnels.

La crise sanitaire a également mis en évidence l'exercice spécifique en soins critiques et nous revendiquons la mise en place d'une formation diplômante dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue, mais également lors de leur prise de fonction dans ces secteurs avec un accompagnement tel que le recommandent les sociétés savantes pour les infirmiers.

#### **Préconisations du Syndicat CNI**

- Création d'un décret de compétences et d'un rôle propre
- Création d'une formation qualifiante pour l'exercice en soins critiques

#### **d) Les MERM : redéploiement des compétences.**

Il est question dans « ma santé 2022 » de valoriser les compétences des professionnels de santé.

Le Syndicat CNI souhaiterait que soit étudiée la possibilité pour les MERM d'un exercice mixte. Cet exercice s'appliquerait dans un cadre d'imagerie « à domicile » pour les radios dites conventionnelles. Ce serait la possibilité d'avoir une équipe mobile qui irait, dans les EHPAD, avec un camion, pour réaliser les clichés. Ceux-ci seraient ensuite envoyés via un réseau de télétransmission sécurisé pour interprétation. Cela permettrait de réduire les coûts de transport patient, de diminuer l'impact du déplacement sur les personnes âgées et de diminuer les entrées aux urgences.

Les MERM ont les compétences requises pour cela. De plus, l'interprétation à distance se fait déjà dans beaucoup d'établissements.

Il est par ailleurs nécessaire de revoir la valorisation salariale des MERM au regard de leurs responsabilités et compétences, de décliner aux MERM les primes attribuées aux personnels infirmiers, ainsi que d'harmoniser la rémunération des étudiants, de réviser leur référentiel de compétences au vu des avancées technologiques et d'induire une réflexion sur une pratique avancée.

L'exercice exclusif des actes de radiologie, notamment en bloc opératoire, doit être officialisé afin de sécuriser et d'assurer l'efficacité des actes pratiqués dans ce secteur, cela fait d'ailleurs partie des recommandations de l'autorité de sécurité nucléaire.

##### **Préconisations du syndicat CNI**

- Revalorisation salariale des MERM au regard de leurs responsabilités et compétences, avec attribution des primes attribuées aux personnels infirmiers, ainsi harmonisation de la rémunération des étudiants
- Révision du référentiel de compétences au vu des avancées technologiques
- Mise en œuvre d'une réflexion sur une pratique avancée
- Officialisation de l'exercice exclusif des actes de radiologie, notamment en bloc opératoire

#### **e) ASHQ**

Les ASHQ sont essentiels dans le parcours de soin, sans hygiène aucune prise en charge ne peut être efficace.

Ces professionnels de l'ombre méritent une réelle reconnaissance.

##### **Préconisations du syndicat CNI**

- Inclure les ASHQ dans la filière soignante
- Généraliser la formation diplômante qui viendra reconnaître et renforcer les compétences

## 5. Un meilleur accès à la formation

Thématique abordée dans l'axe 1 du Ségur de la santé.

Plusieurs éléments viennent freiner l'accès à la formation continue des agents :

### a) Une baisse des budgets qui y sont alloués

Les enveloppes dédiées à la formation des agents sont de plus en plus restreintes alors que les coûts augmentent (coût des formations elles-mêmes mais aussi coûts afférents tels que transport ou hébergement). Les formations au sein des établissements en viennent à se cantonner aux formations obligatoires (telles que la formation incendie ou l'AFGSU) ou au mieux se limitant aux axes prioritaires définis dans chaque établissement, laissant peu ou pas de place à des projets professionnels qui n'entrent pas dans ces axes.

On assiste également à un appauvrissement des espaces de réflexion induit par l'obligation des certifications, d'agrément (certification Qualiopi, inscription DATADOCK, n° d'agrément, financement) qui exclut par exemple des associations de réflexions professionnelles tel que le Serpsy dans le domaine de la psychiatrie.

### b) Un fonctionnement à flux tendu

Les établissements fonctionnent à flux tendu par les difficultés de recrutement ou l'absentéisme. Cette situation est un frein considérable à l'accès à la formation étant donné qu'il est impossible d'envoyer un agent en formation lorsque l'on n'a pas la capacité de le remplacer à son poste. Nous pouvons citer l'exemple des IBODE qui doivent répondre à une obligation de formation dont la date effective ne cesse d'être repoussée par l'impossibilité de former les agents dans les délais impartis. De la même manière, les formations obligatoires dont nous parlons plus haut ne font pas le plein non plus pour les mêmes raisons. Nous vous défions de trouver les établissements dans lesquels les agents ont tous une formation AFGSU en cours de validité (celle-ci est établie pour 4 ans et à renouveler systématiquement). Cette difficulté d'accès interroge aussi pour les IDE souhaitant accéder au master IPA, aux aides-soignantes souhaitant suivre la formation en soins infirmiers, aux agents désirant suivre une reconversion professionnelle pour envisager leur deuxième partie de carrière... Il est impératif de revoir les budgets alloués à la formation dans les établissements, les modes de financement des personnels qui pourraient être recrutés afin de remplacer ceux partis en formation ainsi que les budgets de l'ANFH.

#### Préconisations du syndicat CNI

- Augmenter les budgets alloués à la formation dans les établissements ainsi que les budgets ANFH



## 6. Redonner une vraie place à la psychiatrie

### a) Le constat d'une dégradation de la prise en soins des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Sur les dix dernières années, les prises en charge psychiatriques se sont considérablement dégradées.

Le travail de secteur s'est appauvri, on a assisté à des fermetures de lits et de structures sectorielles essentielles (CMP).

On déplore une absence de moyen donné pour répondre au virage ambulatoire.

Le mode de financement est délétère. Il ne peut être celui de la T2A, la codification des actes ne peut se faire de la même façon qu'en service classique : selon l'état d'un patient il faudra un entretien court pour, par exemple, prendre en charge une crise d'angoisse, alors qu'à d'autres moments et pour un même patient le temps d'écoute sera bien plus long. L'accompagnement d'un patient psychotique demandera plus ou moins de temps infirmier selon l'évolution de la maladie et cela ne peut rentrer dans les cases de la codification T2A. Les hôpitaux ruraux sont encore moins bien lotis, ainsi que les services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux. Le déficit de ces derniers ne fait qu'accroître le manque de moyens dédiés à la psychiatrie, les dirigeants d'hôpitaux préférant privilégier ce qui leur rapporte plutôt que de développer une spécialité encore trop souvent considérée comme tabou.

Les structures d'accueil de proximité (CMP, hôpitaux de jour, CATTP...) se retrouvent de plus en plus en grandes difficultés d'une part par manque de personnel d'autre part par manque de moyens financiers. Toutes les activités thérapeutiques, supports à la relation d'aide, ne sont pas financées à leurs justes hauteurs, alors que c'est le fondement même de la prise en charge en psychiatrie.

Quant aux activités extérieures, permettant aux patients de rester en contact avec l'extérieur, de garder une forme de socialisation, elles deviennent l'exception, le manque de moyens (véhicules, finances, personnel) étant là encore un frein à ce mode de prise en charge. La réforme de la prise en charge (PEC) des transports est un exemple flagrant ; la prise en charge des sorties à visée thérapeutique pour un soin sans consentement est désormais soit à la charge de l'hôpital (avec les contraintes budgétaires on peut craindre le pire), soit à la charge du patient lui-même. Coût financier supporté par les patients pour des programmes thérapeutiques prescrits, essentiels à leur réinsertion.

La prise en charge de patients ne « rentrant pas dans les cases diagnostiques », la difficulté de trouver des structures en aval de l'hospitalisation permettant un hébergement à long terme dans des conditions décentes. Ces hébergements et leurs financements dépendent d'autres acteurs territoriaux.

Il y a urgence à améliorer ces situations et prises en soins.

Par ailleurs, le manque de formation des infirmiers par la disparition du diplôme purement « psy » se fait maintenant cruellement sentir ! L'arrêt de la formation spécifique en 1992 a été une hérésie, dont les effets pervers arrivent de plein fouet maintenant ! (Au fur et à mesure que les infirmiers spécialisés des secteurs psychiatriques prennent leur retraite.). Le savoir-faire disparaît et la plupart des infirmiers préfèrent choisir d'autres spécialités à leur sortie de formation, plus techniques. La psychiatrie fait toujours peur aux étudiants parce qu'ils n'acquièrent pas les connaissances nécessaires pendant leurs études pour l'appréhender au mieux. Les heures dédiées à la spécialité sont IFSI dépendantes. Les réductions de personnels sur les unités d'hospitalisation à temps complet ou extra hospitalières ne permettent plus de faire des soins de qualité et/ ou de remplir les missions de réinsertion inscrites dans la prévention des ré hospitalisation, de réhabilitation sociale, d'accompagnements et soutien des familles, de recherche de lieux de vie, d'accompagnement des équipes des structures médicosociales sur l'accueil de patients atteints de pathologies psychiatriques.

La violence a toujours été présente dans le milieu psychiatrique, mais au fil du temps, les moyens d'y répondre ne sont plus les mêmes, par manque de personnel formé et en nombre suffisant. On y répond donc de plus en plus fréquemment par la contention, la mise en isolement. A cet égard, les recommandations de l'HAS sont très utopiques ! Demander que 5 soignants soient présents pour procéder à la mise en isolement d'un patient, plus 2 qui restent avec les autres malades de l'unité relève de l'impossible eut égard aux effectifs existants ! Lorsque l'on sait que l'on arrive péniblement dans le meilleur des cas à être trois pour une unité de 25 places, comment répondre aux préconisations de l'HAS ? La réalité du terrain semble échapper à beaucoup...

Le travail de référents longtemps inscrits dans les pratiques de psychiatrie repris sous le nom de coordonnateurs du programme personnalisé de soin ou projet personnalisé patient, inscrit dans les bonnes pratiques HAS, ne peut être mis en place faute de moyens en personnel.

### **b) Nécessité de la création d'une spécialité en psychiatrie**

Les constats énoncés au point précédent mettent en exergue, la nécessité d'un personnel spécifiquement formé à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques.

La santé mentale nécessite une véritable expertise clinique et organisationnelle en pratique infirmière.

Le rôle de l'IDE en psychiatrie prend en compte la personne dans sa globalité. Il vise à rétablir l'intégrité physique et psychique de l'individu, à découvrir et comprendre ses difficultés et à lui donner les moyens de les résoudre. L'infirmier(e) de psychiatrie fait du travail institutionnel, il observe le patient vivre, est en contact avec lui tous les jours et dans toutes les situations. Il a une approche globale de la prise en charge du patient dans son quotidien. L'infirmier en psychiatrie mène les ateliers thérapeutiques, avec l'utilisation de médiateurs. Cela demande une expertise fine des fonctionnements du psychisme. Le but étant de favoriser l'adaptation et la réhabilitation à la vie quotidienne.

C'est également un expert en psychothérapie individuelle simple, dite de relation d'aide. Cela demande encore une fois des notions en psychologie.

L'infirmier en psychiatrie travaille dans son rôle propre mais également sous couvert du médecin psychiatre qui est le prescripteur de soins physiques et psychiques.

Le psychologue clinicien a une approche différente. Il s'intéresse plus particulièrement à la personnalité, au mode de fonctionnement psychique du patient. Il est moins présent sur le quotidien de celui-ci. Il va travailler sur une histoire de vie, une problématique, permettant au patient un cheminement sur celle-ci. Le psychologue clinicien fait principalement des entretiens individuels de suivi. Il n'est pas subordonné au médecin. Il est autonome.

Les psychologues interviennent sur demande de l'équipe infirmière ou à la demande du médecin psychiatre.

Ainsi, l'infirmier en psychiatrie et le psychologue ont des rôles complémentaires dans la prise en charge globale des patients et sont tous les deux indispensables à celle-ci.

Il s'agit bien ici d'une nécessité de spécialisation pour répondre aux besoins croissants dans le domaine de la psychiatrie.

Nous renouvelons donc ce souhait de voir se créer une spécialisation infirmière de grade master.

Cette spécialisation permettrait de remettre en place une prise en soin de qualité et efficiente tant sur l'hospitalisation que sur l'ambulatoire et sans omettre des activités de réhabilitation visant à réintégrer dans un milieu social des patients qui en sont exclus par leur pathologie. Nous saluons l'ouverture du champ de compétence IPA à la psychiatrie mais celle-ci ne peut remplacer une spécialisation pour tous les professionnels exerçant dans ce secteur.

#### **Préconisations du syndicat CNI**

- Création d'un master en santé mentale
- Revoir le mode de financement des structures
- Etablir un ratio soignant (toute catégorie professionnelle) / patient

# 7. La dépendance un défi professionnel et transgénérationnel

Malgré les effets d'annonces, la problématique demeure et est plus que prégnante.

Certes, la problématique « dépendance » nécessite une réflexion et une définition des moyens humains, matériels et financiers adaptés. Cependant, pour tout un chacun, l'expression « dépendance » garde une connotation négative. Sans être expert en sémantique, le syndicat CNI préfère parler de perte d'autonomie ou de préservation de l'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou à la maladie. Il s'agit évidemment d'une question de Santé Publique dont la gestion concerne beaucoup d'acteurs et en première ligne, les infirmières.

Qu'il s'agisse de dépendance liée à l'âge ou à la pathologie (Alzheimer ou handicap), il est nécessaire d'organiser une filière dédiée avec un savoir spécifique et des normes pour définir le ratio de professionnels nécessaire.

Ces compétences à développer impliquent l'attribution de moyens pour la prise en charge de la formation et une valorisation financière des compétences acquises.

La prise en charge doit, dans tous les cas, proposer des soins sécurisés et de qualité afin de garantir le respect et la dignité de l'utilisateur et de sa famille.

Il est impératif de mettre en place un Plan Gériatrie et Handicap qui devra préciser le rôle central des soignants concernés au sein de chaque structure (Ville / Hôpital / secteur privé).

## **a) Structures d'accueil**

D'évidence, il apparaît inconcevable et insensé le fait que les établissements privés qui développent ces prestations n'aient pas les mêmes obligations que leurs homologues publics, notamment en termes d'effectif minimum mis à disposition des patients. Il faut savoir qu'une grande majorité de ces établissements privés fonctionnent avec des personnes sous-qualifiées et/ou en recrutant des intérimaires (souvent des AS ou ASH dans le cadre du cumul emploi-retraite »).

Aussi, il faudrait que ces structures puissent offrir plusieurs niveaux de prise en charge (maison de retraite, secteur médicalisé, Alzheimer) afin de permettre une continuité dans la prise en charge spécifique de la personne âgée (selon l'évolution de la pathologie dans le temps) mais aussi pour que les soignants puissent se ressourcer d'un secteur à l'autre (pour ne pas laisser toujours les mêmes professionnels dans des secteurs « lourds » et éviter les dérives telle la maltraitance pour les patients ou les risques psychosociaux pour les agents).

## **b) Définition de ratios en personnel adaptés à la prise en charge spécifique des patients quel que soit le secteur d'activité (privé ou public).**

C'est en affectant les effectifs nécessaires à une prise en soins globale de la personne dépendante que l'on pourra redonner de l'attractivité à ces secteurs désertés par les professionnels.

## **c) Compétences**

Quelles prises en charge faut-il proposer et, par déduction, avec quels professionnels ?

Il semble primordial de développer un véritable cursus de formation en gériatrie mais également pour la prise en charge de la personne handicapée physique ou mentale.

Pour le syndicat CNI, les professionnels habilités à intervenir seront :

- les aides-soignantes DE,
- les assistants de soins en gérontologie,
- les infirmières DE,
- les Infirmières de pratiques avancées en gérontologie (Master 2).
- les kinésithérapeutes,
- les psychomotriciens,
- les ergothérapeutes, ...

## **d) L'hospitalisation à domicile**

Les français expriment majoritairement le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible.

Cette réalité nécessite une réflexion importante sur l'offre de soins à développer dans la prise en charge en HAD et les aides à apporter aux proches et aux familles.

Prendre en charge un proche âgé dépendant à domicile entraîne souvent des difficultés financières (diminution du temps de travail voire cessation d'activité) mais aussi un épuisement psychologique des proches aidants à ne surtout pas négliger.

Ainsi il faut mettre en place une réelle politique d'accompagnement qui permette de ne pas subir financièrement cette charge et également d'offrir des SAS de respiration pour ces familles hyper sollicitées. (Hospitalisation de court séjour, hospitalisation en hôpital de jour ou de semaine, relai famille d'accueil...), développer l'offre d'aides à domicile, formées et en lien avec les différents professionnels autour du dépendant. Renforcer le rôle et la place des infirmier(e)s libéraux pour améliorer l'organisation de ces prises en charge spécifiques. Leur connaissance du terrain et des différents intervenants (réseau) doivent leur donner une place centrale dans le processus de mise en œuvre et de suivi.

### Préconisations du syndicat CNI

- Définir des ratios en personnel adaptés à la prise en charge spécifique des patients quel que soit le secteur d'activité (privé ou public).
- Développer un cursus de formation en gériatrie mais également pour la prise en charge de la personne handicapée physique ou mentale.
- Développer l'offre d'aides à domicile, formées et en lien avec les différents professionnels autour du dépendant
- Renforcer le rôle et la place des infirmier(e)s libéraux dans le processus de mise en œuvre et de suivi.

## 8. CONCLUSION

Nous avons alerté pendant des années sur les dangereuses décisions qui étaient prises au plus haut niveau et sur les risques encourus si les chemins empruntés restaient les mêmes dans le domaine de la santé.

Malheureusement il aura fallu une crise sanitaire pour enfin entendre dans la bouche de nos dirigeants les mots que nous répétons sans cesse depuis de trop nombreuses années « la santé n'a pas de prix » ...

Cette crise ne sera pas la dernière et d'autres viendront, nous vous demandons de tirer les leçons de celle-ci.

Les professionnels de santé ne doivent plus jamais se retrouver sans protection face au danger, ils ne doivent plus jamais avoir à supplier pour qu'on leur délivre des masques périmés ! Ils ne doivent plus jamais avoir à se recouvrir de sac poubelle !

Ceux qui ont été érigés au grade de héros doivent être traités dignement, avec le respect et la reconnaissance qui leurs sont dus.

Oui ils ont effectué leur travail mais les conditions dans lesquelles ils ont exercés durant ces mois sont scandaleuses et sont la résultante de plusieurs années de déni, celui-là même que vous devez confronter aujourd'hui à la réalité.

Les professionnels de santé n'admettront pas de demi-mesures ou de saupoudrage de primes, ils exigent, à juste titre, que chacun prenne ses responsabilités au même niveau qu'eux-mêmes ont pris les leurs et que vous fassiez en sorte que :

- Leurs salaires soient augmentés à hauteur des responsabilités et compétences et ce à minima pour atteindre le niveau de la moyenne de l'OCDE,
- Le nombre de lits réévalué à la hausse, et peu importe que certains jours certains de ces lits soient vides, les deux dernières années ont démontré à tous l'importance d'en avoir à disposition,
- Le matériel soit partout en nombre suffisant et que plus jamais aucun soignant ne manque de quoique ce soit pour prendre en soin de manière efficiente et sécuritaire les usagers,
- Les effectifs soient renforcés au sein des structures, Le domaine de la santé mentale trouve la place qui est la sienne dans le système de santé, ne soit plus le parent pauvre de celui-ci et que tous les français puissent accéder à l'aide psychologique et/ou psychiatrique dont il a besoin.

**Les professionnels de santé ne veulent plus des promesses clamées haut et forts au moment des élections et qui ne sont jamais tenues !**

**Ils exigent un vrai projet basé sur les besoins de la population, que ce soit au sein du monde hospitalier ou du réseau ville.**

**Ils attendent des politiques d'être reconnus comme acteurs essentiels du système de santé français et à ce titre d'être entendus, de jouer un rôle dans un pouvoir décisionnel des établissements de santé et les moyens nécessaires pour prendre en charge la population de manière efficiente et sécuritaire.**

**Notre dossier se veut contributif au-delà de revendicatif, les propositions que nous vous y faisons sont non exhaustives et nous nous tenons à votre disposition pour échanger et aller plus loin dans la réflexion et la construction des mesures qui reconstruiront un système de santé français d'une qualité égale à celle des professionnels qui le font vivre.**



## **NOUS CONTACTER**

### **Syndicat CNI, syndicat des professionnels de santé**

2, rue de la Milétrie CS 90577  
86021 Poitiers Cedex

#### **Céline LAVILLE, Présidente du Syndicat CNI**

06 64 41 78 65 / [presidencenationalecni@gmail.com](mailto:presidencenationalecni@gmail.com)

#### **Céline DUROSAY, Secrétaire du Syndicat CNI**

07 86 20 16 11 / [secretariatnationalcni@gmail.com](mailto:secretariatnationalcni@gmail.com)