



COLLECTIF SANTÉ EN DANGER

JE SOUTIENS LES SOIGNANTS

Santé 2.0

Partie 1 : Collectif Santé en danger, motif, méthode, objectifs

Partie 2 : Travaux Politique de santé 2.0

Février 2021



Partie 1
Collectif Santé en danger
Motif
Méthode
Objectifs



La vocation du collectif Santé en danger est de représenter l'ensemble des professions de santé, du secteur public, du secteur privé et du libéral.

JUILLET 2020 : NAISSANCE DU COLLECTIF SANTÉ EN DANGER

Le 27 juillet 2020, alors que les **conclusions du Ségur de la santé** sont annoncées, qu'un **protocole d'accord** a été signé par certains syndicats seulement et qu'une seconde vague de **crise Covid-19** se profile, **le médecin anesthésiste-réanimateur Arnaud Chiche, entouré de sept personnes, crée le collectif Santé en danger.**

Son groupe Facebook est rejoint par **83 000 membres en quinze jours**, puis **127 000 en un mois**. Ce nombre ne cesse de croître, sans que le collectif ne sollicite de nouveaux membres.

Du Ségur de la santé, Arnaud Chiche dit : « *C'est un premier faux pas ! Et la covid-19 va continuer à s'acharner pendant des années. Nous allons tous craquer !* »

Le collectif né, Facebook lui sert de support. **20 jours, plus tard, ce sont 120 400 membres qui l'ont rejoint. Chaque jour, ce nombre augmente.** Il comprend – au 8/02/2021 **199 700 membres**, des professionnels de santé – nos soignants (tout corps de métier, du public, comme du privé, salariés ou libéraux) - ainsi que des usagers.

En septembre 2020, l'association C Santé en danger est créée. Elle compte 9 211 adhérents.

SON MOTIF : L'insuffisance du Ségur de la santé, une concertation dite « de grande ampleur »

Obtenir un Ségur 2 a été la première et la plus importante des revendications du collectif. Elle est née d'une réaction immédiate à la suite du Ségur de santé au mois de juillet 2020.

Pour les *leaders* du collectif Santé en danger, une équipe pluri professionnelle de santé, il était impensable qu'une politique de santé n'englobe pas tous ses acteurs, qu'ils soient issus du public, comme du privé, salariés ou libéraux.

Ce d'autant, que la première crise sanitaire de la Covid-19 a montré l'implication sans faille de tous les soignants, professionnels de santé, y compris de ceux du médico-social.

L'initiative incomplète du gouvernement a entraîné un profond sentiment d'injustice, notamment chez les professionnels du secteur social et médico-social.

La construction du collectif, à partir du Ségur, a amené progressivement d'autres revendications :

- Un nouveau cadre réglementaire pour améliorer, décompartmenter et fluidifier les prises en charge et les parcours de soin entre public, privé, exercice libéral, hospitalisation, soins à domicile et médico-social.
- Obtenir une juste valorisation du travail des professionnels de santé, en particulier dans leurs engagements pour la continuité et la permanence des soins.

SA METHODE : La coalition et la communication

La coalition

A travers la lutte transpartisane et non violente du collectif, le débat pour l'organisation du système de santé français est constamment enrichi par toute l'expérience des professionnels de terrain qui sont en contact permanent avec le conseil d'administration de l'association C Santé en danger :

- Près de 200 000 membres fédérés sur le groupe Facebook **collectif Santé en danger**, organisé au sein d'antennes régionales gérées par rapporteurs.
www.collectif-sed.org
[Facebook - CollectifSantéEnDanger](#)
- Près de 10 000 adhérents de l'association loi 1901 C Santé en danger.
- De multiples syndicats et associations de professionnels de santé.

Ensemble, ils témoignent, dialoguent, réfléchissent et mènent des actions. Ils dénoncent les manquements du système de santé actuel : la vétusté des établissements, la pénurie de matériel, la perte d'attractivité par le manque de reconnaissance professionnelle, les conditions de travail au sein des déserts médicaux...

L'organisation du système de santé français doit se nourrir de l'expérience de ses professionnels de terrain.

Le **collectif Santé en danger** propose des pistes de réflexion pour apporter des solutions, à travers la mise en place de groupes de travail organisés par les acteurs compétents sur certaines professions et sujets : EHPAD ; Financement ; IADE ; IDELE ; Sage-femme ; Santé durable ; Soins de premier recours ; Souffrance au travail...

La communication

Le **collectif Santé en danger** communique au travers de tous les médias, à un niveau local, régional et national.

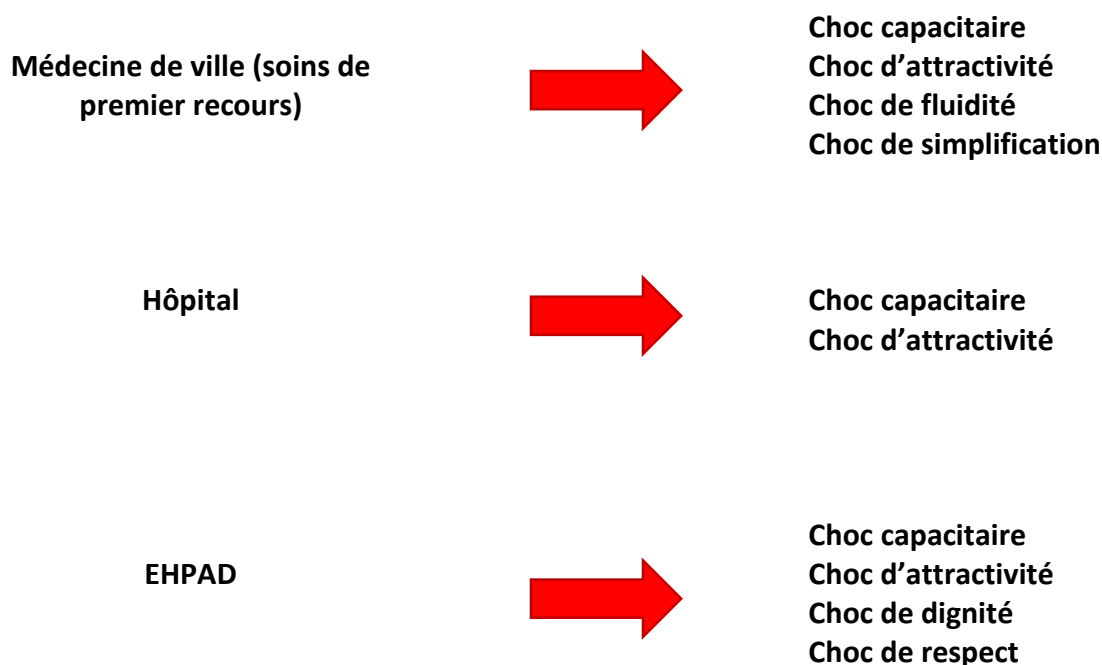
Il cherche à mobiliser les élus locaux et nationaux sur les problématiques de santé en faisant voter et afficher des motions de soutien.

Il participe à des groupes de travail et à des auditions parlementaires.

Il dialogue avec le cabinet du ministre des Solidarités et de la santé.

SES OBJECTIFS : Soutenir les revendications de ses partenaires sociaux et écrire la santé de demain, la santé 2.0

Les revendications du **collectif Santé en danger**



Les revendications de ses partenaires sociaux

Le **collectif Santé en danger** porte l'ensemble des revendications des professions non satisfaites ou exclues du Ségur, sur lesquelles il communique.

Quelques exemples de professions concernées :

Agent de services hospitaliers ; Ambulancier·e diplômé·e d'État ; Assistant·e médico-administratif·ve ; Assistant·e de régulation médicale ; Assistant·e social ; Attaché·e d'administration hospitalière ; Infirmier·e diplômé·e d'État ; Infirmier·e de l'Éducation nationale ; Infirmier·e de puériculture...

L'écriture de la Santé 2.0

La santé 2.0 sera une remise à niveau du système de santé.

Le collectif est convaincu que seules les revendications des professionnels de santé sont les indicateurs des besoins à prendre en compte. Le **collectif Santé en danger** pense cependant que la santé 2.0 doit s'écrire dans une logique économique durable et relocalisée.

Par ailleurs, le collectif considère que la société a besoin d'un système de soins sécurisé comprenant une gradation de l'offre correctement décrite armée et financée, une couverture nationale opposable, des innovations mais surtout de la réactivité.

Elle doit avoir accès à des prises en charges médicales et paramédicales rapides et efficaces sur l'ensemble du territoire.

Une homogénéisation des coûts relatifs aux soins prodigués dans les différents établissements et secteurs sanitaires doit être réalisée.

Le patient ne doit pas subir une marchandisation de la santé et une médecine à deux vitesses.

Lignes directrices

Le patient :

Le patient doit occuper la place centrale du système de soin.

L'accès aux soins et équité

L'accès aux soins doit être facilité et équitable pour tous.

Les professionnels de santé :

Les professionnels de santé doivent être reconnus comme des piliers.

La sécurité et la qualité des soins :

Les professionnels de santé doivent travailler en toute sécurité dans un objectif de qualité.

Enjeux sociétaux du système de santé :

Moyens et bénéfiques ; Santé durable

Points de réflexion

- | | |
|--|------------|
| ▪ Offre de soins : | Refondre |
| ▪ Réseau de soins de proximité : | Renforcer |
| ▪ Capacités : | Augmenter |
| ▪ Effectifs : | Ouvrir |
| ▪ Coordination et démarches administratives inter-structures : | Faciliter |
| ▪ Métier : | Relancer |
| ▪ Urgences : | Orienter |
| ▪ Politique de santé : | Concerter |
| ▪ Promotion et prévention : | Développer |
| ▪ Matériel et EPI : | Produire |
| ▪ Gestion de crise sanitaire : | Anticiper |

Partie 2

Travaux Politiques de santé 2.0

PAR SUJET

-Santé durable	P. 9
-Enfance	P. 11
-Santé mentale	P. 14
-Souffrance au travail	P. 17
-Travail de nuit	P. 19
-Prévention	P. 20
-EHPAD	P. 21
-Seniors	P. 22

PAR PROFESSION

-Aide-soignant·e	P. 25
-Ambulancier·e	P. 31
-Auxiliaire de puériculture	P. 34
-Cadre de santé : manager; formateur·rice	P. 35
-Infirmier·e de bloc opératoire	P. 37
-Infirmier·e diplômé·e d'État en réanimation	P. 43
-Infirmier·e de l'Éducation nationale	P. 45
-Infirmier·e libéral·e	P. 47
-Infirmier·e puériculteur·rice ; Sage-femme puériculteur·rice diplômé·e d'État	P. 51
-Manipulateur·rice en électro radiologie médicale	P. 54
-Masseur·se-kinésithérapeute	P. 55
-Préparateur·rice en pharmacie	P. 57
-Sage-femme	P. 59
-Technicien·ne de laboratoire d'analyse médicale	P. 65

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ
SANTÉ DURABLE
 1/12/2020

Durabilité et Soutenabilité : Piliers de la Santé 2.0

Contexte et quelques chiffres

Le monde de 2020 est un monde qui est structuré grâce à l'abondance énergétique. Malheureusement, cette abondance est essentiellement représentée par les **combustibles fossiles** (charbon, pétrole, gaz), responsables d'émissions croissantes de gaz à effet de serre (GES) avec les conséquences climatiques qui vont avec.

Les **recommandations** du Groupe d'Expert Intergouvernemental sur l'Évolution du Climat (GIEC) sont claires : pour maintenir le **réchauffement** autour de 2°C, il nous faut diminuer nos émissions de GES de 6%/an jusqu'à tendre vers **zéro** d'ici 50 ans.

L'empreinte carbone des tous les français est d'environ 750 millions de tonnes d'équivalent CO2 par an. Le système de santé dans son ensemble représente 5% de ce chiffre soit environ 40 millions de tonnes par an.

Les affirmations du CSED

Afin que les générations futures aient accès à un système de santé à minima « non-inférieur » à aujourd'hui, celui-ci doit s'inscrire dans une logique de durabilité et de soutenabilité. Des objectifs précis et ambitieux allant dans ce sens doivent être instaurés par les pouvoirs publics.

Les pistes de réflexion proposées par le CSED

1. Le meilleur moyen pour diminuer l'impact écologique du système de santé est que la population soit en meilleure santé et nécessite moins de soins énergivores.

➔ Un **plan massif de prévention sanitaire** répondra certainement à cet objectif.

2. Les dispositifs médicaux et les médicaments sont souvent fabriqués à l'étranger ce qui génère des émissions de GES importantes.

➔ Un **plan de relocalisation des filières médicaments / dispositifs médicaux** garantirait l'indépendance de la France et contribuerait à diminuer les émissions mondiales de GES.

3. Certains établissements de santé (les plus anciens) sont de vraies passoires énergétiques.

➔ Un grand **plan de rénovation « écologique »** de ces bâtiments doperait l'économie et améliorerait le bilan énergétique de la santé.

4. Améliorer les **filieres de tri des déchets** dans les établissements de santé.

5. Il est important de **sensibiliser** le personnel soignant et non-soignant des établissements de santé à la problématique écologique.

➔ Nous proposons l'instauration de **modules d'enseignement** obligatoires sur les enjeux énergie-climat dans les **formations initiales** de toutes les professions de santé. Ces modules devront être adaptés à chaque profession.

6. Obligation pour tous les établissements de santé de fournir annuellement des **Bilans Carbone** plus précis qu'aujourd'hui (incluant le Scope 3) et de proposer des **stratégies d'amélioration** de ces bilans.

7. Incitations financières à la **mobilité bas carbone** du personnel des établissements de santé : bornes de recharge électrique gratuites, soutien au covoiturage...

8. Conditionner la **certification** des services de soin à l'existence d'une démarche de **transition écologique** (tri des déchets, réduction des examens complémentaires etc...)

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ

ENFANCE

10/02/2021

Définition du domaine : Travail interdisciplinaire autour de l'enfance à partir de 3 ans (avant groupe périnatalité), et jusqu'à la transition en secteurs adultes (médical ou médico-social selon les cas, universitaire pour le côté scolaire) autour de plusieurs lieux ou secteurs : préventif, « curatif », suivi, en structure ou au domicile...

Membres du groupe CSED : Claire (IDE) AURA, Murie (AP) AURA, Julie (IPDE) AURA, Liline (IDE EN) BFC, SOSO (Puer) BZH, Lyza (IDE) BZH, Myriam (IDE) BZH, Laurence (IPDE) BZH, Nath (Infirmière de l'Éducation nationale) HDF, Marie (IDE) HDF, (Gwladys (IDE EN) IDF, Déborah (Enseignant APA) IDF, Monique (IDE) IDF, Anne Cha (IDE) NA, Nadsan (éduc protect enfance) NA, Chris () PACA, Katia (IDE) PACA, Lolcat (AP) PACA, Maureen (SF) MARTINIQUE.

Professions concernées : IPDE ; IDE ; IDE scolaire ; Médecin scolaire ; Médecin généraliste ; Pédiatre ; Pédo psy ; Psychologue ; Éducateur ; Éducateur spé ; Ergothérapeute ; Kiné ; Psychomotricien ; EAPA, Orthophoniste ; EJE ; Appareilleur ; Assistante sociale ; AVS

Lieu d'exercice : Famille ; Services hospitaliers ; PMI ; Établissements de l'Éducation nationale ; CMP ; CMPP ; Milieu de la protection de l'enfance...

Constat de départ : Des professionnels de l'enfance existent mais sont insuffisamment représentés dans tous les lieux d'exercice et auprès des familles. Ce constat mène à des difficultés de collaboration interprofessionnelle et des enfants et famille en souffrance, ainsi que des professionnels.

Domaine du préventif :

Problèmes identifiés :

1. Surexposition aux écrans à tout âge et de plus en plus jeune : véritable fléau pour la santé de l'enfant et son éducation.
2. Pas assez d'éducation à la santé sur des thèmes pourtant fondamentaux dans la prévention (alimentation, hygiène, sommeil...) et la future santé de nos enfants. Les personnels de santé (puéricultrice, enseignant, infirmière scolaire...) sont pourtant formés à cette forme d'éducation à la santé... Ils ne peuvent réaliser leur mission de prévention par manque de temps. En effet, ils gèrent trop de missions urgentes. La prévention passe à l'oubli. Solution : avoir du temps bloqué et incompressible sur ce sujet comme mission prioritaire, que ce soit à l'école (infirmière scolaire, médecins scolaire, psychiatre...), à l'hôpital (Médecine chirurgie obstétrique et soins de suite et de réadaptations) avec éducation thérapeutique de patients (ETP). Ce temps doit être à la fois "prescrit et incompressible" même si autre urgence, et valoriser. En effet ETP prend du temps à la fois pour créer des programmes qui doivent être déposés et validés par les ars, financés (le retour de l'argent que cela rapporte à ceux qui le font est très opaque à savoir argent revient à l'hôpital qui déclare le programme ETP mais pas au service qui fait ETP...) et enfin, cela prend bcp de temps de le

Association collectif Santé en danger – 33, rue Gallieni - 59420 Mouvaux

collectifsed@gmail.com

www.collectif-sed.org

faire auprès des familles (diagnostic éducatif, session d'ETP, retour et évaluation) que ce soit en individuel ou en collectif.

3. Les problèmes sociaux liés à la crise sanitaire et à la précarité en général ont des conséquences dramatiques sur les enfants (parents en situation de grande vulnérabilité, burn out parental, décompensations maladies psychiatriques).
4. Mise en place d'équipes mobiles dédiées à l'écoute des enfants, des familles et des professionnels de proximité, afin d'évaluer, d'orienter et de soutenir - en amont des difficultés ancrées.
5. Déscolarisation massive : L'école était un lieu sécurisant d'apprentissage et de socialisation. Peut-on en dire autant aujourd'hui ? L'école est vecteur de pression et d'angoisse (résultats scolaires, protocoles contraignants, ...).
6. Faire un bilan pluridisciplinaire annuel (santé physique et psy, socio-éducatifs...) car de plus en plus, nous nous rendons compte des problèmes trop tard ou accompagnés de problème supplémentaire qui y sont associés... Par exemple : constat qu'à partir du collège, les enfants ne consultent que pour des urgences...
7. Pas assez d'activité physique pour les enfants et les adolescents (pire pendant le confinement et pas mieux actuellement) ayant des conséquences sur le statut pondéral et le déconditionnement musculaire (mesures gouvernementales sans cesse en modification et contradictoires : arrêt de tout pendant confinement avec cours d'EPS en visio, des mairies responsables refusant d'ouvrir les lieux, puis sports extérieurs, puis tout ouvert pour enfants, puis tout lieu fermé sauf à l'extérieurs et en même temps communication ministérielle pour 30 minutes d'activités physiques par jour dehors pour la campagne de promo des JO...

Domaine du « curatif »

Problèmes identifiés :

1. Manque cruel de place pour la prise en charge en CMPP et CMPI et dichotomie d'accès aux soins selon le territoire. Augmentation des places dédiées aux enfants et adolescents en hospitalisation complète : La situation sanitaire liée au Covid-19 engendre une vague de demandes de consultations.
2. Augmentation de la maltraitance avec la crise sanitaire (mal-être, dépression, TS, sexuelle, Information Préoccupante IP) en lien avec le confinement.
3. Pas assez de temps et de reconnaissance des programmes ETP pour enfants et familles
4. Pour des pathologies chroniques, problème de suivi régulier : la consultation en visio est loin d'être parfaite dans le milieu pédiatrique (ex : dans les CRCM muco, pendant le confinement plus de kiné respi, peu de consultation de suivi ou en visio, après le confinement augmentation des hospitalisations pour cure antibiothérapie...)

Domaine du lien entre différents lieux (médical-domicile, médical-éducatif, médical-protection de l'enfance, scolaire-protection de l'enfance)

Problèmes identifiés :

1. Peu ou pas de retour des instances aux différents intervenants suite à des IP ou signalement (infirmière scolaire, assistante sociale ...)
2. Liaison médical-scolaire (PAI, PAIP, suivi de traitement post hospitalisation) : les infirmières scolaires se font « rembarrer » au prétexte du secret médical (elles sont elles aussi soumises au secret professionnel...). Impairs dans le suivi ? Elles doivent passer par le médecin scolaire (pas disponible ou passe tous les 15 jours en internat, ou parfois pas de médecin scolaire du tout...).
3. Manque accru de médecins scolaires et d'infirmières scolaires : recrutement nécessaire.
4. Grève des infirmières scolaires soutenues par le collectif Santé en danger le 26/01/2020 : problème d'un décret en cours de validation avec risque de ne plus être en établissement (loi 4D).
5. Pas assez d'aller-retour entre le scolaire et le médical (de même lorsque c'est l'infirmière qui oriente vers le médical en urgence...)
6. Manque de liaison avec le milieu de la protection de l'enfance (eux aussi débordés), pas assez de place d'urgence (IP, signalement, violence physiques, psychologique, sexuelle) pourtant en augmentation...
7. Constat d'augmentation des placements pour cause de maltraitance (enfant 3-6 ans) ; avec conservation, pour les familles d'enfants placés, des allocations familiales.
8. Augmentation des violences en particulier verbales à l'école, dans les familles et en particulier familles recomposées.
9. Problème de lien entre l'utilisateur (famille) et le médecin scolaire pour la mise en place des projets d'accueils individualisés (PAI) (délai trop long pour validation) et le problème c'est que c'est chaque année l'embouteillage pour la signature et les modifications des PAI par l'institution scolaire.

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ
SANTÉ MENTALE
10/02/2021

Thématiques et objectifs du groupe

- Mener une réflexion autour de la santé mentale, des prises en soins, de l'organisation des soins, de la qualité des soins et de la vie au travail des soignants de psychiatrie.
- Formuler des propositions concrètes et ambitieuses qui tiennent compte des enjeux pour toutes les personnes en lien avec la santé mentale, afin d'améliorer leurs conditions de vie au travail et dans les soins

1- Nos constats/observations (Au 10.02.2021)

- Besoin d'expertise professionnelle via des spécialisations reconnues
- Besoin d'accompagnement et d'aide au développement des compétences chez les étudiants et jeunes diplômés
- Besoin de restructurer les organisations soignantes en augmentant les quotas et des effectifs, et en développant aussi de nouvelles logiques : Infirmier d'éducation thérapeutique (ETP), patients experts...
- Judiciarisation des soins sans consentement, qui perturbe gravement les pratiques soignantes et risque de déshumaniser une partie spécifique du soin psychiatrique : la relation de confiance

2- Nos prochaines axes de travail

- Elaborer une réflexion conjointe autour des soins sans consentement, avec des soignants, des juristes, des usagers, un philosophe, sociologue
- Proposer des organisations nouvelles pour améliorer la qualité des soins et de la vie au travail en santé mentale (quotas, locaux, offre de soins élargie et diversifiée et reconnues par les CNAM, repenser la notion d'équipe soignante...).

Cette réflexion se fera en groupe avec, parmi eux, psychologue, sophrologue, thérapeutes psychocorporels et autres stratégies thérapeutiques nouvelles

Santé mentale et étudiants ou jeunes diplômés

Domaine professionnel concerné	Tutorat en Santé mentale (étudiants et jeunes professionnels)
Métiers concernés	Infirmiers diplômés d'État (IDE), jeunes diplômés, issus du "nouveau diplôme", ayant eu peu de stages cliniques (Cf référentiel de formation IDE)
Difficultés actuelles Constats	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de candidats, vacance de postes ++ - Peu d'accroche institutionnelle (départs précoces) - Difficultés d'enculturation et d'apprentissage des spécificités du soin en santé mentale - Sous-effectifs, risque de stress professionnel - Manque d'échange avec les pairs (APP, groupes de réflexion institutionnels) - Pas assez de formations continues - Sentiment d'impuissance face à des demandes croissantes (cadre législatif qui évolue, évolutions sociétales/droit des usagers, mal-être psychique exacerbé par le COVID...)
Propositions d'action ou d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation du tutorat avec rémunération et/ou reconnaissance réelle et pérenne du temps dédié au tutorat. Par exemple infirmier en pratique avancée (IPA) tutorat - Lien étroit institut de formation en soins infirmiers (IFSI) - services de soin (au-delà des références de stages) pour construire, ensemble, le parcours d'apprentissage clinique ESI-jeune diplômé - Tuilage systématique et légiféré d'au moins 2 semaines puis relai tutorat - Prime spécifique "soins en santé mentale" - Valorisation (salariale et statutaire) du diplôme universitaire (DU) "psychiatrie" - APP systématique équipe-tuteur-IFSI au sujet du raisonnement clinique en santé mentale - Colloques internes "raisonnement clinique"

Santé mentale et infirmier·e diplômé·e d'État (IDE)

<p>Domaine professionnel concerné</p>	<p>Obligation d'une spécialisation en psychiatrie :</p> <p>Diplôme universitaire (DU), infirmier en pratique avancée (IPA) ou master</p> <p>Au vu de la spécificité des soins en santé mentale demandant des compétences approfondies spécifiques</p>
<p>Métiers concernés</p>	<p>IDE</p>
<p>Constats actuels</p>	<p>Beaucoup de jeunes diplômés arrivent en service de psychiatrie avec un manque de connaissances cliniques, pratiques et théoriques</p> <p>L'enseignement pendant le cursus des 3 ans est très insuffisant (2 UE en psychopathologie sans garantie de réalisation complète dans tous les instituts de formations en soins infirmiers - IFSI.</p> <p>Aussi, manque de place de stages et de lieux qualifiants (stages de psychiatrie transformés en stage en EHPAD)</p> <p>Ils rencontrent sur le terrain des situations qui peuvent être traumatisantes et qui peuvent amener à un changement d'orientation.</p> <p>Enjeu : favoriser l'expertise professionnelle à travers une spécialisation reconnue.</p>
<p>Propositions d'action ou d'amélioration</p>	<p>Organiser une spécialisation supplémentaire pour que la psychiatrie soit reconnue comme une spécialité à part entière, afin de pouvoir dispenser des soins de meilleure qualité</p> <p>Enjeux : prévention de risques psychosociaux liés à des vécus traumatisants auprès de patients présentant des troubles importants ayant de forts impacts sur leur comportement social</p> <p>L'expertise professionnelle, reconnue, peut aider à mieux maîtriser ces situations cliniques spécifiques et amener à pérenniser l'engagement professionnel et institutionnel des soignants.</p>

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ
SOUFFRANCE AU TRAVAIL
 21/01/2021

**97.3 % des professionnels de santé témoignent
d'une augmentation de leur souffrance au travail**

Le groupe de travail Souffrance au travail du collectif Santé en danger a lancé une enquête au sujet de la souffrance au travail à laquelle 1.877 professionnels de santé ont répondu. Les résultats sont sans ambiguïté : ils souffrent ! Pour faire face à cette souffrance, aux difficultés qu'ils rencontrent, beaucoup consultent et pensent à une reconversion.

Depuis sa création, le collectif Santé en danger recueille de nombreux témoignages de professionnels de santé sur le mur de son groupe FB.

L'affluence de ces témoignages lui est apparu comme particulièrement instructif et grave, qu'elle concerne les dysfonctionnements liés à notre système de santé actuel ou les plaintes personnelles des soignants, au bout du rouleau.

En lien avec l'association Soins aux professionnels de la santé (SPS), dont la vocation première est de défendre la santé des professionnels de santé, l'idée est née de lancer une enquête dans l'objectif de travailler ensuite à un projet permettant de régler la problématique de la souffrance au travail.

La souffrance au travail augmente

97.3 % des professionnels de santé témoignent d'une augmentation de leur souffrance au travail depuis qu'ils ont commencé à exercer ! 59.8 % fortement, entre 7 et 10, sur une échelle de 0 à 10.

De ce fait 74.6 % d'entre eux ont déjà ressenti l'envie de jeter l'éponge et 46.7 % ont ressenti l'envie de pleurer sans pouvoir s'arrêter.

Seuls 5.3 % des répondants ne se sentent pas concernés par l'envie d'abandonner son poste, par celle de pleurer ou encore, par le stress.

Les difficultés rencontrées sur le lieu de travail sont sources de souffrance

Plus de 55 % des professionnels de santé se sont déjà sentis en difficulté sur le lieu de leur travail ! 33.5 % très fortement, entre 8 et 10, sur une échelle de 0 à 10.

Ils sont seulement 1.6 % à ne pas du tout s'être sentis en difficulté sur le lieu de leur travail.

80.5 % des professionnels de santé sont en difficulté dû à un manque de reconnaissance mais 71.4 % sont aussi en difficulté en raison d'un manque en personnel; 59.5 % à cause de l'augmentation des cadences; 54.1 % du fait d'ingérences liées au management. Ils sont également 30.8 % à subir des difficultés dues à du harcèlement moral.

Seuls 0.4 % des professionnels de santé ne se sentent pas en difficulté.

Conséquences liées à ces difficultés

Les difficultés ressenties au travail poussent 67.1 % des professionnels de santé à envisager une reconversion professionnelle !

De ce fait, 39.9 des répondants ont été amenés à consulter un professionnel : un médecin généraliste (48.1 %), un psychologue (26 %), un psychiatre (11.6 %).

Par ailleurs ils sont 38.8 % à avoir été mis en arrêt de travail; 34.2 % à avoir suivi un traitement médicamenteux.

Les chiffres qui concluent le sondage permettront au groupe de travail Souffrance au travail d'ouvrir de nouveaux travaux sur le sujet. 84.5 % des professionnels de santé pensent « qu'être reconnu » pourrait être un facteur de protection face à leur souffrance !

Par ailleurs, 76.6 % pensent qu'être entendus les protégerait de leur souffrance; 64.4 % seraient protégés de leur souffrance si leurs responsables étaient formés aux spécificités rencontrées sur le terrain; 62.6 % pourraient se protéger de leur souffrance, s'ils avaient plus de temps s'ils avaient plus de temps pour échanger avec leurs collègues, leurs amis ou leur famille.

Le collectif Santé en danger va exiger un audit au sein de tous les établissements de santé sur le sujet de la souffrance au travail. En effet, dans ce contexte, comment des soignants dont le mental est ébranlé peuvent-ils assurer les soins des usagers. Le collectif va travailler à une proposition de loi sur la bientraitance au travail.

Méthode et données clés

Le sondage a été réalisé du 26 novembre 2020 au 10 janvier 2021, via un questionnaire disponible en ligne sur le site Drag'n Survey (Résultats complets du sondage, [ici](#)).

1.877 professionnels de santé en France* y ont répondu (pas uniquement des membres du collectif Santé en danger). 98.6 % sont français, des salariés (86.1 %), des professionnels du paramédical (76.3 %), en très grande majorité des femmes (91.1 %), ayant entre 36 et 50 ans (55.3 %).

67 % d'entre eux travaillent au contact des adultes et possèdent une ancienneté de plus de 15 ans (57.5 %).

*Répartition géographique des répondants

Régions	Décompte	En %
Auvergne-Rhône-Alpes	328	17,47
Hauts-de-France	263	14,01
Sans réponse	205	10,92
Grand Est	187	9,96
Occitanie	150	7,99
Nouvelle-Aquitaine	138	7,35
Île-de-France	129	6,87
Provence-Alpes-Côte d'Azur	100	5,32
Normandie	74	3,94
Bourgogne-Franche-Comté	72	3,83
Bretagne	66	3,51
Centre-Val de Loire	65	3,46
Pays de la Loire	63	3,35
DROM	22	1,17
Corse	14	0,74
Plusieurs régions	1	0,05
Total	1877	100

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ**TRAVAIL DE NUIT**

10/02/2021

Nos constats/observations

- Disparité selon les services/hôpitaux de l'existence ou non des équipes de nuit
- Indemnité de nuit trop peu élevée (1.07 euros brut)
- Alternance jour nuit épuisante

Nos propositions d'amélioration

- Revalorisation de l'indemnité de nuit à hauteur de la pénibilité du travail
- Prime de nuit au prorata du nombre de nuits accompli pour tous les agents faisant des nuits dans un contexte d'alternance jour/nuit permanent
- Pérennisation voire encouragement à la création des équipes de nuits

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ**PRÉVENTION**

10/02/2020

- Plan « Alcool »
 - Plan de financement ?
- Plan « Nutrition » sur les thématiques de l'obésité/dénutrition/pathologies chroniques
 - Création d'un forfait de prise en charge (PEC) par des diététiciens/psychologue/éducateur médico sportif...
- Plan « Activité physique »
 - Prescription de séances d'activité physique et création d'un forfait de remboursement pour les pathologies chroniques.
 - Favoriser les initiatives pour combattre la sédentarité.
- Plan « Prévention des risques environnementaux »
 - Pollution
 - Perturbateurs endocriniens
- Plan « Prévention pour le bien vieillir » (Alimentation, activité physique, prévention des chutes...)
- Remaniement du financement des programmes d'éducation thérapeutiques. Les rendre plus proches des patients (territoires ruraux, isolement social...)
- Développer le réseau ville-hôpital dans la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques qui, actuellement est inefficace.
- Dispositif d'accompagnement des parents à la parentalité formalisé, ce qui permettrait également d'aider les parents jusqu'à l'âge de l'adolescence.
- Utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la prévention.
- Mise en place d'un vrai programme de prévention santé à l'école (alimentation, hygiène, contraception, sexualité, consentement...)

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ**EHPAD**

25/09/2020

1. Augmentation significative des effectifs soignants et infirmiers pour une prise en soins digne de nos aînés. En effet la maltraitance institutionnelle est à bannir.
Exemples : 2 IDE en 12h pour 124 résidents ; Soins de nursing jusqu'à midi et demi, avec un nombre suffisant de soignants. Ce qui a pour conséquence une prise de repas trop tardive, la distribution de compléments alimentaires et pire, la pose de perfusion d'hydratation.
2. Il faut un choc attractif médical et paramédical (financier).
3. Reconnaissance du travail en EHPAD et en gériatrie comme une spécialité à part entière.
4. Présence systématique d'un infirmier dans les unités de vie spécialisée pour un suivi et une réponse adaptée (type UVA - unité de vie Alzheimer ; UVS - unité de vie spécialisée ; UHR – unité d'hébergement renforcé).
5. Reconnaissance des ASH (agent des services hospitaliers) et AV (auxiliaire de vie), indispensables au fonctionnement des EHPAD trop souvent méprisés.
6. Réelle politique de dotation en matériel trop insuffisant à ce jour.
7. Plan de formation et protocole sur les fins de vie.
8. Il est indispensable de se pencher sur le financement des EHPADS car les méthodes actuelles démontrent leurs limites. La grille AGGIR ne correspond pas à la réalité de terrain et ne permet pas des effectifs suffisants, malgré un coût élevé pour les familles.
9. Moratoire sur les effectifs de nuit trop faibles et sans infirmiers malgré des fins de vie nécessitant des pompes de morphine, par exemple.

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ

SENIORS

10/02/2020

Groupe formé en janvier 2021 pour réfléchir sur la prise en charge des « Seniors » : santé, prévention, vieillissement et dépendances.

Il est composé par différents professionnels de santé originaires de toute la France : infirmier·ère, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute etc.

Il s'agit de poser des bases à un thème très vaste que l'on nomme « Seniors ». Il regroupe de multiples visions et comporte de nombreux problèmes à la fois médicaux, sociaux et financiers.

1/ Qu'est-ce qu'un « Sénior » ?

Le mot « Sénior » prend différentes définitions selon son métier, son âge ou sa culture.

Les discussions autour du "senior" révèlent souvent plusieurs conceptions de la personne à partir de l'âge de 50 ans, qui correspond à sa définition.

Le mot « vieillissement » est très souvent induit dans « Sénior » mais de même pour ce mot, il recouvre des définitions différentes selon chacun.

Le « vieillissement » pour un vin est plutôt positif alors que pour l'humain, il est négatif et liés à des points négatifs : usure, dépendance, charge.

Avant la présentation de chaque thème de réflexion, il conviendra de définir plus précisément ce que l'on entend par « Sénior ».

2 / les Thèmes

« Le Bien vieillir » : accompagner la vieillesse pour mieux vieillir et prévenir la dépendance

Accès aux soins à chaque étape de sa vie

A/ Prévention :

- Entourage familiale ou social (ami, famille, voisin)
- Information et formation sur l'arrivée ou les complications de pathologies liées au vieillissement (diabète, hypertension, dépistage cancer, insuffisance cardiaque, démences et maladies neuro-dégénératives, incontinence)
- Adaptation des règles de vie hygiéno-diététique (alimentation, sport etc.)

B/ Curatif : La consultation et le suivi gériatrique médical et infirmier

- Difficulté d'accès à un médecin spécialisé en gériatrie en « Ville »
- Hôpital de jour gériatrique pour les bilans peu nombreux
- Manque d'informations sur « ce qu'est la gériatrie »
- Formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) en gériatrie, suivi coordonné avec le médecin gériatre
- Formation sur les pathologies spécifiques de la "vieillesse" type neurodégénérative (causes, diagnostic, prise en charge, évolution)

C/ Adaptation/Rééducation :

- Proposer un ensemble de services de soins facilement accessible en ville et à domicile
- Faciliter l'accès à des centres de soins de jour
- Camionnette de "soins" avec matériel nécessaire d'ophtalmologie, dentaire par exemple, qui permettrait d'être au plus proche des patients et ainsi, de réduire les coûts et la fatigue de consultations diverses

D/ Accompagnement des personnes en fin de vie en EHPAD et à domicile***Les EHPAD : spécificités et maillage du territoire***

Non, l'EHPAD n'est pas un mouvoir !

Réinventons la prise en charge de la dépendance

- Création de « petites structures » à caractère proche et « familiales »
- Adaptation des structures à des « types de dépendance »
- Formation spécifique du personnel et reconnaissance de leur compétences
- Équipes transversales en soins palliatifs
- Soutien aux aidants et aux personnels

Repensons l'EHPAD comme un lieu de vie !

Boutique, café, coiffeur, bibliothèque mais aussi possibilité de consultations spécifiques avec un cabinet intégré (dentaire, d'orthophonie, d'ergothérapie, de pédicurie et en podologie).

La fin de vie à domicile

Réseaux de soins palliatifs, hospitalisation à domicile etc.

E/ Accompagnement et formation des aidants et des professionnels

- Entretien informatif sur les pathologies, leurs caractéristiques, leurs conséquences et leurs évolutions (atelier conférence avec possibilité de poser des questions spécifiques à chaque cas)

Association collectif Santé en danger – 33, rue Gallieni - 59420 Mouvaux

collectifsed@gmail.com

www.collectif-sed.org

- “Consultation” personnelle sur le cas du malade et les actions à mettre en place : prise en charge juridique, aide sociale, aménagement de la maison
- Cellule d’écoute pour les Aidants facilement accessible et avec une mise en place d’une relation régulière de soutien avec un professionnel soignant
- Formation des professionnels à l’accompagnement de fin de vie et développer les structures de soutien, ainsi que renforcer les aides matériels possible

Former, Informer, Faciliter, Entourer, Soutenir

Recréer du sens dans la vieillesse

Ne pas exclure !!!

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
AIDES-SOIGNANTS
10/02/2021**

Constats et propositions

Nom, prénom, profession du membre groupe de travail : **Isabelle Brandely, Chrystelle Robart**

	<u>FORMATION AIDE-SOIGNANT</u>
Métiers concernés	<u>Aide-soignant</u>
Usagers concernés	
Formation concernée	<u>Aide-soignant diplômé d'État</u>
Reconnaissance actuelle	
Difficultés actuelles (constats, expériences personnelles, observations ...)	<p>1. Par manque de temps, de personnels, de surcharge de travail des infirmiers diplômés d'État (IDE), les aides-soignants (AS) sont très souvent sollicités pour réaliser certains actes sans en avoir les autorisations légales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le glissement de tâches est un problème récurrent dans tous les secteurs d'activité et malheureusement bien souvent inévitable.... C'est pourquoi, nous demandons de revoir la formation et de modifier le référentiel des AS en leur donnant un rôle propre. <p>2. Les aides-soignants VAE n'ont pas forcément toutes les connaissances apportées par la formation complète, et donc pas le même champ d'action... Ils ne possèdent que le module 2 (état clinique d'une personne) à valider ; Il leur manque donc pas mal de compétences... Il faut noter qu'un AS VAE travaille uniquement en EHPAD, et se retrouvera en difficulté dans un service de chirurgie par exemple...</p>

	<p>3. Depuis quelques années, de nouvelles formations d'aide à la personne (AES, AMP, Auxiliaire de vie à domicile...) émergent et sont souvent confondues car assimilables à la fonction d'aide-soignant. Pour autant ces formations sont bien différentes et pour certaines bien moins qualifiantes au niveau du soin. Pourtant, certains établissements n'hésitent pas à employer ces personnes pour « faisant fonction de », notamment dans les EHPAD...</p>
<p>Propositions d'action ou d'amélioration</p> <p>(Selon le schéma QQQCOP = qui, quoi, quand, comment, où, pourquoi ?)</p>	<p>Nous demandons une reconnaissance du diplôme d'aide-soignant avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorisation et légalisation de certains actes (application de certaines crèmes sur décision médicale), prise de saturation, glycémie capillaire, pose de bande BIFLEX, pose d'oxygène en urgence...). - Tâches inscrites dans le référentiel et apprises durant la formation à l'Institut de formation d'aides-soignants (Ifas). - Formations certifiantes ouvrant sur de nouvelles spécialisations comme pour les IDE (AD de bloc, de réa,..). - Une éventuelle catégorisation en fonction du secteur d'activité, pour que les postes d'aides-soignants ne soient pas pourvu par des « faisant fonction ». - Différencier les aides-soignants formation complète / VAE, par catégorie, pour préciser leurs compétences et leur champ d'actions. Par exemple : cat 1: formation complète cat 2: VAE

	<p><u>REVALORISATION DU DIPLOME</u> <u>ET SALAIRE DE L'AIDE-SOIGNANT</u></p>
Métiers concernés	<u>Aide-soignant</u>
Usagers concernés	
Formation concernée	<u>Aide-soignant</u>
Reconnaissance actuelle	
Difficultés actuelles (constats, expériences personnelles, observations ...)	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Disparité entre les aides-soignants de tous les secteurs :</u> Certains aides-soignants n'ont pas bénéficié de l'augmentation de salaire de 183 euros annoncée dans le cadre du Ségur de la santé. Un sentiment d'injustice ressenti par ces salariés des secteurs privés et associatifs, d'établissements médico-sociaux, qui ont aussi vu leur charge de travail augmenter depuis la crise sanitaire, et qui sont aussi en première ligne face à la Covid. Un manque de reconnaissance inacceptable ! ● <u>Revalorisation</u> La revalorisation salariale des aides-soignants n'a pas été revue depuis longtemps et elle n'est pas à la hauteur de la difficulté et de la pénibilité du métier. ● <u>Diplôme aide-soignant par VAE</u> Les aides-soignants VAE n'ont pas forcément toutes les connaissances apportées par la formation complète, et donc pas le même champ d'actions... Un AS VAE, ayant travaillé uniquement en EHPAD, se retrouvera en difficulté dans un service de chirurgie par exemple...

<p>Propositions d'action ou d'amélioration</p> <p>(Selon le schéma QQQCOP = qui, quoi, quand, comment, où, pourquoi ?)</p>	<p><u>Application de l'augmentation de salaire annoncé suite au Ségur à TOUS LES AIDES-SOIGNANTS DE TOUS LES SECTEURS : PUBLIC, PRIVÉ, ASSOCIATIF, HOSPITALIER ET MÉDICO-SOCIAL !</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Augmentation des salaires pour TOUS les AS</u> A l'instar des IDE, l'OCDE n'a pas émis de tableau comparatif pour les AS au niveau européen. <p>A titre indicatif, le salaire moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> → En France → 1357 € net → En Suisse → 4000 € → En Belgique → 2176 € <ol style="list-style-type: none"> 1. Lissage des salaires pour tous les aides-soignants diplômés peu importe leur secteur d'activité et augmentation de 300€, comme déjà demandé... 2. Dégel du point d'indice. <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Revalorisation du DEAS</u> <ul style="list-style-type: none"> - Différencier les aides-soignants formation complète / VAE, par catégorie, pour préciser leurs compétences et champ d'action Par exemple – c'est une idée : <p>Catégorie 1 : formation complète</p> <p>Catégorie 2 : VAE</p>
---	---

	<u>PÉNIBILITÉ</u>
Métiers concernés	<u>Aide-soignant</u>
Usagers concernés	
Formation concernée	<u>Aide-soignant</u>
Reconnaissance actuelle	
Difficultés actuelles (constats, expériences personnelles, observations ...)	<p>Le travail de l'aide-soignant est particulièrement difficile physiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de manutention, transferts de patient, charges lourdes, entraînant énormément de pathologies musculosquelettiques, et ayant pour conséquence un fort taux d'invalidité sur le personnel arrivant en fin de carrière. - La charge psychologique est elle aussi importante : l'aide-soignant est en première ligne au pied du patient, et confronté à la souffrance psychologique quotidiennement, dans quelques services que ce soit (urgences, soins palliatifs, psychiatrie, etc.) de nombreux burn-out sont à déplorer, dus notamment à des agressions ou dernièrement à la prise en charge des patients Covid. La souffrance des aides-soignants, souvent, passe au second plan. - La pénibilité des changements d'horaires constants doit être pris en compte, les 3%, les horaires de nuit, autant de facteurs qui nuisent à l'équilibre physique et psychologique des soignants. - De nombreux aides-soignants ont contracté la Covid- 19 pendant leur activité professionnelle. - Certains salariés se voient refuser un arrêt pour accident du travail en secteur hospitalier, sous prétexte que la faute n'incombe pas à l'hôpital

<p>Propositions d'action ou d'amélioration</p> <p>(Selon le schéma QQQCOP = qui, quoi, quand, comment, où, pourquoi ?)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Mettre en place systématiquement des cellules de soutien psychologique dans les services pour le personnel, ainsi que des séances d'ostéopathie gratuites.- Reconnaître la pénibilité (manutention, horaires décalés...) avec un droit à la retraite à 57 ans.- Reconnaître la Covid-19 comme maladie professionnelle pour tous les aides-soignants ayant contracté la maladie pendant leur service.- Reconnaître les accidents de travail sans suspicion
---	---

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
AMBULANCIERS
10/02/2021**

Introduction :

L'année 2020 a vu un début de prise de conscience du rôle des ambulanciers dans l'organisation du système de soins français. Malgré tout, notre profession n'est pas valorisée et souffre d'une réputation faussée. Dans l'imaginaire collectif, les ambulanciers sont toujours associés à de simples « chauffeurs » ou « brancardiers ».

Or, nous jouons un rôle primordial dans la prise en charge des patients, que ce soit dans le cadre de prises en charge urgentes ou non urgentes, et nous avons encore prouvé ces derniers temps que nous sommes bien un maillon indispensable de la chaîne de secours et du système de santé en réalisant la majeure partie des transports de patients Covid.

Nous, ambulanciers et ambulancières de France, sommes indéniablement des auxiliaires médicaux au regard de la loi et par nos actions, et nous voulons améliorer nos conditions de travail.

Constats et revendications :

- Constats 1 : manque de reconnaissance des ambulanciers du privé/public malgré notre diplôme d'État reconnu pourtant par le code de la santé publique et par le ministère des Solidarités et de la Santé.
- Solution d'amélioration 1 : reconnaissance de tous les ambulanciers comme des professionnels de santé à part entière avec remplacement de la tutelle du ministère des Transports par une tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé et création d'un Ordre national des Ambulanciers (rôle coordinateur et médiateur). Une tenue de travail commune et reconnaissable (prédominance bleu marine) pour tous les ambulanciers de France sera un gage de professionnalisme vis-à-vis des autres professionnels de santé que nous côtoyons tous les jours.
- Constats 2 : notre profession fait essentiellement face à l'accroissement des déserts médicaux et à l'augmentation de la dépendance de la population (par vieillissement mais aussi assistanat social). Par ailleurs, la centralisation des centres de soins augmente la distance entre le patient et son professionnel de santé, générant par conséquent, une hausse des besoins en transport sanitaire. Ensuite, comme toute corporation, nous faisons également face, en interne, à de nombreuses difficultés comme un manque persistant de professionnels qualifiés (dû en partie aux conditions sociales de l'exercice du métier et du choix des candidats). Enfin, nous subissons une massification des entreprises du secteur. Ces nouvelles structures ont plus un impératif de rentabilité immédiate et se désengagent progressivement de l'urgence préhospitalière (UPH) alors même que cela est la base de l'attribution des agréments par les ARS. Nous constatons également

une ambivalence dans la volonté affichée des sapeurs-pompiers de n'assurer que leurs missions statutaires alors que, dans le même temps, ils investissent toujours plus le secours d'urgence aux personnes.

- Solution d'amélioration 2 : assouplir le système de numerus clausus de délivrance des AMS ambulance et spécifier des AMS uniquement pour UPH (pour éviter carences ambulance pour les SDIS), valoriser nos compétences en proposant des recyclages obligatoires plus rapprochés de l'AFGSU 1 et 2 (tous les 2 ans voire moins au lieu de 4 ans actuellement), des spécialisations en soins d'urgence (Ambulancier paramédic ou ambulancier en pratique avancée d'urgence) et augmenter le matériel obligatoire dans les ambulances dédiées à l'UPH (ex: télémédecine avec multiparamétrique).

- Constats 3 : certains SMUR restent "illégaux" n'ayant pas d'ambulancier DE au volant comme le préconise la loi. On voit même des SMUR "roses" (véhicule SDIS avec conducteur SP qui embarque IADE et médecin).
- Solution d'amélioration 3 : mieux faire respecter la loi, et faire évoluer le statut des ambulanciers SMUR en améliorant la formation FAE et en demandant une paramédicalisation des SMUR.

- Constats 4 : manque d'attrait incontestable du métier, un turn over important, et les conditions de travail sont très peu reconnues en regard du salaire actuel juste au-dessus du SMIC.
- Solution d'amélioration 4 : Au niveau des entreprises, la revalorisation par la Sécurité sociale de la rémunération des transports programmés et la refonte du mode de rémunération pour l'urgence (au temps passé pour une bonne prise en charge plutôt qu'aux kilomètres parcourus en charge actuellement) et leurs indexations sur l'inflation et sur la TICPE, permettront de garantir un niveau de rentabilité durable pour toutes les entreprises en adéquation avec les besoins et la politique d'augmentation du pouvoir d'achat. La défiscalisation du carburant (au même titre que les transports routiers) permettra aux entreprises de mieux investir dans du matériel neuf aux normes actuelles (ex : télémédecine, bariatrique...). Au niveau des salariés, la revalorisation de toutes les grilles de salaires privé/public (Auxiliaire ambulancier, ambulancier DE, ambulancier SMUR, ambulancier en pratique avancée d'urgence...) rendra la profession plus attractive au regard des contraintes professionnelles et de la pénibilité (amplitudes horaires dépassant parfois les 12h dont de nombreuses heures sur les routes, travail de nuit, manutention des patients, risques liés aux lieux de prises en charge, responsabilités de surveillance et de réalisation de soins en urgence...). Elle représentera une augmentation minimale de 150€ net/mois par salarié pour rattraper la perte de pouvoir d'achat des ambulanciers privés, et 300€ net/mois par salarié pour rattraper la perte liée au gel du point d'indice des 10 dernières années dans la FPH.

- Constats 5 : les ambulanciers salariés de la FPH sont encore simplement reconnus comme simples conducteurs, non proches des patients, c'est une aberration.

- Solution d'amélioration 5 : l'attribution de la catégorie active permettra enfin de reconnaître le contact et la promiscuité avec les patients, et la pénibilité liées à leurs missions. Une carrière linéaire sans quotas permettra aussi d'accéder au grade supérieur et facilitera la promotion professionnelle des agents de la FPH.
- Constats 6 : les ambulanciers ne cessent de "courir" après les prescriptions médicales de transports, normalement en possession du patient lors de sa prise en charge, or il est encore souvent d'actualité qu'ils ne l'aient pas. Par ailleurs, on trouve parfois certaines erreurs commises dans leur rédaction, qui empêchent le remboursement par la Sécurité sociale aux sociétés d'ambulance qui les obligent à être tellement vigilantes qu'une perte de temps non négligeable en découle.
- Solution d'amélioration 6 : la mise en place obligatoire pour tous les prescripteurs de transports d'un système de prescription médicale de transport dématérialisée avant chaque transport.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE**
10/02/2021

- La **reconnaissance** du travail, du **diplôme d'État** (DEAP) et de la spécificité du métier d'auxiliaire de puériculture (AP) qui garantit à l'enfant et à ses parents (de la naissance à l'adolescence) un professionnel dûment qualifié par ses compétences acquises. (Distinction AP/AS et AP/ Cap petite enfance.)
- **Revalorisation de la formation DEAP** : Allongement du temps de formation.
- **Revalorisation des salaires** : intégration de la catégorie B de la fonction publique hospitalière et territoriale.
- **Cohérence salariale ente le secteur public et le secteur privé.**
- **Retour généralisé** de l'AP dans l'équipe pluridisciplinaire des PMI et dans le plan périnatalité (donner le droit au travail en libéral sous couvert d'une sage-femme ou d'une infirmière puéricultrice).
- Mise en place de **quotas d'AP** par enfants en milieu hospitalier.
- **Respect du taux d'encadrement** en crèche : (Crainte de dérives avec la réforme Taquet.)

Compte rendu rédigé après consultations de l'Association Nationale des Auxiliaires de puériculture (A.N.A.P)

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
CADRES DE SANTÉ
10/02/2021**

Thématique et objectifs du groupe

- Débat au sujet des contraintes, possibilités et évolutions possibles dans la formation, la fonction et le champ des compétences des cadres
- Réflexion autour des fonctions managériales et pédagogiques des cadres de santé
- Proposition des revendications réajustées pour améliorer la prise en compte des cadres de santé dans les accords du Ségur de la santé

Nos constats et observations (Au 10 février 2021)

Les revendications des cadres de santé : managers et formateurs

1. Pour les cadres managers

- **Harmoniser** le parcours de formation des cadres de santé sur le plan national, en assurant un référentiel clair et une reconnaissance du diplôme au grade master 2
→ pour redonner du sens et de la légitimité à la profession
- **Revaloriser** la grille indiciaire et l'avancée d'échelon, ainsi qu'attribuer aux cadres la juste compensation du bénéfice d'heures supplémentaires rémunérées
→ pour permettre une meilleure attractivité du métier et tenir compte des responsabilités managériales réelles
- **Déterminer** des critères de quotas d'encadrement d'équipes, selon un référentiel précisant les exigences spécifiques (p.ex. charge de travail, nombre de patients, nombre d'agents, pluriprofessionnalité)
, → pour développer la créativité et contribuer à la qualité de vie au travail et reconnaissance du statut de manager.
- **Officialiser** le statut et la fonction de "faisant-fonction" ou "cadre de santé junior", au titre d'un stage propédeutique obligatoire intégré au parcours de formation harmonisé national du cadre manager.

2. Cadres formateurs

- **Légiférer** une reconnaissance salariale des diplômes spécifiques (Master 2 et D.U.) corrélée à une reconnaissance statutaire universitaire pour tous les formateurs en IFPS (instituts de formation aux professions de santé, adossés aux universités)
- **Répartir** les moyens au regard des besoins réels du terrain, et non au regard des contraintes institutionnelles (= quota raisonnable et cohérent du nombre d'étudiants par formateur pour garantir une qualité de la formation et de l'accompagnement pédagogique des apprenants)

- **Améliorer** le respect du temps de travail réel des formateurs, en incluant le temps indispensable à la préparation et la réalisation d'interventions très diverses et en évolution constante, à la correction des nombreuses évaluations, à l'ingénierie de formation, à la gestion des réseaux d'intervenants, à la recherche documentaire, aux visites et évaluations des stagiaires et aux temps institutionnels réguliers relatifs à la pédagogie, spécifiques dans la formation professionnalisante d'adultes

Nos prochains axes de travail

- Stabiliser le groupe afin d'en faire un observatoire de cadres de santé, pouvant s'exprimer sur des questions relatives à l'exercice de leurs fonctions (par ex. dans la presse, auprès des politiques...)
- Partager avec des groupes Santé 2.0 des réflexions et revendications formulées ici (par ex. groupe "formation et carrières")

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE**
10/02/2021

Constats et propositions

Nom du groupe de travail : **IBODE**

Profession des membres du groupe de travail : Infirmier diplômé d'État en bloc opératoire (IDEBO) ;
Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) ; Élève infirmier de bloc opératoire (EIBODE)

Domaine professionnel concerné	Soins hospitaliers en bloc opératoire Services d'hygiène hospitalière Service de stérilisation des dispositifs médicaux Formation IBODE
Métiers concernés	IBODE
Usagers concernés	TOUS
Formation concernée	Diplôme d'Etat d'infirmiers en bloc opératoire
IBODE : spécialité en danger	
Difficultés actuelles (constats, observations ...)	<p style="text-align: center;">Constat et propositions du comité des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État</p> <p style="text-align: center;"><u>IBODE</u></p> <p>Postulat de départ :</p> <p>Décrets réglementant la profession d'IBODE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Ordonnance du 24 avril 1996</u> : réforme de l'hospitalisation publique et privée - <u>Norme ISO 8402</u> : « La procédure est une manière spécifique d'accomplir une activité - <u>Décret n°17-388 du 21 mai 1971</u> : création du CAFISO - <u>Article 38 de la loi Le 27 juillet 1999</u> délivre une autorisation exceptionnelle qui est accordée aux aides

	<p>opérateurs non-infirmiers de continuer à exercer leur métier par dérogation et institue le principe d'être infirmier pour être aide opératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Décret n°2001-928 du 04 octobre 2001</u> institue la création d'un diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire ; formation en 18 mois. - <u>La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002</u> de modernisation sociale encourage l'écriture du référentiel métier infirmier de bloc opératoire. - <u>Arrêté du 24 février 2014</u> : Validation des acquis d'expérience (VAE) pour l'obtention du DE d'IBODE pour les infirmiers justifiant de 3 années d'exercice en bloc opératoire et justifiant avoir réalisé des activités dans chacun des quatre domaines de compétences IBODE. - <u>Décret du 27 janvier 2015</u> : élargissement des compétences IBODES, et, avec ce texte, les pouvoirs publics ont mis fin à un vide juridique. Jusqu'à présent, la réglementation ne précisait pas ce qu'une aide opératoire était autorisée à faire. Nous savons désormais que l'IDE doit être IBODE. C'est une étape supplémentaire vers une meilleure reconnaissance du métier. Ce décret modifie le code de la santé publique en ses articles R4311-11-1 et R4311-2. - <u>L'arrêté du 27 janvier 2015</u> relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n°2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes exclusifs relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire donne une description détaillée de ces actes. La durée de formation est fixée à 49h et avant le 31 décembre 2020 pour les IBODES en exercice, l'Infirmier en cours de formation ou en cours de VAE à la date d'entrée en vigueur de ce décret. - <u>Décision n° 389036, 389589 et 390121 du 7 décembre 2016 du Conseil d'État</u> modifie la date d'entrée en vigueur du b du 1° de l'article R.4311-11-1 du code de la santé publique au 31 décembre 2017. Cela concerne uniquement l'aide à l'exposition, à la réalisation d'une aspiration ou d'une hémostase. - <u>Arrêté du 19 décembre 2016</u> modifiant l'arrêté du 24 février 2014, tient compte de l'évolution du champ des compétences des professionnels et enrichi la procédure de VAE. Le nouveau texte met en place une grille de concordance entre le référentiel de compétence et le programme de formation.
--	---

- Décret n°2018-79 du 9 février 2018: report de l'application des dispositions du b du 1° de l'article R.4311-11-1 du Code de la Santé Publique au 1^{er} juillet 2019.
- Décret n°2019-678 du 28 juin 2019 permettant la réalisation de ces actes professionnels en bloc opératoire reporte une nouvelle fois l'application des dispositions du b du 1° de l'article R.4311-11-1 au 1^{er} janvier 2020. Mais cette fois, il fixe des conditions de dérogation des dispositions (être titulaire d'une autorisation délivrée par une autorité déconcentrée désignée par arrêté du ministre chargé de la santé) et reporte au 31 décembre 2021 la formation complémentaire des infirmiers titulaires d'un diplôme d'Etat de bloc opératoire.
- Arrêté du 28 janvier 2020 modifie l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire et supprime la condition d'exercice de 2 années minimum en qualité d'infirmier ou de sage-femme pour être admis en formation d'infirmier de bloc opératoire.
- Décret n°2021-97 du 29 janvier 2021 modifiant le décret n°2019-678 du 28 juin 2019, modifie le dispositif transitoire permettant à un infirmier non titulaire d'un diplôme d'Etat de poursuivre les activités relevant du b du 1° du code de la santé sous réserve qu'au 31 décembre 2019 au lieu du 30 juin 2019, son employeur atteste qu'il apporte de manière régulière une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration au cours d'une intervention chirurgicale. Cette autorisation temporaire n'est plus soumise à un jury mais elle sous réserve de suivre une formation complémentaire de 21h avant décembre 2025. Il y a un report de la date limite de dépôt des dossiers au 31 mars 2021.

Constat :

Les IBODES sont en danger

La législation en constante évolution, les actuelles réunions entre la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé et les instances représentatives, chirurgicales et IBODES, priorisent la continuité des soins au bloc opératoire, ce que nous entendons.

	<p>La profession d'IBODE est une corporation représentée par seulement 1 IBODE pour 3.5 IDE au bloc (au 30 août 2020) et dans de nombreux secteurs d'exercice (bloc opératoire, hygiène hospitalière, stérilisation, formation...) La polyvalence tant par la diversité des pratiques chirurgicale que par les 3 fonctions de l'IBODE, est de mise.</p> <p>A ce jour, il existe divers instances et collectifs en faveur de la valorisation, de la reconnaissance du métier d'IBODE et d'une qualité de prise en soins des patients au bloc opératoire. Et ce dans une dynamique de respect de l'ordonnance du 24 avril 1996 où le législateur s'est efforcé, par la réforme de l'hospitalisation publique et privée, de donner une nouvelle dimension aux principes qui régissent dorénavant notre dispositif hospitalier.</p> <p>Il est à noter que l'existence de ces instances représentatives ou regroupements de professionnels de santé tels que l'ONI, l'UNAIBODE, le SNIBO, l'AEEIBO, le Collectif Interbloc, le groupe Facebook « Nous IBODES », le groupe d'entraide aux mesures transitoires, le groupe d'entraide VAE IBODE, la corporation des infirmiers de bloc opératoire, le site internet « Mon Bloc Opératoire » (entre-autres) montre une réelle volonté de rendre la profession d'IBODE valorisante avec un vrai travail de rédaction de procédure et d'amélioration de la qualité des soins.</p> <p>Au 25 juillet 2019, seuls 5000 IBODES étaient formés alors qu'il en faudrait 18500.</p> <p>A ce jour, seulement 12700 dossiers de demande d'attestation définitive d'exercice du b du 1° de l'art R.4311-11-1.</p> <p>Les différents reports rendent difficilement lisible les demandes de reconnaissance de cette spécialité pourtant très technique au vu de l'évolution des pratiques et de l'offre de soin, et dévalorisent le diplôme.</p> <p>De nombreuses alertes auprès de l'UNAIBODE font état du non respect par certains établissements des décrets. Certaines IBODES subissent des pressions pour continuer à former à l'aide opératoire des infirmiers entrés au bloc opératoire après le 1^{er} janvier 2020.</p> <p>Le manque d'effectifs et le manque de véritable projet de financement de la formation des IBODES au sein des établissements entraîne une dérive de l'application du décret N°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail. Pourtant, il est à souligner que la</p>
--	--

	<p>formation IBODE et l'exercice plein et entier des actes exclusifs permet de libérer du temps aux chirurgiens, de gagner en qualité et gestion des risques et d'optimiser les temps au bloc opératoire. D'un point de vue IBODE, aucune reconnaissance pécuniaire n'est à ce jour mise au point.</p> <p>De même que la grille salariale des IBODES est très proche, voire similaire à celle des infirmiers.</p> <p>Et pourtant, par la circulaire DGS/DH/PS 3/FH 3 n°52 du 26 juillet 1994 relative à la situation des infirmiers de bloc opératoire, cela fait plusieurs décennies que des recommandations officielles préconisent l'emploi d'IBODE.</p> <p>La jurisprudence de la Cour de cassation le 18 mai 2010 et l'avis du Conseil d'État du 07/12/2016, rappellent la nécessité de la présence d'IBODE pour garantir la sécurité des patients au bloc opératoire.</p> <p>Vous noterez ainsi que cette profession est malmenée depuis des décennies. Entre toutes les instances et les textes qui préconisent à juste titre la présence des IBODE dans les blocs, et les décisions de report de toute exclusivité d'acte et donc de fonction, ces professionnels ne se sentent pas considérés.</p>
<p>Revendications et Propositions d'actions ou d'améliorations</p>	<p>C'est pourquoi, le groupe de travail IBODE, constitué d'IBODE, d'EIBODE et d'IDE en bloc opératoire du collectif Santé en danger propose :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Application des textes au seins de nos établissements de santé en valorisant les actes exclusifs et la réalisation de ces actes. 2. Création d'une grille salariale spécifique IBODE avec dégel du point indiciaire et attribution de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) à tous les IBODES. 3. Priorisation des recrutements et mise en place d'un véritable plan de formation IBODE obligatoire et prioritaire pour tous les établissements de soins. Toute nouvelle recrue infirmière devra avoir un plan de formation dans les 2 ans suivant son recrutement. (Ecole ou VAE ou parcours mixte). 4. La réingénierie de la formation IBODE dès la rentrée scolaire 2021, tout en valorisant ce métier ayant une exclusivité d'actes en milieu protégé, par promotion de la profession d'IBODE et par l'accès plus systématique à des stages en bloc opératoire durant la formation IDE.

	<p>Ainsi que l'uniformisation des parcours et attributions VAE.</p> <p>Nos travaux constituent un ensemble de propositions en adéquations avec la réglementation actuelle et en faveur de la qualité de l'offre de soin. Notre but n'étant pas de bloquer l'accès aux soins mais bien la promotion et la reconnaissance d'une profession de haute technicité, avec une formation de de qualité et en éternelle évolution.</p>
--	---

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT EN RÉANIMATION**

10/02/2021

Document de travail préalable à une réflexion plus globale

Groupe de travail : Ségur 2 réanimation, groupe national

Julia Rémy, IDE en réanimation à Nancy (54), membre du CSED, antenne GE

Nicolas Alucard, IDE en réanimation à Trévenans (90), membre de CSED, antenne BFC

Denis Chauvin, IDE en réanimation à Vannes (56), membre du CSED, antenne Bretagne

Professionnels de santé concernés : Infirmier diplômé d'État (IDE), aide-soignant (AS), masseur-kinésithérapeute

CONSTATS

La crise que nous traversons actuellement depuis la COVID-19 a permis de mettre en évidence le travail de soignants en réanimation. Force est de constater que la réanimation est une spécialité à part entière (spécialité que nous revendiquons bien avant cette crise sanitaire). En effet, depuis Mars 2020 qui correspond à la première vague de la Covid-19 en France, nombreux ont été les reportages dans les services de réanimation, mettant en évidence la technicité et la formation nécessaire à cet environnement. Concrètement, nous, personnel de réanimation, avons été confrontés (et nous le sommes encore aujourd'hui) à la formation accélérée, aux doublures des renforts, au soutien moral de certains soignants novices chargés d'appréhension... Le travail en réanimation ne s'apprend pas en 3 JOURS comme nous avons pu le voir. Le travail en réanimation est une spécialité à part entière. Les aides-soignants sont concernés également par cette analyse.

Sortons un peu de la crise actuelle ; La pratique du métier d'infirmier(ère) en réanimation demande des compétences techniques mais également relationnelles fortes afin de gérer les situations d'urgence, les familles en détresse, la souffrance et la mort. Les patients accueillis en réanimation présentent en général une détresse vitale avec une ou plusieurs défaillances d'organes nécessitant souvent qu'elles soient suppléées par des machines et des traitements médicamenteux obligeant des accès veineux très invasifs. Cette prise en charge amène à plonger le patient dans un coma à visée protectrice et /ou thérapeutique induisant une surveillance adaptée de haute technicité.

On comprend alors qu'un nouvel agent mettra au minimum un an avant de commencer à être à l'aise. Il doit se familiariser et intégrer le fonctionnement des techniques et traitements spécifiques de la réanimation : Ventilation mécanique, dialyse intermittente et continue, ECMO, etc... en fonction des services de réanimation. Les formations initiales AS, IDE ou Kiné préparent insuffisamment à exercer en réanimation.

Des formations existent (DU de réanimation, programme FIER de la SRLF par exemple) mais ne sont pas reconnues, mise en avant, valorisées et peu proposées... tout du moins pas de façon officielle et cela

dépend beaucoup du lieu d'exercice créant des disparités entre les différents services de réanimation et les professionnels.

Ce manque de reconnaissance est ressenti par un grand nombre de professionnels et entraîne une perte de motivation, d'implication, une lassitude pouvant aller jusqu'au souhait de quitter ce type de service. En conséquence, on peut observer un turn-over important pouvant générer une diminution de la qualité des soins, par une dilution de l'expérience, élément fondamental dans nos services.

PROPOSITIONS

- Une reconnaissance de la spécialité de l'exercice en réanimation avec la création d'un statut d'infirmier, d'aide-soignant et de kinésithérapeute en réanimation par la validation des acquis (VAE) et/ou par la création d'une formation officielle, qualifiante et nationale. Les sociétés savantes (SRLF, SFAR, FNIR, SKR...) nous soutiennent dans ce sens et souhaitent voir naître ce statut et cette reconnaissance.
- Revalorisation salariale et création d'une NBI adaptée à l'exercice en réanimation.
- Création de postes d'infirmier de pratiques avancées en réanimation.
- Elargissement et reconnaissance des compétences spécifiques acquises en réanimation pour les AS et les IDE. Certains soins peuvent être considérés comme étant des dépassements de tâches et pourtant pratiqués quotidiennement dans les services.
- Reconnaissances des formations diplômantes (Diplômes Universitaires).
- Respect des ratios soignants/patients dans toutes les réanimations et des unités de surveillances continues.

Les référents régionaux pour la réanimation

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
INFIRMIERS DE L'ÉDUCATION NATIONALE
10/02/2021**

Constats et propositions

- Il y a plus de 18 millions de consultations auprès d'élèves chaque année, l'accueil des élèves et les soins qui en découlent, la collaboration avec les professeurs, CPE, AED, équipes administrations, de ces faits **notre maintien sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale est important.**

- L'importance de l'accueil et de la prise en charge spécifique des élèves aux besoins éducatifs particuliers, l'école inclusive doit donner lieu à **une reconnaissance de notre travail de coordination, personne référente.**

- En établissement, nous sommes le premier maillon de la chaîne concernant la santé des élèves, **nous devons garder notre Autonomie dans nos missions légiférées, réactualisées selon notre compétence infirmière DE** (= consultations infirmières comme un droit pour chaque élève, actions de prévention individuelles ou collectives, éducation à la santé, dépistages, entretiens d'aide et d'évaluation des besoins et problèmes, orientations, accompagnements, repères ...). La crise sanitaire actuelle a démontré **notre rôle de coordonnateur-riche, notre efficacité à nous déployer sur le terrain avec une réponse optimale et très réactive grâce à notre connaissance du terrain et de ses spécificités.** (équipes mobiles)

- Le BO HS n°1 du 6 janvier 2000 est obsolète, certains médicaments ne sont plus d'actualité : **Nous voulons une procédure incluse dans notre circulaire des missions pour des thérapeutiques de première intention non sujettes à une prescription médicale.**

- Les consultations d'écoute, les difficultés familiales, ainsi que les situations concernant la protection de l'enfance (IP, signalements) sont en augmentation, nous avons un rôle primordial de premier interlocuteur digne de **confiance**, auprès des enfants, adolescent·e-s et étudiant·e-s, pour leur santé (selon la définition de l'OMS, bien-être). Et également un soutien familial; qui confirme **la nécessité de notre temps de présence calqués sur les rythmes scolaires et universitaires répondant aux exigences et aux besoins réels des élèves et étudiant·es.**

- **La spécialité d'exercice valorisée par un master universitaire, et la validation d'acquis par l'expérience pour ceux déjà en poste** afin que soit reconnue notre expertise.

- L'inégalité des primes (absence de prime NBI pour la gestion des élèves à besoins particuliers, certaines primes ne comptant pas pour la retraite, différence de traitement « disparitaire »

pour les postes en internat) ainsi que des grilles salariales dissemblables entre les différentes fonctions publiques doivent cesser et cela doit passer par **une revalorisation de notre grille salariale tout en tenant compte de la réelle catégorie A, d'équité nationale, ainsi que pour les primes.**

- De plus en plus d'aménagements spécifiques, de PAI complexes, de besoins de présence auprès des élèves montrent **la nécessité de création de postes*** :
- ◆ *-*au moins 1 IDE/établissement du secondaire, présente tous les jours de la semaine ;*
 - ◆ *-*plus d'IDE en poste inter-degré pour un meilleur suivi des élèves de l'école élémentaire jusqu'à la fin du collège et la faisabilité de leur mission de conseil en santé concernant les actions de prévention pour une cohérence locale. (adapter le nombre d'IDE en fonction du nombre d'élèves ex : en cité scolaire : 1 IDE/établissement donc 3 IDE (élémentaire/collège/lycée)).*
- L'importance de notre **présence auprès des chefs d'établissement et des équipes pédagogiques en tant que conseiller-e en santé**, et auprès des élèves dans leur parcours éducatif pour la santé.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
INFIRMIERS· LIBÉRAUX
09/02/2021**

Groupe formé en janvier 2021 pour réfléchir sur les demandes à formuler concernant la reconnaissance du travail infirmier libéral.

Il est composé d'infirmier·e·s libéraux·les (IDEL) originaires de toute la France et dont les activités diffèrent en fonction du lieu d'exercice (ville, campagne, banlieue, montagne).

Il est intéressant de souligner la richesse du savoir-faire infirmier, ainsi que son adaptation à chaque région ou localité pour être au plus près des demandes de soins spécifiques de chaque population.

En effet, si les « libéraux » forment un groupe au sein de la communauté infirmière, il est évident que chacun·une ne rencontre pas les mêmes contraintes selon le territoire où il travaille.

Ville : stationnement, zone d'intervention restreinte

Appartement : souvent inadapté, escalier et étage à monter sans ascenseur

Campagne : éloignement entre 2 patients, multiplication des km et fatigue routière

Accessibilité

Montagne : accessibilité, équipement spécifique neige

Banlieue : stationnement, embouteillages et donc perte de temps sur un trajet peu indemnisé, accessibilité des résidences, risques liés aux communautés diverses

En dehors de ces paramètres, nous pouvons rajouter la météo qui oblige à adapter le mode de déplacement, les véhicules choisis (le vélo en ville n'est pas vraiment adapté sous la neige ou la pluie...)

Un phénomène majeur ressort pour l'ensemble de la communauté :

Le manque de médecins et paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste), ainsi qu'un véritable problème de visites à domicile de plus en plus restreintes pour des patients de plus en plus dépendants et isolés (que ce soit en ville ou à la campagne, les familles sont de plus en plus « éclatées »).

Les infirmier·e·s libéraux·les sont les seul·e·s présent·e·s sur l'ensemble du territoire et au domicile du patient.

A partir de ce constat, notre groupe de travail s'est orienté vers :

1/ La **reconnaissance d'une consultation infirmière (rôle préventif et éducatif)** (qui n'est pas une téléconsultation médicale)

Une première visite à domicile afin d'effectuer un pré-bilan :

- Médical : à partir de nos connaissances et formation sur les divers risques et pathologies,
- Social : visite et évaluation du domicile, entourage, personnes de soutien.
- Financier (revenu, aides, prise en charge)

Cette consultation permettrait de faire un « pré-tri » pour soulager le manque de médecin traitant ainsi qu'une meilleure orientation vers les professionnels compétents.

Cette consultation ne peut se mettre en place qu'avec l'aide des collectivités locales et un appui sur une plateforme régionale hospitalière.

2/ La *consultation de suivi de maladie chronique, de prévention et d'éducation thérapeutique : addiction, diabète, maladies sexuellement transmissible, accompagnement souffrance adolescent etc.*

Renforcement et reconnaissance de l'expertise des infirmier·e·s spécialisé·e·s en pratique avancées et/ou titulaire d'un diplôme universitaire (DU).

Accessibilité aux formations diplômantes et financement de ces formations.

Possibilité pour certaines formations d'une validation des acquis et de l'expérience (VAE).

Intégration et codification financière de ces nouvelles compétences professionnelles.

3/ *Une vraie collaboration hôpital-Ville*

À la suite de cette « consultation infirmière », la collaboration avec une plateforme hospitalière semble essentielle.

Il faut pouvoir, avec le médecin traitant, diriger le patient vers des services spécifiques de prise en charge et surtout maintenir un lien de formation et de disponibilité face à des questions médicales ou paramédicales (accès au compte-rendu, personne ressource joignable par les IDEL, formation sur place par un professionnel etc.).

Mise en place du dossier médical partage (DMP) de façon obligatoire avec un accès simplifié Par carte professionnelle de santé (CPS). Consultation du DMP consultable chez le patient pour une prise en charge plus efficace et plus rapide du patient.

Anticipation/ Suivi hospitalisation/ Collaboration hôpital-ville :

Patient hospitalisé déjà suivi en ville : l'hôpital doit prendre contact avec l'infirmier·e pour l'historique de ce patient, son type de prise en charge, son mode de vie et de son entourage. L'hôpital doit alors travailler en collaboration avec l'infirmier·e référent·e tout au long du séjour hospitalier, afin d'aménager au mieux la sortie ou la réorientation du patient.

Patient hospitalisé non suivi : l'hôpital doit prendre contact en amont de la sortie avec les infirmier·e·s du secteur d'habitation du patient afin de préparer au mieux la prise en charge.

4/ *Le tandem infirmier·e / aide-soignant·e*

Une très forte demande d'une population vieillissante et dépendante existe aujourd'hui et le nombre d'infirmier·ères libéraux ne peut pas toujours y répondre.

Les solutions « privées » ne sont pas accessibles à la majorité de cette population souvent contrainte de « laisser tomber sa santé » et donc d'arriver en service d'urgences avec des pathologies aggravées.

Les aides-soignant-e-s sont formé-s spécifiquement à ce travail de prévention et de maintien d'hygiène et de qualité de vie et peuvent être, par leur expérience hospitalière, un premier niveau d'alerte.

Il est donc très envisageable de favoriser la mise en place d'aide-soignant-e-s en soutien et collaboration avec les infirmier-e-s libéraux-les au sein de leur cabinet.

5/ Formation dans les instituts de soins infirmiers (IFSI) et nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Améliorer l'accès aux IFSI : petites structures de formation en lien avec un CHU et géographiquement réparties sur l'ensemble du territoire afin, de ne pas concentrer les étudiants.

Possibilité, avec hébergement ou prise en charge des frais d'hébergement, de faire des stages infirmiers sur l'ensemble du territoire : meilleure connaissance des différents problèmes des populations et découverte de nouvelles zones où s'installer.

Echanges entre IFSI.

Formation au « libéral » : connaissances sur la NGAP, ainsi que sur les différentes règles d'installation et la maîtrise des bases comptables.

Concernant l'exercice en ville : changement de dénomination "Infirmier-e libéral-e" ou "auxiliaire médical" en praticien de santé avec une définition spécifique à la pratique des soins infirmiers en ville.

6/ NGAP) et rédaction des ordonnances médicales

Avenant 6 et rôle propre infirmier :

Amélioration du « bilan de soins infirmier » (BSI) : accès à la discussion sur la valeur des cotations des différents items afin, que le « médical » ne surplombe pas la prise en charge globale et humaine.

Revoir la tarification au forfait journalier : un forfait pourquoi pas ? Mais ajout d'un supplément par passage ! (En dehors des frais de déplacements.)

Les cotations « médicales » : une information à mener auprès des médecins pour les prescriptions prise en charge par la CPAM ou non (genre instillation de collyre ...)

Information du patient par courrier CPAM visant à expliquer que tous les soins prescrits ne sont pas remboursables.

Intégration des Infirmier-e-s libéraux-les lors de la discussion sur la prise en charge ou non des actes.

Reconnaissance du terme "praticien de santé" à la place « d'auxiliaire médical" et définition de son rôle indépendant du "médecin".

Rédaction des ordonnances et rôle infirmier sur prescription :

Facturation de tous les actes médicaux à taux plein !

Généralisation des ordonnances électroniques pour éviter toutes erreurs de lectures (mise en danger du patient) ainsi qu'une perte de temps !

Formation par les caisses des mentions obligatoires (date, identification patient et prescripteur, prescription qualitative et quantitative...). Libellé automatique pour les soins infirmiers correspondant à la NGAP pour non contestation par la CPAM.

Forfait déplacement

Médecin = 10 euros Infirmier·e = 2,50 euros

Pourquoi un tel décalage ? Le prix du déplacement doit être identique pour chaque profession soignante. Il s'agit d'un coût et non d'un honoraire.

Les multiples déplacements ne sont pas de notre fait mais de l'impossibilité de faire des soins de nursing ou autres au cabinet...

Revalorisation des frais kilométriques.

7 / Remplacement infirmier·e

Simplification des demandes d'autorisation de remplacement, pas de conditions de temps. Possibilité d'avoir le ou la même remplaçant sur le long terme (meilleure connaissance des patients) sans forcément avoir une collaboration (statut de remplaçant au long cours)

8 / Plan « dépendance »

Intégrer la communauté infirmière libérale dans les réflexions sur la prise en charge de la dépendance car nous sommes les premiers intervenants.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
INFIRMIER PUERICULTEUR
ET DES
SAGE-FEMME PUERICULTEUR DIPLÔMÉ D'ÉTAT
05/02/2021**

Domaines professionnels concernés :

Hospitalier : pédiatrie, tout secteur (médecine, chirurgie, urgences, réanimation, néonatalogie) ; pédopsychiatrie ; maternité...

Territorial : PMI, EAJE, CAMSP, pouponnières, centres maternels, milieu scolaire...

Privé : EAJE, micro-entrepreneuriat ou activité salariée pour soutien à la parentalité

Libéral : Sage-femme libérale, Infirmier-e libéral-e (IDEL)

Métiers concernés : Puériculteur-riche-s DE (Sages-femmes ou infirmier-e-s)

Collaboration : Auxiliaire de puériculture ; Sage-femme ; Infirmier ; Aide-soignant ; Agent des services hospitaliers ; Pédiatre ; Pédopsychiatre ; Généraliste ; Assistant social ; Educateur de jeunes enfants et éducateur spécialisé...

Usagers concernés : Enfants de 0 à 18 ans (y compris nouveau-né prématuré) et leurs parents/famille

Formation concernée : École de puériculture accessible aux infirmier-e-s diplômé-e-s d'État (IDE) et sages-femmes (SF)

Reconnaissance actuelle : Quasi nulle

Une différence de salaire mensuel de l'ordre de 150 € (pour une année de formation et un diplôme d'État (DE) supplémentaire entre IDE et IPDE.

La plus-value de la spécialisation est méconnue, aussi bien du grand public (nous sommes confondus avec les auxiliaires de puériculture), que de nombreux professionnels de santé.

A priori, même nos dirigeants ne savent pas que notre profession existe, puisqu'ils proposent de « spécialiser des infirmier-e-s en néonatalogie », de créer des postes qui relèvent totalement de notre discipline, tant dans l'accompagnement parental, qu'en matière de soins techniques (infirmier-e en pratique avancée en pédiatrie - IPA en pédiatrie) ; Nous n'apparaissions que rarement dans les listes des spécialisations infirmières !

Difficultés actuelles (constats, expériences personnelles...) :

Les IPDE sont remplacés par des IDE non spécialisés, même dans les services sensibles (réanimation, néonatalogie, maternité, PMI, pédopsychiatrie), pour des questions d'économie et par méconnaissance des compétences spécifiques des puériculteurs-riche-s.

Impossibilité d'exercer en libéral, excepté si l'on se soustrait à faire une croix sur notre spécialisation (Soins aux enfants apportés en libéral par des IDEL non spécialisés en pédiatrie.).

Émergence de « nouveaux métiers », à moindre formation et compétences, qui se pratiquent en soutien à la parentalité, alors que les IPDE ne peuvent faire valoir leur expertise.

Propositions :

1 / Reconnaître l'expertise de l'IPDE dans la prise en soins de l'enfant et de sa famille, ainsi que dans le soutien à la parentalité :

- Identifier l'IPDE comme possible « référent », dans la mise en œuvre du projet de « parcours des 1000 jours ». Investissant simultanément les secteurs médicaux, sociaux, psychologiques et éducatifs, l'IPDE effectue une analyse globale des situations et coordonne les différents professionnels. En effet, le rapport de la commission propose que ce référent soit sage-femme ou professionnel du soutien à la parentalité (comme les assistants du service social) : les IPDE possèdent les compétences adaptées à ce poste.
 - Identifier l'IPDE comme référent des **actions de dépistage** auprès des enfants et de leur environnement (sur le plan socio-éducatif, de la croissance staturo-pondérale, du développement psychomoteur, affectif...) : son remplacement dans cette fonction par des professionnels non formés, exerçant dans les différents secteurs autour de l'enfant, minimise les chances d'un dépistage précoce, notamment dans des contextes de précarité familiale pouvant être d'ordre affectif, social, financier, intellectuel ou autre.
 - Créer la **pratique avancée en pédiatrie** (générale), en **réserver l'exercice aux IPDE** et leur ouvrir une passerelle pour la formation, réduisant celle-ci à l'année de tronc commun (l'année de spécialité étant déjà effectuée à l'école de puériculture).
 - Admettre que la formation de puériculteur-riche est nécessaire pour travailler auprès des nouveau-nés prématurés (au lieu de créer une formation de 3 mois pour spécialiser des IDE, comme le recommande le GREEN).
 - **Assurer une présence minimale d'IPDE dans tous les secteurs d'activité autour du développement et de la santé de l'enfant** : augmenter le ratio IPDE // IDE dans les services de soins pédiatriques (y compris néonataux) et pédopsychiatriques, de maternité, de protection maternelle et infantile ; (re)faire de l'IPDE la référence incontournable en établissement d'accueil de jeune enfant, autant en poste de direction et/ou binôme avec l'EJE, qu'en supervision technique de plusieurs structures (notamment concernant les questions de santé).
 - **Concrétiser la réingénierie de la formation de spécialisation en puériculture** (en attente depuis 10 ans), portant celle-ci à deux ans afin d'obtenir la reconnaissance en **Master 2** : pour davantage d'équité entre les spécialités infirmières, tout en tenant compte des possibilités offertes par la Pratique Avancée.
- Augmenter la promotion professionnelle, la validation des acquis d'expérience ou autres facilités d'accès et de financement à la spécialisation pour les IDE travaillant en secteur pédiatrique ou de protection de l'enfance ; ouvrir des places supplémentaires dans les instituts de formation, afin d'augmenter le nombre d'IPDE disponibles.
- **Éclaircir et mettre en application nos champs de compétences, en regard de celles de nos collègues œuvrant pour la santé de l'enfant** : les sages-femmes sont compétent-e-s, en ce qui concerne l'enfant, pour ses 28 premiers jours, les IPDE jusqu'à sa majorité ; les auxiliaires de puériculture travaillent sous la responsabilité des IPDE (ou SF ou IDE), ont un champ de compétences très intéressant quoique plus restreint ; les éducateurs de jeunes enfants maîtrisent le versant éducatif et social mais pas sanitaire, rendant la collaboration particulièrement complète, etc.

2 / Créer un cadre statutaire pour la consultation de puériculteur-riche, quel que soit le secteur d'exercice (hospitalier, territorial, privé, libéral), ainsi que pour l'accompagnement à la parentalité :

- **Coter la consultation de puéricultrice**, quel que soit le lieu d'exercice, et notamment en maternité (pré et postnatal), néonatalogie, urgences/service de SAMU, PMI, établissement d'accueil du jeune enfant, libéral (pour du suivi de l'enfant, de la prévention, du dépistage, de l'accompagnement parental, du soutien à l'allaitement...) et **permettre la prescription limitée** (par exemple de tire-lait).

- Créer une **nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) spécifique aux soins à l'enfant** (la création du Haut conseil des nomenclatures dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2020 permet d'envisager une mise en œuvre rapide), tant dans les **soins techniques** (ne se réalisant pas de la même manière chez les adultes que chez les enfants et ne possédant pourtant pas de cotation spécifique) que dans les **soins relationnels et d'accompagnement** : soutien à la parentalité, consultation d'allaitement maternel (pour les IPDE certifiées IBCLC ou titulaires du DIULHAM), information sur la diversification, suivi du développement de l'enfant, etc.
- Favoriser la réalisation des **soins pédiatriques en libéral par des IPDE**.
- **Légiférer les professions autour de l'accompagnement à la parentalité**, afin de diminuer son exercice par des personnes non diplômées, non ou insuffisamment formées, auto-proclamées.
- Permettre la réalisation de certaines **consultations obligatoires de l'enfant par l'IPDE libéral-e**, de PMI ou de pédiatrie, **en coordination avec le médecin**.

Objectifs :

- Accompagner et soutenir les familles dans le processus de **parentalité**, soutenir la **relation d'attachement** à tout moment.
- Prévenir et repérer les **situations de vulnérabilité**, le **burn-out parental**.
- Dépister des difficultés et **troubles psychologiques du post-partum**.
- Informer et accompagner les parents sur les **rythmes et besoins du jeune enfant**, son **développement psychomoteur et affectif**, les **soins quotidiens**, le **portage**, la **diversification alimentaire**.
- Promouvoir, préparer, accompagner et soutenir **l'allaitement maternel**.
- Informer sur l'utilisation éventuelle de **préparations pour nourrissons** ; expliquer les risques du non allaitement au sein, tant pour la **mère** (majoration des risques hémorragique et infectieux en post-partum, de cancer du sein ou de l'ovaire avant la ménopause, de diabète de type 2, d'infarctus) que pour **l'enfant** (majoration des infections orl et digestives en incidence, durée et gravité, plus grand risque de surpoids et d'obésité, ainsi que de diabète de type 2, perdurant à l'âge adulte, développement cognitif inférieur, risque allergique accru, etc.), sans oublier les répercussions **écologiques** et **économiques** (pour le foyer et la société).
- Évaluer la **santé de l'enfant**, son **développement**.
- Suivre la **croissance staturo-pondérale** et en dépister les troubles.
- Suivre le **calendrier vaccinal**, réaliser les injections sur prescription médicale
- Expliquer aux parents l'outil que représente le **carnet de santé**
- Mener des **actions de prévention** : accidents domestiques, syndrome du bébé secoué, maltraitance / négligence, exposition aux écrans, plagiocéphalie, etc.
- **Dépister** des pathologies, un handicap, un retard des apprentissages ou de croissance et **orienter** vers les professionnels adaptés.
- Accompagner le parcours des familles dont l'enfant présente une **situation de handicap**.
- Réaliser des séances d'**éducation thérapeutique** dans le cadre de pathologies chroniques diagnostiquées dans l'enfance (asthme, diabète, maladies métaboliques, etc.), l'approche par la puéricultrice permettant une **meilleure observance par les enfants et les adolescents**.
- Réaliser des **soins techniques** dans des conditions optimales, respectueuses des spécificités pédiatriques.
- **Limiter le recours aux urgences et désengorger les pédiatres libéraux**.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
MANIPULATEURS EN ÉLECTRO RADIOLOGIE MÉDICALE
10/02/2021**

1) Reconnaissance de la pénibilité

Constat :

Les manipulateurs radio travaillent 24h/24h, 7jours/7, alternant des gardes, des nuits, des week-ends, très souvent seuls avec de fortes responsabilités. Ils sont exposés aux risques inhérents à la profession notamment les risques liés aux rayonnements ionisants, champs magnétiques, radioactivité. L'heure de nuit est rémunérée 1,07 euros. Au fil des années ils subissent des glissements de tâches (secrétariat, brancardage, port de charges lourdes)

Propositions :

- Revalorisation du point d'indice
- Revalorisation de la prime de risque avec passage en catégorie A pour tous
- Majoration du tarif de nuit, week-end et jour férié
- Départ anticipé à la retraite à taux plein et un maintien des régimes spéciaux
- Imposer un effectif normé selon les spécificités des services pour garantir la sécurité des patients et personnels
- Protection des femmes enceintes dans les services d'Imagerie

2) Reconnaissance de diplôme

Constat :

Depuis 2012 et la mise en place de Parcoursup, les diplômés sont reconnus au grade de licence mais pas les diplômés plus anciens, restés au grade du Bac+2.

Proposition :

Qualification au grade de licence et accès au master diplômant les formations spécialisées (échographie) avec le salaire équivalent pour tous les manipulateurs radio.

Exclusivité de l'utilisation des machines d'imagerie médicale à visée diagnostique ou thérapeutique.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**
03/02/2021

Ce groupe est dédié aux masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux, ainsi qu'aux étudiants.

Formation du masseur-kinésithérapeute :

1- Création d'une filière universitaire en masso-kinésithérapie : Études à frais universitaires. Accès aux bourses. Accès au logement étudiant. Reconnaissance du grade de master en masso-kinésithérapie (afin, notamment d'ouvrir la voie vers la recherche en France et vers le doctorat).

2- Adaptation du numérus clausus aux besoins de la population : Le nombre de places ouvertes au titre de la formation en masso-kinésithérapie devrait être adaptée aux besoins de masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État (MKDE) sur le territoire.

Revendications communes aux salariés et aux libéraux :

1- Reconnaissance de la formation continue et des diplômes universitaires (DU) obtenus par le MKDE.

2- Renforcement des rôles et des missions des MKDE dans la santé publique.

Salarié :

1- S'il exerce dans un secteur avec un diplôme supplémentaire reconnu, adapter les salaires.

2- Retour à la reconnaissance de la pénibilité au travail, perdue avec le passage en catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH) et donc, retour du droit à la retraite au même âge que les catégories actives.

3- Défense des décrets de compétences de tous les professionnels, lutte contre le glissement de tâches.

4- Reconnaissance des spécialisations acquises sur le terrain, exemple : MKDE en réanimation.

5- Revalorisation salariale de 400€/mois (liée à la durée des études et au rattrapage de l'inflation, notamment) et création d'une prime d'exercice public exclusif.

6- Réduction de la durée des échelons dans la FPH et déblocage de la valeur du point d'indice dans le même temps.

7- Création d'une politique de formation continue adaptée au personnel de la rééducation, développement et valorisation des carrières de recherche et d'enseignement.

Association collectif Santé en danger – 33, rue Gallieni - 59420 Mouvaux

collectifsed@gmail.com

www.collectif-sed.org

Libéral :

1- Permettre aux patients l'accès direct pour certaines pathologies : C'est une mesure qui permettra de faire des économies, qui fera gagner du temps dans la prise en charge du patient et évitera un passage à la chronicité. Dans le temps, le déploiement de ces compétences devra obligatoirement s'accompagner de formations. Ceci va dans le même axe que la reconnaissance des formations continues et DU.

2- En 15 ans le pouvoir d'achat des MKDE s'est effondré de 37%. Demande de revalorisation de la lettre clef avec indexation sur l'inflation, ainsi qu'une simplification de la **nomenclature générale des actes professionnels** (NGAP).

Exemples :

- *Acte unique simple - AMK 10 (durée environ 30 minutes) :*
 - Type préventif, sans prescription médicale, pris en charge par la CPAM (nombre limité par an).
 - Type curatif, sous prescription médicale, sans urgence, monopathologies.

- *Acte unique complexe - AMK 15,5 (durée environ 45 minutes) :*
 - Type curatif, sous prescription médicale, polypathologies et/ou acte de week-end.

- *Acte kinésithérapique en urgence (introduit par la loi de santé) - AMK 15,5 (Bilan + Traitement : env. 45 minutes)*

La revalorisation se situe au niveau de la cotation en partant de la valeur de la lettre clé actuelle, soit 2,15 €. Avec cette revalorisation, il serait judicieux qu'à l'avenir, la valeur de l'AMK soit indexée sur le coût de la vie. Par ailleurs : une lettre clé de déplacement unique quelle que soit la pathologie d'un montant de 5,42 € (=indemnités de déplacement des médecins x (revenu moyen des kinés/revenu moyen des médecins). En effet, La nomenclature actuelle est éminemment complexe et source de conflits entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses, du fait de la possibilité d'interprétations différentes.

3- Refus du glissement du financement vers les mutuelles ce qui aboutira à une approche du soin comptable et se fera au détriment de la qualité des soins délivrés aux patients.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
PRÉPARATEUR EN PHARMACIE
11/02/2021**

Revendications pour les préparateur·rice·s en pharmacie et préparateur·rice·s en pharmacie hospitalière

- **Hospitalier** : Notre diplôme actuel est reconnu de niveau 5 (anciennement III), alors qu'en réalité nous accomplissons trois années d'études post baccalauréat. Nous devrions être reconnus de niveau 6 (anciennement niveau II); ce niveau Licence nous permettrait d'accéder à la catégorie A.
Officine : Revalorisation du diplôme en BTS (Bac +2) avec rétroactivité c'est-à-dire valable pour ceux qui sont déjà en poste. Reformuler la formation qui n'est actuellement plus adaptée au terrain.
- **Hospitalier** : Nous avons besoin de disposer d'un numéro ADELI, afin de posséder une carte de professionnel de santé indispensable pour la traçabilité de certaines opérations et la connexion aux plateformes électroniques, pour être enfin quantifié.
Officine : Reconnaissance du préparateur·rice en pharmacie comme professionnel·le de la santé, soignant et obtention d'une carte professionnelle de santé (CPS).

Les préparateur·rice·s en pharmacie (PP) et préparateur·rice·s en pharmacie hospitalière (PPH) sont des professions de santé (Cf CSP) mais pas reconnu comme tel, dans l'esprit des gens et au niveau de l'Etat - apparemment... Notre profession est l'une des rares professions de santé à ne pas être identifiée au répertoire Adeli. Nous ne possédons donc pas de CPS, nous ne savons donc pas combien de professionnels exercent et quelle est la répartition sur le territoire.

Notre profession est une profession réglementée, sans diplôme nous ne pouvons exercer dans une pharmacie. Pourquoi n'est-elle pas soumise à l'inscription au répertoire Adeli qui nécessite l'enregistrement du diplôme à l'ARS ?

Peut-être que si nous y étions identifiés, l'ARS ne nous aurait pas oublié dans les dotations de masque au mois de mars dernier...

Nous ne recevons pas n'ont plus d'informations descendantes des ARS directement qui pourraient nous être utiles dans l'exercice de nos métiers, nous sommes obligés de faire les recherches nous-même.

La CPS du pharmacien est utilisée pour les rétrocessions car nous n'en avons pas.

Nous ne pouvons pas accéder à certains sites d'informations pour professionnels car nous n'avons pas de numéro Adeli

- **Hospitalier & officine** : Le code de la santé publique doit évoluer pour notre profession, afin que nous soyons comme des paramédicaux (changement de livret) et non, plus comme personnel de pharmacie.

Grilles salariales obsolètes car nous pouvons nous spécialiser mais inexistence de coefficient adapté : revoir les grilles de salaires.

- Création d'une plateforme de discussions et d'échanges pour les soins des patients. Le dossier médical patient (DMP) ne fonctionne pas. Nous joignons difficilement l'hôpital (Ex : sortie d'hospitalisation le samedi ; problème de prescriptions car pas le même référent ; gestion avec les infirmier·e·s libéraux·les parfois...).
- **Hospitaliers** : Intégration des PPH dans la conciliation médicamenteuse d'entrée, positionnement du PPH dans les services de soins en déchargeant les infirmier·e·s diplômé·e d'État (IDE) de cette tâche administrative, réalisation de la première partie pour une transmission aux pharmaciens et médecins pour une meilleure prise en charge médicamenteuse.
- **Hospitaliers** : Développement de la conciliation médicamenteuse de sortie à l'hôpital et développement de l'échange entre PP d'officine et PPH pour les échanges d'informations concernant les dispositifs médicaux nécessaires aux patients.
- **Hospitaliers** : implication des PPH dans les actions de formation dans leur domaine de compétence : sensibilisation sur l'utilisation de certains dispositifs d'administration de médicaments, utilisation de dispositifs médicaux (DM), bonnes pratiques d'utilisation...

CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX

SAGES-FEMMES

10/02/2021

1- Thématique

Le groupe des sages-femmes actives du collectif Santé en danger portent les revendications de leur profession, sous l'intitulé commun à leur mouvement : Sage-Femme code rouge

2- Objectifs

- Constaté les freins à l'exercice optimal de leur profession
- Propositions coordonnées pour l'exercice et la reconnaissance de la profession
- Propositions ciblées pour chaque mode d'exercice
- Obtenir la reconnaissance pleine et entière de notre statut médical et de notre autonomie dans la physiologie

3- Composition

Nom, prénom	Antenne régionale collectif Santé en danger	Profession
CALLAOU Cynthia	Auvergne-Rhône-Alpes	SFL
RESTIER Guénola	Auvergne-Rhône-Alpes	SFL
TORQUATO Aude	Provence-Alpes-Côte d'Azur	SFL
FALEVITCH M.Josée	Occitanie	SFL
DUMORTIER Camille	Grand Est	SFH Nancy
RABAUD Anick	Provence-Alpes-Côte d'Azur	SFT Arles
ETIENNE Elisa	Auvergne-Rhône-Alpes	SFH Valence

4- A ce jour 08/02/2021

4.1- Nos constats/observations

Sage-femme : profession médicale méprisée

Profession médicale depuis 1803, inscrite dans le code de la santé publique (art. L4111-1 à L4163-10), notre profession est pourtant toujours invisible, oubliée, méprisée et engluée dans un statut hybride médical devant la loi mais paramédical dans l'administration. (Fonction publique hospitalière et CNAM considérée comme auxiliaire médicale, INSEE Etc.). Nous refusons ce statut administratif et demandons la reconnaissance pleine et entière de notre statut médical.

MÉPRISÉES au début de la crise sanitaire : les sages-femmes libérales ont été oubliées des premiers décrets attribuant des masques aux professionnels de santé.

La majorité des sages-femmes a été plongée dans le néant : nos actes gynéco-obstétrico-pédiatriques ne se déprogramment pas. Les sages-femmes, elles aussi, se sont investies immédiatement et massivement.

Le rapport des 1000 premiers jours du groupe de travail présidé par Docteur Boris Cyrulnik confirme bien l'importance des missions attribuées aux sages-femmes.

Problématiques de la profession de sage-femme d'une manière générale :

- **Manque d'attractivité** : salaires insuffisants, contrats précaires, dégradation des conditions d'exercice des professionnels
- **Manque de reconnaissance** dans son rôle, ses compétences, ses responsabilités et son statut
- **Profession méconnue et mal-connue du public**, manque de visibilité
- **Insuffisamment estimée et défendue** des pouvoirs publics et politiques

4.2- Nos propositions d'amélioration

Les revendications et solutions proposées :

- **Le statut médical** sage-femme quel que soit le secteur d'activité :
 - Une sixième année d'études avec un troisième cycle pour s'aligner sur les autres formations MÉDICALES notamment celle des chirurgiens-dentistes. Les étudiants sages-femmes réalisent plus d'heures de formation et de stages en 5 années d'études que leurs confrères odontologistes en 6 années, avec un mémoire dactylographié à la clé (définition d'une thèse mais ne portant pas son nom).
 - Le respect du code de la santé publique et de la circulaire du DHOS/M/P n°2002-308 du 3 mai 2002 :
Nous sommes 3 professions médicales : médecins, odontologistes et sages-femmes et dépendons des mêmes instances médicales. Il est anormal et non négociable de travailler sous la hiérarchie d'un professionnel non-médical.
- Ce qui induit **une revalorisation salariale** homogénéisée dans tous les secteurs d'activité en rapport avec nos compétences et responsabilités médicales.
- **L'augmentation des effectifs** pour ne plus négliger nos patientes, **revoir les décrets de périnatalité** (Cf pays voisins européens).
- Pour les **contrats d'embauche** en secteur privé ou public :
 - respecter et appliquer les dernières grilles salariales en vigueur pour les CDD ;
 - éviter la précarité liée au nombre excessif de CDD cumulés ;
 - inclure le rattrapage des échelons pour les CDI.

Exercice hospitalier public :

Une SORTIE de la FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE vers le statut médical commun aux autres professions médicales. Ce qui permettrait :

- **Une autonomie totale** dans l'étendue des compétences sages-femmes (ex : des unités intra hospitalières dédiées au parcours à bas risque et dirigées par les sages-femmes).
- Un collège dédié au sein de la commission médicale d'établissement (CME) et ainsi, une représentativité plus forte au sein de la gouvernance hospitalière.
- **Une revalorisation salariale** en rapport avec nos compétences et responsabilités médicales.

- La **défense de la profession par les syndicats professionnels** lors des revendications notamment salariales et non les grandes centrales syndicales.
- Faciliter l'exercice mixte hospitalier et libéral.

Exercice libéral :

- Acteur de santé pivot, dans le suivi médical de la femme de l'adolescence à la ménopause, il est essentiel :
 - L'intégration des sages-femmes dans le parcours de soin des patientes comme **PRATICIEN DE PREMIER RECOURS POUR LA SANTÉ DES FEMMES** (différent de sage-femme référente) avec :
 - une meilleure information du grand public (campagne d'informations par ex.) et des autres professionnels de santé ;
 - une meilleure répartition du suivi génésique des femmes.
- Chaque femme devrait rencontrer et déclarer une **SAGE-FEMME RÉFÉRENTE** pendant sa grossesse :
 - ➔ Coordonner au mieux son suivi et son parcours pré et post-natal avec le(s) professionnel(s) adéquats (médicaux, paramédicaux et sociaux) que sa grossesse soit physiologique ou pathologique, suivie par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue.
- **L'accès pérenne à la téléconsultation** et des aides financières à la hauteur de celles des médecins, les investissements étant tout aussi coûteux pour une sage-femme qu'un médecin.
- **Valorisation de l'accompagnement global et le développement d'accès aux plateaux techniques public et privé**, création de forfaits correspondants et revoir le coût des assurances pour les sages-femmes proposant cet accompagnement :
 - ➔ répondre à une demande non négligeable d'une certaine partie de la population française.
- **Congé maternité/paternité pour les professionnels exerçant une activité libérale** :
 - ➔ Seuls les médecins ont pu négocier dans le cadre de leur convention l'avantage supplémentaire maternité (ASM) = inégalité profonde entre professionnels libéraux

Exercice hospitalier privé

- Le rôle et les missions des sages-femmes doivent être revus :
 - **autonomie** des sages-femmes garantie,
 - pouvoir **y exercer l'ensemble de leur compétence** (consultations de gynécologie, de grossesse, d'échographie).
- Revoir le **salaire des sages-femmes du privé** (non revus depuis 2008 à la FHP et 2009 à la FEHAP) et l'indexer à celui des sages-femmes du public

Exercice territorial

La sage-femme dépend d'une hiérarchie qui est celle de la fonction publique territoriale qui ne respecte pas son indépendance professionnelle.

Ses compétences n'y sont pas mises en valeur et sont sous-utilisées également. De ce fait, nous demandons :

- **Reconnaissance du statut médical de la sage-femme territoriale**, ce qui implique :
 - **Le respect et l'autonomie** de notre profession (Cf CSP et code de déontologie).
 - **L'accès à la co-direction médicale** des centres de PMI/CPEF et/ou autre à venir.
 - **Revalorisation salariale** égale à celle des hospitalières.
 - **Reclassement du régime indemnitaire (RIFSEEP)** en médical et non paramédical, induisant une revalorisation des primes.
- **Réévaluation des effectifs** :
 - le nombre de sages-femmes doit être en adéquation avec les besoins des populations de chaque territoire ;
 - renforcer le ratio sages-femmes par naissance en respectant les préconisations afin de valoriser les missions de prévention qui nous sont propres.
- **Une harmonisation des pratiques communes** sur le territoire national avec des spécificités selon les territoires et la mise à disposition du matériel indispensable à l'exercice de la profession, par exemple le cardiotocographe/moniteur fœtal.
- **La simplification du recrutement** par abolition du concours d'entrée actuellement tous les 4 ans.
- **L'autorisation de réaliser des certificats d'excision.**

PROPOSITIONS DANS LA LOI RIST QUI DOIVENT ÊTRE DISCUTÉES AU SÉNAT :

- La possibilité de **renouveler des arrêts de travail** dans le cadre du suivi de grossesse et de la période post-natale par la sage-femme qui a un rôle de prévention :
 - "Prévention permettant de ne pas entraîner la pathologie.
 - Soulager les médecins généralistes de ces consultations parfois délicates quand ils ne suivent pas la grossesse de la patiente.
- **Accès des patients aux médecins spécialistes** dans le cadre d'un parcours de soin coordonné sans consulter le médecin généraliste.
 - La sage-femme de formation MÉDICALE a les compétences pour dépister la pathologie et adresser la patiente au professionnel adéquat.
 - Économie non négligeable et désengorgement des salles d'attente des médecins généralistes.
- **Possibilité de dépister et traiter les infections sexuellement transmissibles (IST)** des femmes mais aussi celles de leur partenaire.

**CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX
TECHNICIENS DE LABORATOIRE D'ANALYSE MÉDICALE**

10/02/2021

1) Passage en catégorie A pour tous

Constat :

Jusqu'en 2012 les techniciens de laboratoire, infirmiers et manipulateurs radio appartenait à la même catégorie. Seuls les techniciens de laboratoire sont restés en catégorie B et pourtant, ils sont les seuls professionnels paramédicaux à être soumis à une habilitation constante et obligatoire (accréditation norme ISO 15189).

Proposition : Passage en catégorie A

2) Formation

Constat :

La formation actuelle n'est ni en adéquation avec le terrain, ni conforme aux accords européens signés à Bologne en 1999. La plupart des techniciens de laboratoire médical européens ont une formation bac +3, bac +4, +5.

En France, il n'existe pas moins de 10 diplômes reconnus et de 4 ministères différents mais seule la formation initiale de bac +2 est reconnue statutairement et financièrement.

Proposition : Limitation à 2 diplômes maximum en bac+3 avec stages pratiques ; Favoriser l'alternance, VAE pour les détenteurs des autres diplômes, afin de valider Bac +3.

Prévoir des spécialisations en sus et reconnues (anapath, qualité, métrologie).

3) Reconnaissance de la pénibilité

Constat :

Les techniciens travaillent 24h/24h, 7jours/7, alternant les gardes et les week-ends, très souvent seuls avec de fortes responsabilités. L'heure de nuit est rémunérée 1,07 euros.

Au fil des années, ils subissent des glissements de tâches (qualité, secrétariat, formation aux nouvelles technologies).

Bien qu'inscrits au répertoire ADELI les techniciens de laboratoire ne sont toujours pas reconnus comme soignants alors qu'ils manipulent des produits dangereux et sont aux contacts des patients (prélèvements).

Proposition :

Revalorisation du point d'indice.

Revalorisation de la prime de risque avec passage en catégorie 1 pour tous.

Passage en professionnels actifs.

Majoration du tarif de nuit, week-end et jours fériés.

4) Masse salariale**Constat :**

Aujourd'hui elle est fonction du nombre d'actes de cotation B effectué au sein du laboratoire.

Ce calcul ne prend pas en compte le travail non analytique et n'est pas représentatif, le personnel se retrouve de facto en sous-effectif.

Proposition : Intégrer le travail de qualité/secrétariat dans le calcul