

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1988 - 1989

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 juin 1989

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la mission d'information (1) sur la situation matérielle et professionnelle des personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers publics, privés et privés à but non lucratif, ainsi que sur la qualité de la vie en milieu hospitalier et les moyens de les améliorer,



Par M. Charles DESCOURS,

Sénateur.

(1) Cette mission est composée de : MM. Claude Huriet, *président* ; François Autain, Jean-Pierre Tizon, Mme Nelly Rodi, MM. Stéphane Bonduel, *vice-présidents* ; Charles Descours, *rapporteur* ; Mme Marie-Claude Beauudeau, *secrétaire* ; MM. Guy Allouche, Alphonse Arzel, Henri Belcour, Charles Bonifay, Louis Boyer, Jean Chérioux, Henri Collard, André Dagnac, Jean-Pierre Fourcade, Alain Gérard, Bernard Lemarié, François Lesein, Pierre Lquvot, Jean Madelain, Hubert Martin, Mme Hélène Mizroffe, MM. Jacques Oudin, Raymond Poirier, Claude Pradilla, René Régnauld, Michel Rufin, Franck Sérusclat, Georges Treille.

Hôpitaux, établissements de soins et de cure - Conditions de travail - Conventions collectives - Europe - Formation initiale et continue - Infirmiers et infirmières - Personnels soignants non médecins - Rémunérations - Statut de la fonction publique - Rapport d'information.

SOMMAIRE

	Pages
PREFACE PAR M. CLAUDE HURIET, PRÉSIDENT DE LA MISSION D'INFORMATION	7
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE - LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MÉDECINS ..	19
I. ANALYSE DESCRIPTIVE DES FORMATIONS	19
A - LA FORMATION INITIALE	19
1. La formation des personnels soignants non médecins reste très hétérogène	19
<i>a) l'accès à la formation</i>	25
<i>b) la durée des études</i>	26
<i>c) la nature du diplôme délivré</i>	26
<i>d) le statut des personnels soignants non médecins en formation</i> ..	27
2. Une formation généralement dispensée dans des écoles hospitalières	28
B - LA FORMATION CONTINUE	29
1. La formation professionnelle	29
<i>a) l'accès aux fonctions d'encadrement ou d'enseignement : les écoles de cadres</i>	29
<i>b) la promotion professionnelle des aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture</i>	32
2. La formation continue d'adaptation à l'emploi et aux évolutions technologiques	33
<i>a) les spécialisations</i>	33
<i>b) les actions de recyclage ou d'adaptation à l'emploi</i>	36
C - LES FORMATIONS DES PERSONNELS SOIGNANTS DANS LEUR CONTEXTE NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE	37
1. La situation comparée des diplômes français : les passerelles	37

	Pages
	-
2. La formation des personnels soignants non médecins et la Communauté européenne	39
<i>a) la reconnaissance des diplômes et l'harmonisation des formations</i>	39
<i>b) la reconnaissance des diplômes et les flux de personnels</i>	44
II - ANALYSE DES REVENDICATIONS PORTANT SUR LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE	46
A - LE SOUCI DE PRESERVER LA QUALITE DES DIPLOMES PAR UN NIVEAU ELEVE DE RECRUTEMENT	46
B. LA VOLONTE D'ACCROITRE LA POLYVALENCE DU DIPLOME D'INFIRMIER	48
C. L'ALLONGEMENT DE LA DUREE DES ETUDES	50
D. LE RATTACHEMENT DES ETUDES A L'UNIVERSITE	51
E - UN ACCROISSEMENT SUBSTANTIEL DE LA FORMATION PERMANENTE	53
 DEUXIEME PARTIE - LE STATUT ET LA DEFINITION DES MISSIONS DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS ...	 55
I. LE STATUT ET LES PERSONNELS	59
A. LES PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	59
1. Les grandes lignes du statut de la fonction publique hospitalière	60
2. Les principaux problèmes liés à l'application du statut ..	61
<i>a) La refonte des statuts particuliers</i>	61
<i>b) Les statuts particuliers en cours d'élaboration</i>	63
<i>c) Les limites de la réglementation</i>	65
B. LES SITUATIONS PARTICULIERES	66
C. LES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS PRIVES ET PRIVES A BUT NON LUCRATIF	67
II. LA DEFINITION DES MISSIONS	68
A. LES SAGES-FEMMES	69
B. LES INFIRMIERES	69
C. LES AUTRES CATEGORIES DE PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS	71
D. L'APPLICATION DES DECRETS	73
III. LES CONDITIONS DE REPRESENTATION DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS	74

	Pages
A. LA REPRESENTATION DES PERSONNELS EN LEUR QUALITE DE FONCTIONNAIRES OU DE SALARIES	75
1. Les organes d'établissement	75
<i>a) Le conseil d'administration</i>	75
<i>b) Le comité technique paritaire</i>	76
<i>c) La commission administrative paritaire</i>	76
2. Les organes nationaux	77
<i>a) Le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière</i> ..	77
<i>b) Le Conseil supérieur des hôpitaux</i>	78
3. Appréciation critique	78
<i>a) L'absence de collège de service</i>	78
<i>b) La participation des syndicats</i>	79
<i>c) Les techniques de représentation</i>	79
<i>d) La situation particulière du secteur privé</i>	80
B. LA REPRESENTATION DES PERSONNELS EN LEUR QUALITE DE SOIGNANT	80
1. Les sages-femmes	81
<i>a) L'Ordre des sages-femmes</i>	81
<i>b) Les commissions médicales d'établissement</i>	82
2. Les autres personnels soignants non médecins	82
TROISIEME PARTIE - LES CONDITIONS DE TRAVAIL	85
I. LA SPECIFICITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL A L'HOPITAL	86
A. LA REGLEMENTATION DU TRAVAIL A L'HOPITAL	86
1. La durée du travail : une réglementation inadaptée	87
2. Le poids des sujétions particulières	89
3. Le développement des avantages sociaux : des effets pervers	90
B. LA REALITE DU TRAVAIL HOSPITALIER	91
1. Le travail hospitalier : des métiers en mutation	91
2. Un personnel en majorité féminin	93
3. Une vie professionnelle brève	95
II. LES EFFECTIFS : UN PROBLEME LANCINANT	96
A. L'ADEQUATION DES EFFECTIFS AUX BESOINS : COMMENT L'EVALUER ?	97
1. Comment évoluent les effectifs de personnel soignant ? ..	97
2. Quel est le poids de l'absence au travail ?	100
3. L'ampleur des besoins non pourvus	101

	Pages
B. LES REPONSES APORTEES AU PROBLEME DES EFFECTIFS : UN IMPACT LIMITE	104
1. Les redéploiements	105
2. La mobilité de service à service	106
3. Les "pools" de remplacement	107
II. LA PARTICIPATION ET LA MOTIVATION DES PERSONNELS SOIGNANTS	108
A. LA COHESION ET L'EFFICACITE DE L'EQUIPE DE SOINS ..	109
1. L'intégration à l'équipe de soins	109
2. La parcellisation du travail	111
3. Le rôle de l'encadrement	114
B. LA PARTICIPATION DU PERSONNEL SOIGNANT ET LA COMMUNICATION AU SEIN DE L'HOPITAL	115
1. Les relations hiérarchiques	116
2. La communication au sein de l'hôpital	117
QUATRIEME PARTIE: LES REMUNERATIONS	121
I. LA REVENDICATION GENERALE : L'INFIRMIERE DANS LA SOCIETE	122
A. APPRECIATION GENERALE	122
1. La considération sociale	122
2. La hiérarchie sociale	123
B. LES SALAIRES DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS COMPARES A CEUX DES AUTRES PROFESSIONS DE LA FONCTION PUBLIQUE	126
1. Les salaires du secteur public en général	126
2. La comparaison avec les salaires des instituteurs	129
II. ELEMENTS D'APPRECIATION DU NIVEAU DES REMUNERATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT NON MEDECIN	130
A. LE SECTEUR PUBLIC	130
1. Les rémunérations	130
2. Les primes et indemnités	131
3. Les revenus complémentaires ou les aménagements portant sur les rémunérations	132
B. LA SITUATION DES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVES	133

	Pages
	-
1. Observations préalables	133
2. Le régime juridique des personnels soignants des établissements privés	134
3. Une tentative de comparaison entre les rémunérations proposées aux personnels soignants non médecins dans le secteur privé et dans le secteur public	136
III. LES REVENDICATIONS PARTICULIERES : LES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS DANS L'HOPITAL	137
A. OBSERVATIONS LIMININAIRES	137
B. PRESENTATION DES REVENDICATIONS CATEGORIELLES	138
1. De nombreuses professions cherchent à se différencier des professions voisines	138
2. Le lien entre la formation et la rémunération	139
3. La diversité des points de comparaison entre les professions	140
C. LES MULTIPLES VERROUS DE LA GRILLE INDICIAIRE	143
CONCLUSION : PROPOSITIONS DE LA MISSION SENATORIALE POUR LES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS	147
ANNEXE I - Liste des personnalités et des organisations entendues par la mission d'information au cours des auditions	160
ANNEXE II - Liste des rencontres avec les personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers	164
ANNEXE III - Chronologie des mouvements revendicatifs des personnels soignants des établissements hospitaliers	165
ANNEXE IV :	
1 - Protocole d'accord du 21 octobre 1988	169
2 - Avenant au protocole du 21 octobre 1988	183

PREFACE

Les mouvements de revendication des infirmières nés au cours de l'été 1988 et qui se sont développés et étendus à d'autres catégories de personnels soignants non médecins au cours de l'automne 1988 resteront comme des faits marquants de la prise de conscience par ces personnels de leur place dans l'hôpital en France.

L'opinion publique a découvert avec stupéfaction et sympathie les infirmières en colère. Le Gouvernement n'a pas paru moins étonné de cette brusque flambée et a lancé plusieurs études sur les professions en cause.

La réponse très partielle apportée aux infirmières de base par le protocole d'accord du 21 octobre 1988 conduit à se demander si le Gouvernement a bien pris la mesure du malaise des personnels soignants hospitaliers.

Le décret du 30 novembre 1988 supprimant le grade de surveillante-chef a entraîné un regain de mécontentement de tout l'encadrement infirmier qui s'est vu brutalement et sans raison remis en cause.

Les projets de statuts négociés ou intervenus depuis ont démontré que le Gouvernement improvisait au jour le jour des réponses successives aux questions des diverses professions hospitalières gagnées par le découragement.

Au mois de décembre 1988, à la suite de la proposition de résolution de M. Charles Pasqua et des membres du Groupe du Rassemblement pour la République (R.P.R.), le Sénat a décidé la création d'une mission d'information composée de 30 sénateurs issus des commissions des affaires culturelles, des affaires sociales, des finances et des lois pour étudier la situation des personnels soignants non médecins dans les établissements hospitaliers.

Au cours de 25 auditions, cette mission a reçu 58 délégations, soit plus de 130 personnes représentant les 18 professions concernées. Elle a en outre tenu à se rendre dans les services de plusieurs établissements hospitaliers pour s'entretenir avec les personnels sur les lieux mêmes de leur travail.

Pendant les six mois des travaux de la mission les mouvements revendicatifs ont continué de façon plus ou moins larvée sans rencontrer vraiment d'interlocuteurs au sein du Gouvernement.

Malgré la mission André et la mission Courcelle, le besoin d'écoute des personnels semble croître de jour en jour. Il est vrai que le rapport André fait l'impasse sur le niveau des formations et apporte une réponse déconcertante à la question cruciale des effectifs. Quant au rapport Courcelle il se limite à une analyse de la situation des seules infirmières omettant cependant de traiter l'importante question des infirmiers anesthésistes.

C'est pourquoi, à l'heure actuelle la mission d'information sénatoriale pense être la seule instance disposant d'une vue d'ensemble de la situation résultant d'une écoute attentive des différents personnels concernés.

La mission a organisé son étude autour de quatre thèmes regroupant l'essentiel des préoccupations des personnels soignants non médecins : la formation, les statuts, les conditions de travail et les rémunérations.

I. L'ECLATEMENT EXCESSIF DES FORMATIONS INITIALES ET L'INSUFFISANCE PATENTE DE LA FORMATION CONTINUE

Les formations initiales existant à ce jour sont nombreuses du fait de leurs apparitions successives en réponse aux besoins de l'hôpital au cours de l'histoire de son développement mais une réflexion prospective sur la cohérence des différentes formations juxtaposées reste à mener dans l'intérêt prioritaire du malade.

Le niveau d'études des professionnels soignants non médecins en formation ne cesse de s'élever, la durée des études de s'allonger et les exigences d'actualisation des connaissances de se renforcer du fait de la très rapide évolution technique des établissements hospitaliers.

Dans le même temps les effectifs d'infirmières spécialisées n'ont pas toujours été à la hauteur des besoins et trop de personnels "faisant fonction" exercent de lourdes responsabilités.

Face à ces évolutions les actions de recyclage et d'adaptation à l'emploi recueillent trop peu de crédits en pourcentage de la masse salariale globale des établissements hospitaliers ; de plus, l'insuffisance des effectifs compromet le suivi des sessions de formation.

Enfin, la concurrence avec les personnels soignants non médecins des autres pays de la Communauté européenne multiplie les interrogations et les inquiétudes des personnels sur le niveau, la durée, le contenu et les équivalences des formations.

II. LES LIMITES IMPOSEES PAR UN STATUT RIGIDE ET INADAPTE

Deux secteurs hospitaliers coexistent : le public et le privé, souvent concurrents et pas toujours complémentaires.

Dans les deux secteurs les canaux d'expression des personnels au sein de l'hôpital ne leur donnent pas satisfaction. Atomisés, peu syndiqués peu disponibles, ces personnels estiment généralement que leurs préoccupations ne sont pas prises en compte faute d'une enceinte appropriée.

La nécessité d'une parfaite collaboration entre les divers personnels de l'équipe médicale et l'exigence de la qualité des soins au profit du malade font que les personnels doivent impérativement communiquer vite et de manière approfondie. Or dans la pratique, un manque de communication est ressenti.

En outre, le corps d'encadrement, rouage indispensable entre l'équipe soignante, les médecins et l'administration, a été fragilisé par le décret du 30 novembre 1988 qui a supprimé le grade de surveillante-chef. Le découragement d'une partie des personnels de base gagne peu à peu l'encadrement et risque de rejaillir sur l'organisation des soins et l'écoute du malade.

L'encadrement contiendrait-il demain un mouvement de grève comme il l'a fait à l'automne 1988 ?

Par ailleurs, le décret de compétence des infirmiers anesthésistes devrait être revu afin de prendre en compte les actes réellement pratiqués par ceux-ci.

Au total, dans la fonction publique, la rigidité du statut interdit certaines améliorations à brève échéance, tandis que dans le

privé, la dégradation de l'hôpital public est discrètement évoquée pour contenir les revendications éventuelles des personnels.

III. LA DEGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS SOIGNANTS EST REELLE

Après avoir constaté non sans étonnement que la plupart des données statistiques quantitatives et qualitatives sur les effectifs, les conditions de travail, la charge de travail et sa pénibilité, l'efficacité, le coût des personnels soignants non médecins n'existaient que de manière parcellaire, la mission a noté que la revendication majeure des personnels concernait les effectifs soit du fait de leur insuffisance numérique absolue soit en raison de leur insuffisance relative au moment des congés, notamment de maternité, des personnels ou au cours des périodes de formation.

La communication au sein même de l'équipe de soins constitue aussi une aspiration de tous. Le passage systématique des consignes par définition vitales pour le malade comme le renforcement du rôle d'encadrement administratif et médical joué par la surveillante-chef et la surveillante apparaissent comme des nécessités.

La mobilité concertée des personnels doit être améliorée notamment pour faire face aux remplacements.

IV. L'ADAPTATION DES REMUNERATIONS

Au-delà de l'augmentation immédiate réclamée à tel ou tel stade de la carrière pour certains ou pour tous les personnels lors des grèves de l'automne, le malaise semble provenir de l'absence de reconnaissance professionnelle et de l'insuffisance des perspectives de carrières. De plus, les difficultés d'accès à la

promotion professionnelle ou à la spécialisation découragent beaucoup de bonnes volontés.

Les primes, les congés spécifiques qui ont pu un temps apparaître comme des palliatifs ont perdu de leur attrait aux yeux des personnels qui estiment désormais que c'est de la reconnaissance du niveau de leur formation et de la qualité de leurs prestations techniques au service du malade que découlera l'amélioration de leur rémunération.

La mission a estimé que la mise en pratique des propositions qu'elle émet sur la formation, le statut et les conditions de travail, entraînera une nouvelle appréciation des rémunérations.

CONCLUSION

Après avoir pris la mesure des problèmes de l'ensemble des professions des personnels soignants non médecins examinées dans les secteurs publics, privé et privé à but non lucratif et qui seront confrontées à leurs homologues étrangers dans l'Europe de demain, la mission a émis plus d'une vingtaine de propositions (voir document joint) dont la plupart devraient pour bien faire être mises en oeuvre dès à présent afin de redresser la situation en vue d'aborder le XXIème siècle avec une qualité de soins irréprochable pour les malades dans un milieu hospitalier aux personnels remotivés.

Claude HURIET

Sénateur de Meurthe et Moselle

Président de la mission d'information

INTRODUCTION

Créée en décembre 1988 à la suite des mouvements revendicatifs lancés par les infirmières (1), la mission d'information sur la situation matérielle et professionnelle des personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers publics, privés et privés à but non lucratif ainsi que sur la qualité de la vie en milieu hospitalier et les moyens de les améliorer a étudié la situation des professionnels de santé suivants :

- psychologues,
- sages-femmes,
- infirmières (diplômées d'Etat, spécialisées en puériculture, spécialisées en salle d'opération, spécialisées en anesthésie réanimation, surveillantes et surveillantes chefs, monitrices d'école d'infirmières, directrices d'école d'infirmières, infirmières générales adjointes, infirmières générales),
- infirmières psychiatriques,
- masseurs-kinésithérapeutes,
- ergothérapeutes,
- psychomotriciens,
- orthophonistes,
- orthoptistes,
- pédicures-podologues,
- diététiciens,
- laborantins d'analyses médicales,
- manipulateurs d'électro-radiologie médicale,
- aide-soignantes,
- auxiliaires de puériculture.

(1) voir en annexe III la chronologie des mouvements revendicatifs des personnels soignants des établissements hospitaliers.

Le tableau ci-dessous donne une idée de l'importance numérique de ces professions.

LES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS

Effectifs au 31 décembre 1986
(personnels titulaires et non-titulaires)

Professions	Effectifs	Dont temps partiel	Proportion de femmes
Directrices et monitrices d'écoles	3.491	569	87 %
Cadres infirmiers	23.090	863	79 %
Infirmiers spécialisés	9.062	1.152	88 %
dont anesthésie	3.312	-	-
salle d'opération	1.729	-	-
puériculture	3.612	-	-
Infirmiers diplômés d'Etat	99.009	13.790	93 %
Infirmiers psychiatriques	44.628	4.149	66 %
Orthophonistes	851	484	93 %
Orthoptistes	202	111	92 %
Diététiciens	1.612	396	97 %
Masseurs-kinésithérapeutes	5.050	1.586	56 %
Ergothérapeutes	922	157	69 %
Psychomotriciens	656	267	74 %
Aides-soignants	134.023	10.770	89 %
Psychologues	2.679	879	75 %
Sages-femmes	5.203	746	99 %
Manipulateurs radio.	10.472	817	66 %
Laborantins	15.400	2.642	87 %

Ces diverses professions sont apparues successivement à l'hôpital au fur et à mesure de l'évolution de la science et des techniques médicales, de l'émergence de besoins nouveaux.

Il est intéressant de rappeler le caractère plus ou moins récent de la reconnaissance de certaines professions et de noter que le fait précède souvent le droit. Le besoin médical reçoit une réponse bien avant qu'un décret de compétence fixe le champ d'exercice de telle ou telle profession.

A titre d'exemple, le décret de compétence des orthophonistes est intervenu en 1983, celui des masseurs-kinésithérapeutes et celui des pédicures-podologues en 1985, celui des orthoptistes en 1988...

Les rôles tant actuels que futurs de ces professionnels sont bien distincts. Ce qui les unit ? Leur attachement au service du malade et de la santé publique mais aussi leur mécontentement actuel. Tous souhaitent donner une nouvelle image de leur profession reflétant mieux le niveau de leurs connaissances, la technicité de leur intervention et la dimension humaine de leur mission. A travers la connaissance exacte de leurs fonctions, il est possible de mesurer ce qui les empêche actuellement d'atteindre leur idéal et, du même coup, d'identifier les causes de leur mécontentement.

Très rapidement, en entendant ces diverses catégories de personnels lors d'auditions au Sénat ou au cours d'entretiens sur leur lieu de travail dans les services des établissements hospitaliers, les membres de la mission ont eu le sentiment que la présente étude pourrait déboucher sur une remise en cause globale de l'hôpital, voire de la politique de santé.

Ce prolongement serait logique et intellectuellement tentant mais le sujet même de la mission, strictement défini lors de sa constitution, conduit à exclure cet élargissement du champ d'investigation. Dès à présent, il convient de souligner que cette limitation, fort relative, du champ de l'étude ne conduit ni à la tronquer ni à en diminuer la portée mais, au contraire, devrait permettre de mieux diagnostiquer les maux mêmes dont se plaint le personnel soignant non médecin à l'intérieur des établissements hospitaliers et de connaître son attitude face à la nouvelle échéance européenne de 1993.

Le rôle de la mission a donc consisté à étudier chaque catégorie de personnel soignant non médecin et son action au service du malade au sein de l'équipe médicale dans les établissements hospitaliers.

De cet ensemble se dégagent des constats, des motifs de satisfaction ou de mécontentement. Il appartient à la mission sénatoriale d'information, sans doute première instance à avoir tenté cette synthèse pour l'ensemble des personnels soignants non médecins depuis les mouvements de l'automne 1988, d'évaluer la pertinence des revendications et l'adéquation des réponses qui leur ont été apportées par le Gouvernement.

Pour mener à bien son étude, la mission a procédé à de nombreuses et fructueuses auditions de toutes les catégories concernées dans la diversité, parfois foisonnante, de leur représentation (voir en annexe I la liste des délégations professionnelles entendues).

Au cours de 25 auditions, d'une durée totale de 28 heures la mission a reçu 58 délégations, soit plus de 130 personnes (voir en annexe I la liste des personnalités et des délégations entendues).

La mission a également souhaité rencontrer les personnels soignants non médecins sur les lieux de leur travail. Huit établissements hospitaliers ont été visités au cours des mois d'avril, de mai et de juin 1989, ce qui a permis le dialogue avec les équipes de près de vingt services (voir en annexe II la liste des services visités).

La projection au Sénat d'un film de court métrage "La vie en blanc" produit en 1989 par l'Institut national de recherche et de sécurité (I.N.R.S.) sur les conditions de travail des personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers a fort utilement complété l'information de la mission.

En outre, les personnels ont répondu à un questionnaire détaillé d'une quarantaine de questions adressé par la mission. Les documents abondants et précis remis à la mission et la qualité des débats au cours des auditions, comme des rencontres dans les services, ont permis de mettre en valeur les opinions de chacun. Au-delà des auditions et des rencontres, des contacts ultérieurs tant oraux qu'écrits ont prolongé le travail de réflexion.

Pour le plan du présent rapport, la mission a choisi de développer les grands thèmes qui lui avaient déjà permis d'organiser son questionnaire et d'ordonner les débats lors des auditions et des rencontres :

I - La formation initiale et continue des personnels soignants non médecins en France et en Europe

II - Les statuts des personnels par catégorie professionnelle et, par secteur d'activité, la définition des missions et les conditions de représentation des personnels soignants non médecins.

III - La spécificité des conditions de travail à l'hôpital, la question des effectifs, la participation et la motivation des personnels soignants.

IV - Les rémunérations.

PREMIERE PARTIE - LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS

Avant d'aborder les questions relatives aux personnels soignants en exercice, la mission s'est tout d'abord attachée à analyser les conditions de leurs formations, sans omettre de replacer celles-ci dans le contexte européen. Cette étude l'a conduite à souligner l'hétérogénéité des formations initiales dispensées et l'insuffisance des actions de formation continue effectuées en milieu hospitalier, avant de passer au crible les revendications des personnels.

I. ANALYSE DESCRIPTIVE DES FORMATIONS

A - LA FORMATION INITIALE

1. La formation des personnels soignants non médecins reste très hétérogène

Cette caractéristique résulte de la démarche empirique et catégorielle qui a présidé à l'apparition successive des différentes filières de formation. Au fur et à mesure de l'évolution des techniques médicales, des besoins nouveaux en personnels qualifiés se sont fait sentir et ont dicté la reconnaissance de catégories spécifiques de personnels soignants et la définition consécutive de formations adaptées aux qualifications requises. Une réflexion prospective sur l'élaboration d'une formation de base commune à l'ensemble de ces personnels appelés à exercer leurs compétences dans un même milieu hospitalier - formation de base qui aurait été complétée par un enseignement technique spécifique à chaque catégorie - a fait défaut dès l'origine.

Les tentatives ultérieures d'harmonisation et de rationalisation des formations des personnels soignants non médecins n'ont pas été couronnées de succès : ainsi, les recommandations de la commission santé-assurance maladie du VIIème plan, puis les conclusions du rapport MAGNIN, qui dénonçaient les dangers de l'atomisation de ces professions, sont-elles restées lettre morte.

Les tableaux synoptiques ci-après permettent de prendre la mesure de la diversité des formations des personnels soignants non médecins.

FORMATION DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS

	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Psychologues	BAC	5 ans	Théoriques	Universités	DESS	-	-	870

	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Sages-femmes	BAC + concours (numerus clausus)	4 ans	Théoriques : 1120 h. Pratiques : 3302 h.	33 écoles hospitalières	Diplôme d'Etat délivré par les UER de médecine	-	Directive 80/154/CEE	653

(Sources : textes réglementaires
Synthèse : mission d'information sénatoriale)

Infirmières	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Infirmiers spécialisés anesthésie-réanimation	DEI* ou DESF** + 3 ans d'exercice + concours	2 ans	Théoriques : 505 h. Pratiques : 88 semaines	25 écoles hospitalières	Certificat d'aptitude	-	Recommandation du Comité des ministres	383
Infirmiers de salles d'opération	DEI* ou DESF** + 2 ans d'exercice + concours	9 mois	Théoriques : 500 h Pratiques : 936 h	17 écoles hospitalières	Certificat d'aptitude	-	du Conseil de l'Europe n°R (83)5	256
Puéricultrices	DEI* ou DESF** + concours	1 an	Théoriques : 650 h. Pratiques : 590 h.	34 écoles dont 24 hospitalières	Diplôme d'Etat	-	"	679
Infirmiers en soins généraux	Bac ou examen de niveau + concours	3 ans	Théoriques : 2280 h; Pratiques : 2360 h.	331 écoles hospitalières 24 écoles de la Croix-Rouge	Diplôme d'Etat	Homologué au niveau III de l'enseignement technologique (BTS, DUT) (1) arrêté du 17.6.80	Directive 77/452:CEE	11.807
Infirmiers psychiatriques	Aucun titre exigé : les candidats non titulaires du bac passent un examen écrit	3 ans Les élèves sont rémunérés	Théoriques : 1.776 h. Pratiques : 2.864 h	98 écoles hospitalières	Diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique	-	Recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe n°R (83)5	1.661

*DEI : Diplôme d'Etat d'infirmier en soins généraux

**DESF : Diplôme d'Etat de sage-femme

(Sources : textes réglementaires ;
synthèse : mission d'information sénatoriale)

Rééducateurs :	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Masseurs-kinésithérapeutes	Bac + concours (numerus clausus)	3 ans	Théoriques : 1800 h. Pratiques : 9 mois	22 privées 8 publiques	Diplôme d'Etat	-	-	1.487
Ergothérapeutes	Bac + examen d'entrée	3 ans	Théoriques : 1780 h. Pratiques : 9 mois	5 privées 3 publiques	Diplôme d'Etat	Homologué au niveau III de l'enseignement technologique (1) (arrêté 17.6.80)	-	199
Psychomotriciens	Bac + concours (numerus clausus)	3 ans	Théoriques : 1.170 h Pratiques : 850 h	6 écoles hospitalières	Diplôme d'Etat	Equivalence DEUG-optionnel accordée par certaines universités (ex. Nanterre)	-	308
Orthophonistes	BAC	4 ans	Théoriques : 1579 h. Pratiques : 1200 h.	13 écoles hospitalières (C.H.U.)	Diplôme d'Etat	-	-	477
Orthoptistes	Bac + concours	3 ans	Théoriques : 180 h. Pratiques : 2115 h.	12 écoles hospitalières	Certificat de capacité délivré par l'éducation nationale	-	-	112
Pédicures-podologues	Bac + examen d'entrée	2 ans	Théoriques : 700 h. Pratiques : 1250 h.	8 privées 2 publiques	Diplôme d'Etat	Homologué au niveau III de l'enseignement technologique (1) (arrêté 17.6.80)	-	280

	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Diététiciens	BAC	2 ans	Théoriques : 1800 h. Pratiques : 600 h.	Lycée d'Enseignement professionnel Institut Universitaire de Technologie	BTS diététique ou DUT de biologie appliquée - option diététique	-	-	270

Médico-techniques	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Manipulateurs d'électro- radiologie médicale	BAC ou équivalent + examen d'entrée (DE) ou sur dossier (BTS)	2 ans	Théoriques : 626 h Pratiques : 2.038 h	Ecoles hospitalières ou universités	Diplôme d'Etat ou BTS	Homologué au niveau III de l'enseignement technologique (1) (arrêté 17.6.80)	-	600
Laborantins d'analyses médicales	BAC ou équivalent + examen d'entrée	2 ans	Théoriques : 634 h Pratiques : 1.630 h	Ecoles hospitalières ou universités	Diplôme d'Etat ou DUT	Homologué au niveau III de l'enseignement technologique (1) (arrêté 17.6.80)	-	397

(Sources : textes réglementaires
Synthèse : mission d'information sénatoriale)

	Niveau de recrutement	Durée des études	Nature des études	Statut des écoles	Nature du diplôme	Homologations équivalences	Directives CEE	Diplômés 1987
Aides soignantes	Formation continue ou BEPC ou BEP sanitaire et social	1 an	Théoriques : 350 h. Pratiques : 24 semaines	Ecoles hospitalières	Certificat d'aptitude	Homologué au niveau V de l'enseignement technologique (1)	-	1270
Auxiliaires de puériculture	BEP sanitaire et social ou BAC F8 (24%) ou formation continue	1 an	Théoriques : 500 h Pratiques : 900 h.	Lycée d'enseignement professionnel	Certificat d'aptitude	Homologué au niveau V de l'enseignement technologique (1)	-	2181

(Sources : textes réglementaires
Synthèse : mission d'information sénatoriale)

(1) Nomenclature interministérielle par niveaux (circulaire du 11.7.1967) :

- Niveau III : Personnel occupant des emplois exigeant normalement une formation du niveau du brevet de technicien supérieur, du diplôme des instituts universitaires de technologie, ou de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur (deux ans de scolarité après le baccalauréat) ;

- Niveau V : Personnel occupant des emplois exigeant normalement un niveau de formation équivalent à celui du brevet d'études professionnelles (BEP) (deux ans de scolarité au-delà du premier cycle de l'enseignement du second degré) et du certificat d'aptitude professionnelle (CAP). Provisoirement, formation du niveau du brevet d'études de premier cycle (BEPC).

L'hétérogénéité des formations dispensées aux personnels soignants non médecins apparaît tant dans les modalités d'accès à l'enseignement, que dans la durée des études ou la nature du diplôme sanctionnant les études, ou qu'enfin dans le statut des élèves scolarisés.

a) l'accès à la formation

Les conditions d'accès aux formations diffèrent sensiblement d'une profession à l'autre.

Trois critères permettent d'apprécier le niveau requis des candidats pour accéder aux écoles :

- l'exigence du baccalauréat - ou d'un titre équivalent permettant l'accès à un enseignement supérieur : cette exigence tend à se généraliser. Elle conditionne désormais l'accès aux formations de psychologue, de sage-femme, de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste, d'orthoptiste, de pédicure-podologue, de diététicien, de manipulateur en électro-radiologie ou de laborantin d'analyses médicales. Cette exigence demeure également la règle pour entrer dans les écoles d'infirmières en soins généraux ; les modalités d'accès à cette formation ménagent néanmoins une possibilité de promotion professionnelle.

En revanche, le baccalauréat n'est pas toujours exigé pour accéder à la formation d'infirmier psychiatrique - la proportion des élèves titulaires de ce diplôme connaît cependant une forte propension à la croissance et s'établit à près de 74% des effectifs. Il n'est pas non plus requis pour bénéficier des formations d'aide-soignante ou d'auxiliaire de puériculture : celles-ci sont ouvertes aux titulaires du B.E.P. sanitaire et social ou du B.E.P.C. de l'enseignement général. 24% des élèves aides soignantes sont cependant détentrices d'un baccalauréat F8 (sciences médico-sociales);

- le recrutement des élèves par un concours sélectif ou par un simple examen de niveau. L'organisation des épreuves peut incomber aux écoles ou s'effectuer à l'échelon régional ou national ;

- enfin, les flux d'accès aux écoles sont régulés pour certaines professions par la fixation, par arrêté ministériel, d'un *numerus clausus* : il en va ainsi, par exemple, pour les élèves sages-femmes ou infirmières en soins généraux.

b) la durée des études

Celle-ci varie également d'un enseignement à l'autre. La durée des études conduisant à l'exercice de la majorité des professions de soignant non médecin tend néanmoins à s'harmoniser autour de trois ans de scolarité.

Parmi les rééducateurs, par exemple, les orthophonistes sont les seuls à bénéficier de quatre années de scolarité. Les études des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des orthoptistes s'effectuent en trois ans. Les pédicures-podologues n'ont encore que deux ans d'études : une troisième année de scolarité devrait être incessamment mise en place, conformément à l'engagement pris en ce sens par l'actuel ministre de la santé.

Encore faut-il souligner que la référence au nombre d'années d'études ne reflète que très imparfaitement la durée effective de l'enseignement dispensé. Les programmes de kinésithérapie ou d'ergothérapie - concentrés sur trois années de scolarité - apparaissent nettement plus denses que ceux d'orthophonie, étalés sur quatre ans : l'enseignement théorique y est plus important (1.800 heures en kinésithérapie ou 1.780 heures en ergothérapie contre 1.579 heures en orthophonie) ; la part consacrée à l'enseignement pratique et aux stages y est également supérieure : 1.440 heures contre 1.200 heures.

On perçoit ainsi aisément la connotation symbolique que revêt toute revendication tendant à l'allongement de la durée des études, dès lors que celle-ci est exprimée en annuité(s) de scolarité...

c) la nature du diplôme délivré

L'analyse de la nature des diplômes et des modalités d'agrément des programmes de formation met en valeur la diversité des situations rencontrées. La mission d'information n'a pu déceler aucun motif cohérent susceptible de justifier ces différences. Celles-ci sont héritées du passé : elles résultent de la réponse apportée au coup par coup à des besoins qui se sont fait successivement ressentir. Elles illustrent une nouvelle fois l'absence d'appréhension globale de ces professions par les pouvoirs publics.

L'exemple des rééducateurs est le plus révélateur. Les études de kinésithérapie ou d'ergothérapie sont sanctionnées par un diplôme d'Etat reconnu par le ministre de la santé, les programmes de ces formations étant agréés par le ministre de la santé. Les études de psychomotricité conduisent à un diplôme d'Etat délivré par le ministre de la santé, mais l'agrément des programmes est double :

ministre de la santé et ministre de l'éducation nationale. Le diplôme d'Etat d'orthophoniste est attribué conjointement par le ministre de la santé et le ministère de l'éducation nationale. Enfin, les études d'orthoptistes aboutissent à un certificat de capacité en orthoptie délivré par le ministre de l'éducation nationale, les programmes de formation bénéficiant du double agrément des ministres de l'éducation nationale et de la santé.

Ces disparités se traduisent dans les faits par des différences perceptibles dans le niveau, la longueur et la sanction des études. Elles se prolongent, au-delà de la formation, par des divergences statutaires. Cette situation dépourvue de tout fondement est génératrice de ressentiments. Elle ne contribue pas à faciliter la collaboration des futurs personnels soignants non médecins à l'hôpital.

d) le statut des personnels soignants non médecins en formation

Le statut réservé aux élèves pendant leur scolarité ne se caractérise pas non plus par son uniformité.

Certains élèves ont un statut d'étudiant et sont susceptibles de bénéficier à ce titre des bourses de l'enseignement supérieur : c'est le cas en particulier des étudiants en psychologie qui suivent leur formation à l'université.

Les élèves des écoles d'infirmières en soins généraux bénéficient de la gratuité des études. Le statut d'étudiant ne leur étant pas octroyé, elles n'ont pas accès aux bourses de l'enseignement supérieur pour financer leurs frais d'internat ou d'hébergement.

Dans la plupart des autres écoles, les études sont payantes et les frais de scolarité peuvent être très élevés : ils s'établissent entre 10.000 et 17.000 francs par an et par élève dans les écoles d'ergothérapie. Les élèves n'ont accès qu'aux bourses du ministère de la santé, qui restent très insuffisantes en nombre et en montant.

Seuls les élèves infirmiers de secteur psychiatrique bénéficient d'un statut d'employé et sont de ce fait rémunérés par l'hôpital qui assure leur formation. Ils s'engagent en contrepartie à servir cinq ans dans ce même hôpital après l'obtention de leur diplôme.

2. Une formation généralement dispensée dans des écoles hospitalières

A l'exception des psychologues, des diététiciennes et des personnels médico-techniques ayant opté pour la voie universitaire, les personnels soignants non médecins sont généralement formés dans des écoles hospitalières.

Ce rattachement des écoles aux hôpitaux comporte des avantages certains, maintes fois soulignés au cours des auditions : il favorise l'adéquation de l'enseignement dispensé à l'évolution des techniques médicales ; il facilite l'insertion des élèves dans l'hôpital en leur assurant la proximité d'un terrain de stages.

Les élèves en fin de scolarité sont fréquemment recrutés par l'hôpital auquel se rattache leur école. Cet état de fait n'est pas sans inconvénient : les hôpitaux privés à but lucratif dénoncent ce système qui conduit les écoles hospitalières à déterminer les effectifs d'élèves infirmières recrutées en fonction des besoins exprimés par les hôpitaux publics ou privés à but non lucratif, en ignorant les besoins ressentis par leur secteur et contribue de ce fait à aggraver les offres d'emplois insatisfaites.

Cette critique est quelque peu réductrice dans la mesure où le quota des élèves infirmières est en réalité fixé par arrêté ministériel. Elle conduit néanmoins à poser le problème du financement des écoles hospitalières, parmi lesquelles les écoles d'infirmières sont de loin les plus nombreuses.

Sur un total d'environ trois cent soixante établissements formant à la profession d'infirmière, 331 écoles sont établies au sein d'établissements hospitaliers. Les autres écoles - dites écoles sans support hospitalier - relèvent du secteur privé (établissements hospitaliers privés participant au secteur public hospitalier ou associations de la loi de 1901, dont la Croix-Rouge française qui gère 24 établissements).

Le financement des écoles hospitalières donne lieu à l'élaboration d'un budget annexe distinct de celui de l'hôpital ; celui-ci est néanmoins principalement alimenté par la dotation globale de l'hôpital, ce qui justifie la réticence des directeurs d'hôpitaux à former des promotions excédant les besoins propres de leur établissement.

Les ressources budgétaires des écoles hospitalières se répartissent comme suit :

- depuis 1972, et en contrepartie de la suppression des droits de scolarité, l'Etat subventionne l'ensemble des écoles

d'infirmières. Cette subvention est distribuée aux hôpitaux par les D.A.S.S. en fonction du nombre d'élèves scolarisés. Ces dotations n'ont pas été réévaluées depuis 1984 ; elles représentent en moyenne 30 % du budget des écoles rattachées aux hôpitaux;

- les frais d'inscription versés par les élèves non boursiers (450 F) et la taxe d'apprentissage reversée à l'hôpital plafonnent en moyenne à 2,5 % du budget de fonctionnement ;

- des ressources propres peuvent être recueillies par les écoles grâce à la mise en place de programmes de formation continue ;

- le solde, soit environ 70 à 75 % du budget de l'école hospitalière, provient de la subvention d'équilibre reversée par l'hôpital.

Dans ces conditions, le financement des écoles d'infirmières est de plus en plus ressenti par l'hôpital - confronté par ailleurs à la rigueur imposée par le budget global - comme une charge indue. Les frais de formation du personnel ne sont plus considérés comme prioritaires. La conjonction du budget global et des modalités de financement des écoles contraint les responsables à exercer un arbitrage impossible entre le maintien de la qualité des soins à court terme ou à long terme, cette dernière étant étroitement liée à la formation de personnels de valeur en quantité suffisante...

B - LA FORMATION CONTINUE

La formation continue des personnels soignants non médecins revêt deux aspects : elle peut mener à une promotion professionnelle ou résulter d'une volonté d'adaptation à l'emploi ou aux évolutions technologiques.

1. La formation promotionnelle

Elle concerne deux catégories de personnels : les personnels soignants non médecins qui souhaitent accéder à des fonctions d'encadrement ou d'enseignement, d'une part ; les aides-soignantes qui aspirent à devenir infirmières, d'autre part.

a) L'accès aux fonctions d'encadrement ou d'enseignement : les écoles de cadres

L'accès aux fonctions d'encadrement des soins ou d'enseignement dans les écoles et aux grades correspondants -

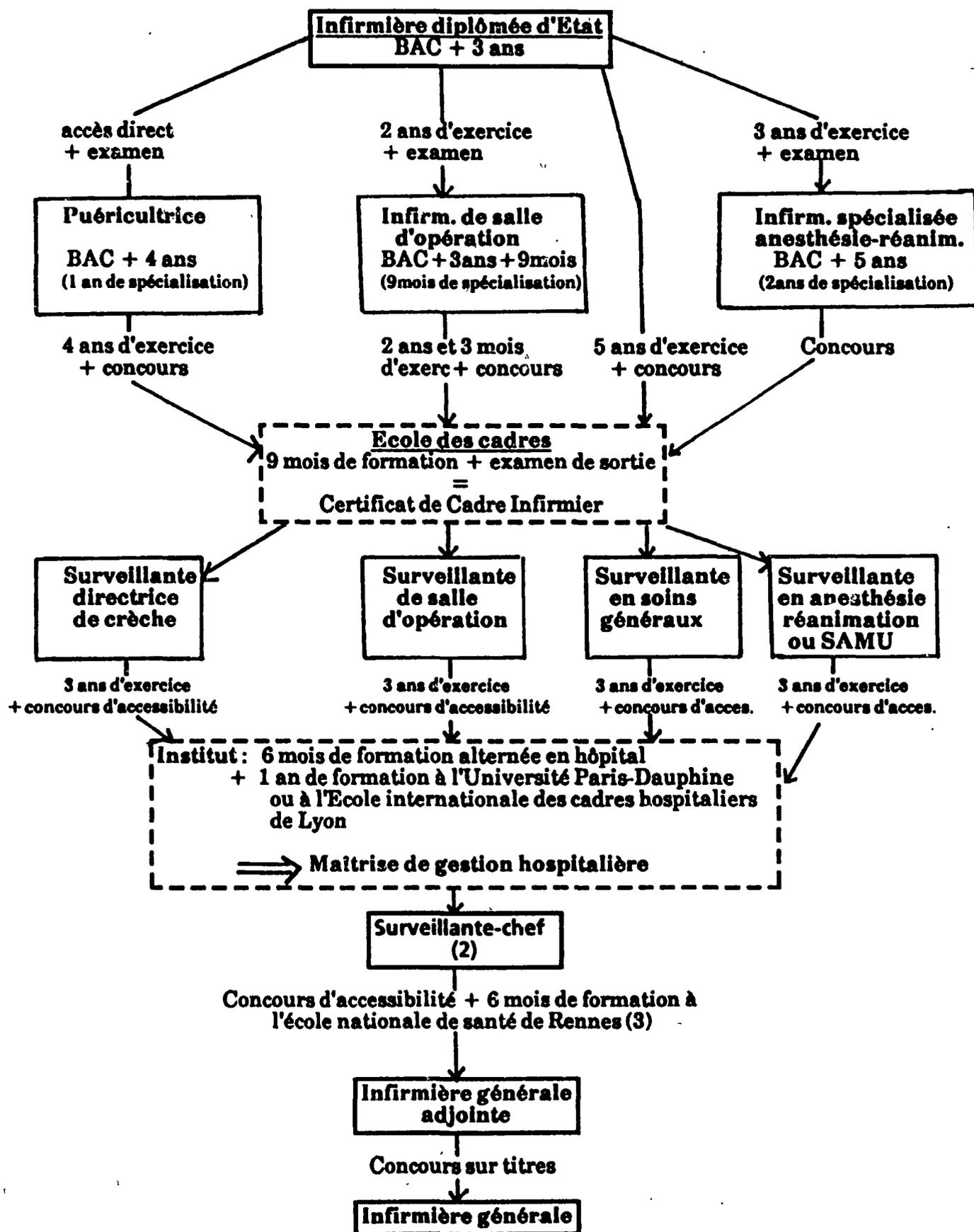
surveillante ou surveillante exerçant l'activité de monitrice - est subordonné à l'obtention d'un certificat de cadre. Celui-ci est délivré à l'issue d'une formation de deux ans dans une école de cadres, accessible sur concours aux personnels justifiant d'une certaine ancienneté dans leur grade (7 ans pour les infirmières).

A l'exception des psychologues, des diététiciennes et des aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture, chaque catégorie de personnel soignant non médecin dispose de sa propre filière de formation de cadres.

Néanmoins, et pour des raisons évidentes tenant aux effectifs, la mission d'information a retenu de ne présenter dans le tableau ci-après que la formation promotionnelle ouverte aux infirmières diplômées d'Etat exerçant dans les services de soins. Cette catégorie est en effet la seule à bénéficier, du fait de sa prépondérance numérique, d'une structure hiérarchique pyramidale complète.

La formation professionnelle permet également aux infirmières d'accéder à des fonctions d'enseignement : depuis la parution du décret du 30 novembre 1988, les surveillantes ont la faculté d'exercer les fonctions de monitrice d'école d'infirmières et les surveillantes ayant l'ancienneté requise pour l'exercice des fonctions de surveillante-chef peuvent enseigner dans les écoles de cadres. En application de l'ancien statut, toujours en vigueur pour les directrices, la formation des directrices d'écoles d'infirmières correspond à celle des surveillantes-chefs et, celle des directrices d'écoles de cadres à celle des infirmières générales-adjointes.

FORMATION PROMOTIONNELLE DES INFIRMIERES (1) SOIGNANTES



- (1) Ce tableau ne retrace pas, dans un souci de clarté, les promotions acquises à l'ancienneté
- (2) grade supprimé par le décret n°88-1076 du 30/11/88.
- (3) cette formation s'adresse aux surveillantes qui n'ont pas acquis de maîtrise de gestion hospitalière.

b) La promotion professionnelle des aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture.

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, les modalités d'accès aux écoles d'infirmières réservent une possibilité de promotion professionnelle pour les aides-soignantes (1), bien que celles-ci ne sont pas en règle générale titulaires du baccalauréat.

L'entrée des aides-soignantes dans les écoles d'infirmières est subordonnée, pour les postulantes justifiant de trois ans d'ancienneté dans leur fonction, à la réussite d'un examen de niveau.

La proportion des aides-soignantes s'établit en moyenne à 3 % des effectifs d'une promotion d'infirmières.

La promotion professionnelle des aides soignantes suscite deux remarques :

- si l'on souhaite qu'une possibilité soit réellement offerte aux personnes, qui pour des raisons personnelles ou sociales ont dû interrompre leur scolarité avant le baccalauréat, d'accéder à la profession d'infirmière, il convient d'améliorer la prise en charge sociale et financière des aides-soignantes durant leur formation. Les études d'infirmières comportent trois années de scolarité : si au cours de ces trois années l'aide soignante se trouve contrainte de renoncer à toute rémunération ou si ces annuités ne sont pas comptabilisées pour l'ouverture des droits à la retraite - c'est le cas notamment lorsque l'aide soignante bénéficie non pas d'une prise en charge au titre de la formation professionnelle continue mais d'une bourse de promotion sociale -, la possibilité de promotion professionnelle reste théorique. Une solution à ce problème pourrait résider dans la généralisation d'une prise en charge contractuelle de cette formation et de la rémunération de l'intéressée par l'hôpital sur son budget de formation continue, assortie de la part de la bénéficiaire d'un engagement de service dans l'hôpital durant cinq années ;

(1) Dans l'exposé qui suit, la notion d'aide-soignante est entendue au sens large et inclut les auxiliaires de puériculture.

- si tout le monde s'accorde à reconnaître le bien-fondé de cette possibilité de promotion professionnelle, il convient pour autant de veiller à ne pas donner d'illusions à ceux des postulants qui n'auront indéniablement pas la capacité de suivre cet enseignement avec succès. La tentation peut être grande, compte tenu de la crise de recrutement que traversent actuellement les écoles d'infirmières, d'ouvrir très largement l'accès de cette formation à la promotion professionnelle. Les critères de réussite à l'examen de niveau étant laissés à l'appréciation des jurys d'écoles, cette ouverture est techniquement possible. Elle n'est pas pour autant souhaitable pour les candidats, la sélection s'effectuant alors inmanquablement lors du passage en deuxième année. Ainsi, les écoles de l'Assistance publique de Paris font-elles état, à la session de juin 1989, d'un taux d'échec de près de 50 % à l'examen de fin de première année. Il est vrai néanmoins que cette forte proportion résulte tout autant, sinon plus, de la mise en oeuvre à la rentrée de septembre 1988 des dispositions de l'arrêté du 23 décembre 1987 signé de Mme Michèle Barzach, alors ministre de la santé.

2. La formation continue d'adaptation à l'emploi et aux évolutions technologiques

Ces possibilités de formation concernent tant les spécialisations d'exercice de la profession d'infirmière ou de sage-femme que les actions de recyclage de l'ensemble des personnels.

a) Les spécialisations

Les infirmières diplômées d'Etat et les sages-femmes ont la faculté d'adjoindre à leur formation de base une formation complémentaire conduisant à l'exercice d'une fonction hautement spécialisée. Les principales spécialisations sont au nombre de trois : elles permettent d'accéder aux postes de puéricultrice, d'infirmière de salle d'opération -ou panseuse- et d'infirmière spécialisée en anesthésie et réanimation (I.S.A.R.).

L'évolution des techniques médicales a par ailleurs favorisé l'émergence de deux nouvelles spécialisations : manipulateur en électroencéphalographie et techniciens spécialisés dans la circulation extracorporelle. La première est accessible aux infirmières diplômées d'Etat et aux manipulateurs en électroradiologie. La deuxième, plus récente, ne concerne encore qu'un peu plus d'une centaine de personnes et n'est pas encore subordonnée au suivi d'une formation reconnue.

L'infirmière puéricultrice est spécialisée dans les soins dispensés aux enfants malades ou hospitalisés; ses compétences s'étendent également aux enfants sains. La spécialisation en puériculture est accessible par concours directement après études d'infirmière en soins généraux ou de sage-femme. La durée de la formation complémentaire est d'un an; elle est sanctionnée par un diplôme d'Etat de puériculture.

L'infirmière de salle d'opération assiste le chirurgien au cours de ses interventions. Une formation spécialisée conduisant au diplôme d'Etat d'infirmière de salle d'opération est dispensée pendant neuf mois aux infirmières ou aux sages-femmes justifiant de deux années d'activité à l'hôpital avant de se présenter au concours d'entrée dans les écoles correspondantes.

L'infirmière spécialisée en anesthésie-réanimation participe, sous la surveillance d'un médecin anesthésiste susceptible d'intervenir à tout moment, à l'application des techniques d'anesthésie générale et loco-régionales, à la surveillance des malades au décours d'intervention et à la réanimation. Le certificat d'aptitude en anesthésie et réanimation sanctionne une formation de deux ans. Celle-ci est délivrée aux infirmières diplômées d'Etat ou aux sages-femmes ayant réussi le concours d'entrée et ayant auparavant exercé trois années au chevet du malade, de préférence dans un service de réanimation.

La crise de recrutement dont souffrent les écoles d'infirmières se reproduit, de manière renforcée, à l'entrée des écoles de spécialisation. Deux considérations expliquent ce phénomène de découragement des candidats potentiels :

- l'absence de reconnaissance de la formation complémentaire acquise dans le déroulement de la carrière : celle-ci n'est pas valorisée ni en termes statutaires, ni véritablement en termes financiers;

- le statut -ou plutôt l'absence de statut- réservé aux infirmières ou aux sages-femmes pendant leurs études complémentaires. En l'absence de dispositions réglementaires, celles qui s'engagent dans la voie de la spécialisation se retrouvent dans la grande majorité des cas privées de salaires -et parfois même de sécurité sociale- durant neuf mois, un an ou deux ans. La prise en charge totale de la rémunération par l'hôpital au titre de la formation professionnelle, assortie d'un "engagement de servir" de l'intéressée pendant cinq ans est insuffisamment répandue.

La conjonction de ces deux éléments est de nature à dissuader les vocations les plus affirmées : s'il reste aux candidates la possibilité de recourir à des emprunts bancaires pour subvenir à leurs besoins durant leur spécialisation, les avantages indiciaires qui leur sont attribués à l'issue de cette formation ne leur permettent pas d'espérer rembourser leur dette dans de bonnes conditions. Si l'on ajoute à cela que les candidates potentielles sont en général âgées de vingt-six à trente ans et que certaines sont mères de famille, on perçoit l'importance des obstacles qu'ont à surmonter les futures infirmières spécialisées : la formation complémentaire s'apparente de plus en plus à un luxe.

Cette situation paradoxale n'est pas dépourvue de conséquences sur le fonctionnement de l'hôpital. Les infirmières spécialisés sont insuffisamment nombreuses pour assurer les tâches qui devraient leur incomber du fait de leur technicité. C'est ainsi que l'on voit se multiplier à l'hôpital les "faisant fonction de" qui occupent les postes normalement dévolus aux infirmières spécialisées, sans en avoir acquis la formation.

Cette remarque est particulièrement vérifiée pour les infirmiers de salle d'opération et les infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation. Pour ces derniers, il n'est pas rare dans les hôpitaux qu'une faible proportion seulement des postes correspondants puisse être pourvue par des infirmiers titulaires du certificat d'aptitude, la très grande majorité (parfois 90%) étant attribuée par défaut à des "faisant fonction de".

Cette particularité s'explique par la longueur relative des études complémentaires d'anesthésie-réanimation. La situation des candidats a été encore aggravée par le décret n° 88-903 du 30 Août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation appelé à se substituer au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier aide-anesthésiste ; alors que le décret de 1972 faisait explicitement référence à la rémunération des élèves pendant leur deuxième année de spécialisation, cette disposition n'a pas été reconduite par le décret de 1988.

Le sous-effectif des infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation est préoccupant pour l'avenir ; il se surajoute à la désaffectation des médecins pour cette spécialisation depuis la réforme des études médicales. Certains entrevoient dans un proche avenir un ralentissement obligé de l'activité chirurgicale provoqué en amont par le tarissement des effectifs d'anesthésistes compétents.

b) les actions de recyclage ou d'adaptation à l'emploi

L'enveloppe financière consacrée par les hôpitaux aux actions de recyclage ou d'adaptation à l'emploi des personnels en activité atteint 1% de la masse salariale.

Comparé au taux moyen de participation des entreprises françaises aux actions de formation continue (2,4% de la masse salariale en 1986), ce taux apparaît d'emblée insuffisant pour assurer l'adaptation des personnels soignants non médecins à l'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Les besoins de formation continue ressentis à l'hôpital sont particulièrement importants en raison des mutations extrêmement rapides des technologies médicales. Ainsi, par exemple, les procédés d'investigation diagnostique ont-ils été bouleversés ces dernières années par l'apparition de l'imagerie médicale et notamment de l'imagerie par résonance magnétique. De la même façon, les actes de chirurgie traditionnelle ont été révolutionnés par l'utilisation du laser associé à l'endoscopie ou par le recours au bistouri à ultra-sons. Sans effort corrélatif de formation continue, ces nouveaux matériels sont condamnés à rester sous-utilisés.

L'exigence des actions de formation continue à l'hôpital se trouve encore renforcée par l'allongement de la durée de vie professionnelle des infirmières. Jusqu'à ces dernières années, celles-ci se singularisaient par une carrière professionnelle très courte, inférieure en moyenne à huit années d'exercice. Cette moyenne a désormais tendance à s'allonger pour des motifs d'ordre essentiellement économique (chômage, ...) : elle s'établirait entre 12 et 15 ans d'activité selon les dernières estimations. Alors que la rotation rapide des infirmières constituait une relative compensation du faible niveau de formation continue, puisque de jeunes diplômées remplaçaient les infirmières qui quittaient la profession, cette régulation n'est plus assurée. Les actions de recyclage des personnels soignants non médecins deviennent donc incontournables.

Les difficultés rencontrées dans l'organisation du travail viennent s'ajouter à la faiblesse des moyens financiers consacrés à la formation continue pour entraver les actions entreprises en ce sens. Si, à la différence des candidates à la promotion professionnelle, les bénéficiaires des actions d'adaptation à l'emploi ou de recyclage sont automatiquement prises en charge par l'hôpital sur son budget de la formation continue, les exigences du service semblent souvent réduire à néant les tentatives de formation : l'absence de

remplacement des personnes en congé de formation rend celle-ci difficile, voire inaccessible.

Cette difficulté est encore renforcée pour les personnels de nuit qui se trouvent de ce fait pratiquement exclus des plans de formation continue.

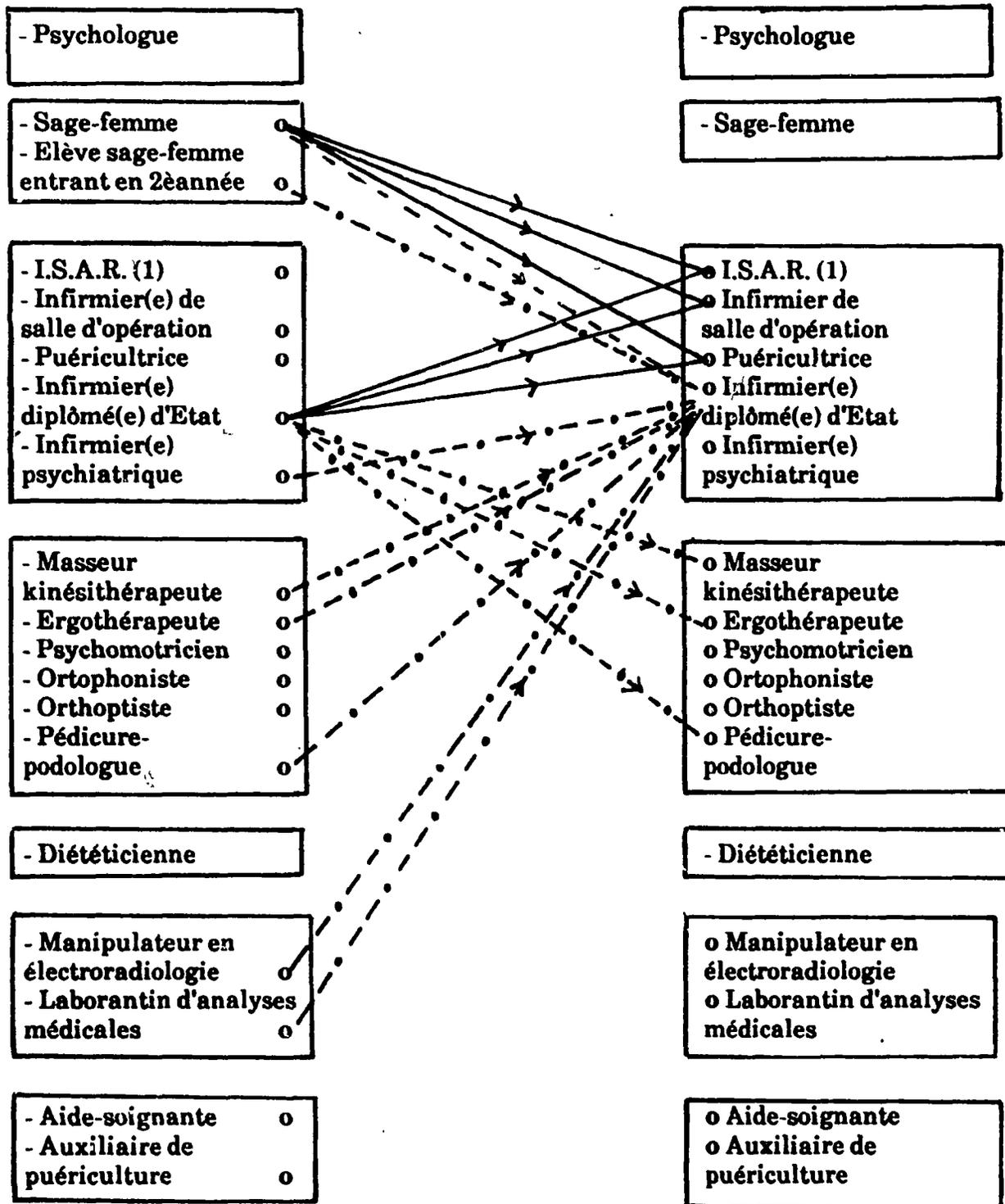
C - LES FORMATIONS DES PERSONNELS SOIGNANTS DANS LEUR CONTEXTE NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE

1. La situation comparée des diplômes français : les passerelles

En dépit de certaines imperfections ou incohérences héritées du passé, les passerelles organisées d'un diplôme à un autre constituent un élément de comparaison des formations entre elles. La directive n° 77/453/CEE du 27 juin 1977 relative à la coordination des dispositions concernant les activités de l'infirmier responsable en soins généraux retient explicitement ce critère d'évaluation dans son article premier, 5 : *"les Etats membres peuvent accorder des dispenses partielles à des personnes ayant acquis une partie de la formation prévue (...) dans le cadre d'autres formations de niveau au moins équivalent."*

Le tableau ci-après présente les différentes passerelles établies entre les formations des personnels soignants non médecins en France.

**FORMATION DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS:
PASSERELLES**



--- : entrée en 2ème année subordonnée à la réussite d'un examen

— : spécialisations

- - - : dispense de 7 modules de formation sur 8. Condition : exercice de la profession pendant 2 ans

(1) Infirmière spécialisée en anesthésie-réanimation

2. La formation des personnels soignants non médecins et la Communauté européenne

La mission s'est étonnée de constater que c'est à la veille de l'achèvement du marché intérieur que les personnels soignants ont semble-t-il pris conscience de l'enjeu de la libre circulation des personnes, alors même que la liberté d'établissement et la reconnaissance mutuelle des diplômes existe pour les infirmières et les sages-femmes depuis une dizaine d'années.

a) *reconnaissance des diplômes et l'harmonisation des formations*

Deux catégories seulement parmi les personnels soignants non médecins bénéficient à l'heure actuelle d'un diplôme reconnu par l'ensemble des pays de la Communauté : les infirmières en soins généraux et les sages-femmes.

Les instances communautaires se sont préoccupées très tôt de l'harmonisation et de la reconnaissance de la formation dispensée aux infirmiers en soins généraux, à la suite d'un accord d'une autre instance européenne, le Conseil de l'Europe - ratifié par la France en 1975 - qui en a arrêté les lignes directrices dès le 25 octobre 1967. Cet accord définit le terme d'infirmier : celui-ci *"concerne les infirmiers en soins généraux, à l'exclusion de ceux dont la formation est limitée aux domaines de la santé publique, aux soins aux enfants malades et aux nourrissons, aux soins aux malades mentaux, aux soins obstétricaux."* Il stipule que le niveau minimal d'instruction requis pour accéder aux écoles d'infirmiers est celui de la dixième année d'enseignement général sanctionnée par un titre scolaire ; il réserve néanmoins aux Etats membres la faculté de déroger à cette règle en prévoyant que les candidats peuvent ne pas être détenteurs d'un diplôme scolaire. Il fixe enfin la durée minimale de la formation d'infirmier en soins généraux à trois années, soit 4.600 heures d'enseignement infirmier de base.

Le caractère contraignant des principes définis par l'accord européen de 1967 a été sensiblement renforcé par l'adoption, le 27 juin 1977, de deux directives communautaires qui s'impose aux Etats-membres (1).

(1) La loi du 16 avril 1979 a ainsi allongé de 28 à 33 mois la durée effective de la formation en France pour assurer la conformité de cette dernière aux directives européennes.

La directive n° 77/453/CEE vise à coordonner dans les Etats membres les dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux activités de l'infirmier responsable

des soins généraux. A cette fin, elle détermine le niveau d'instruction et la durée de formation requis des futurs infirmiers ; elle précise le contenu des enseignements obligatoirement dispensés ; elle pose enfin le principe de la pondération et de la coordination d'un enseignement théorique et technique et d'un enseignement clinique effectué sous forme de stages encadrés dans un service hospitalier ou un autre service de santé.

Les tableaux qui suivent comparent la formation des infirmières en soins généraux dans les pays de la Communauté.

FORMATION DES INFIRMIER(E)S EN SOINS GENERAUX

COMPARAISONS EUROPEENNES

	France	Belgique	R.F.A.	Grande-Bretagne	Italie	Danemark
Niveau d'enseignement général requis pour accéder à la formation	12 ans	12 ans	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans
Durée des études	33 mois 143 semaines	36 mois	36 mois	136 à 143 semaines	31 mois	182 semaines
Nombre d'heures d'enseignement dont :	4.640	4.380	4.600	5.456 à 5.480	4.020	5.504
	théoriques 2.280 pratiques 2.360	1.680 2.700	1.500 3.000	912 à 1.120 4.360 à 4.544	1.170 2.950	1.344 3.360
Statut de l'élève	Etudiant	Etudiant	Employé	Employé (majorité)	Etudiant	Elèves rémunérés (accords passés entre les établissements et les syndicats)
Titre ou diplôme	Diplôme d'Etat	Brevet d'infirmière hospitalière	Diplôme de kranken schwester ou kranken pfleger	State registered nurse	Diplôme d'infirmier	Diplôme
Autorité compétente pour délivrer le diplôme	Ministère de la santé	Ecole ou ministère de l'éducation nationale	Etat	General Nursing Council	Ecoles agréées par l'Etat	Collèges agréés par le service national de santé

	Irlande	Pays-Bas (1)	Luxembourg	Grèce (2)	Espagne	Portugal
Niveau d'enseignement général requis pour accéder à la formation	12 ans	10 ans	10 ans	12 ans	10 ans	12 ans
Durée des études	36 mois 156 semaines	36 mois	36 mois	36 mois 156 semaines		
Nombre d'heures d'enseignement dont :						
théoriques	5.760	3.600	4.400	5.047		
pratiques	1.040 4.720	2.200 1.400	1.400 3.000	2.140 2.907		
Statut de l'élève	Employé	Etudiant	Etudiant	Etudiant		
Titre ou diplôme	Diplôme de registered General Nurse	Diplôme d'Etat d'infirmière en soins généraux	Diplôme d'infirmier	Diplôme d'infirmier inscrit au registre	Diplôme universitaire en infirmerie	Diplôme d'infirmerie générale
Autorité compétante pour délivrer le diplôme	Nursing Board	Ministère de la santé	Ministère de la santé publique	Ecoles agréées par le ministère des services sociaux	Ministère de l'éducation nationale et de la science	Ecoles agréées par l'Etat

(1) Un diplôme "supérieur" est délivré à l'issue d'une formation plus longue (45 mois).

(2) Le ministère de l'éducation nationale et des affaires religieuses met en oeuvre une formation parallèle en soins infirmiers.

De la même manière, le Conseil des ministres de la communauté a adopté le 21 janvier 1980 deux directives tendant à la reconnaissance mutuelle des diplômes de sages-femmes et à l'harmonisation des conditions de leur formation. La directive n° 80/154/CEE porte sur la reconnaissance des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme et comporte des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services. La directive n° 80/155/CEE vise à coordonner les dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à l'accès aux activités de sage-femme et à leur exercice.

Contrairement à la position arrêtée pour les infirmières en soins généraux, le Conseil des ministres de la communauté n'a pas jugé utile de subordonner la reconnaissance mutuelle des diplômes de sage-femme à la mise en place d'un programme d'études unifié pour l'ensemble des Etats membres. Ainsi, le diplôme de sage-femme ouvrant droit à la reconnaissance peut sanctionner indifféremment :

- soit une formation spécifique d'au moins trois ans d'études théoriques et pratiques, accessible avec un niveau d'instruction de dix années d'enseignement scolaire ;

- soit une formation spécifique d'au moins dix-huit mois dont l'accès est subordonné à la détention d'un diplôme, certificat ou autre titre d'infirmier responsable en soins généraux.

C'est là la principale originalité de ces directives dont la deuxième énumère, par ailleurs, les actes auxquels sont au minimum habilités les sages-femmes titulaires d'un diplôme décerné par un Etat membre.

Les autres catégories de personnels soignants non médecins ne bénéficient pas, à l'heure actuelle, d'une reconnaissance communautaire de leurs diplômes. Dans ces conditions, un Etat membre n'est pas tenu d'accorder une valeur aux diplômes délivrés par les autres pays de la Communauté : il lui appartient de fixer souverainement les conditions de formation que le migrant doit remplir pour exercer sur son territoire.

Une directive communautaire instaurant un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans est néanmoins en cours d'élaboration.

En outre, une recommandation n°R (83) 5 sur la formation complémentaire des infirmières a été adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 26 mai 1983. La

portée juridique de cette recommandation en droit interne n'est cependant qu'indicative : elle ne constitue qu'une invitation adressée aux Etats membres.

b) la reconnaissance des diplômes et les flux de personnels

La reconnaissance mutuelle des diplômes est-elle susceptible d'engendrer, comme le redoutent certains, d'importants flux de personnels soignants non médecins, encouragés par la différence entre les niveaux de formation ou les champs de compétences professionnelles ?

Avec toute la prudence qu'impose une démarche prospective, la réponse à cette question paraît être négative. Les éléments statistiques portant sur les flux d'infirmiers en soins généraux autorisés par les directives de 1977 sont particulièrement rassurants. Le tableau ci-après, élaboré par la commission des Communautés européennes, retrace le nombre de ressortissants de la Communauté qui se sont établis dans chaque Etat membre entre 1979 et 1986. En France, ce total porte sur 1.209 infirmiers dont il convient en outre de retrancher 156 français ayant effectué leurs études à l'étranger. Rapporté aux effectifs moyens d'une promotion d'élèves infirmiers (11 à 12.000 élèves), cette proportion paraît négligeable.

Nombre d'infirmiers responsables des soins généraux, ressortissants de la Communauté, autorisés à exercer, en vertu des directives "Infirmiers responsables des soins généraux" dans l'un des Etats membres mentionnés en haut des colonnes ci-dessous, entre le 29.06.1979 et le 31.12.1986 et ayant encore cette autorisation au 31.12.1986, après avoir acquis leur qualification dans un autre Etat membre.

	D	F	I	NL	B	L	UK	IRL	DK	EL	E	P
1. NOMBRE TOTAL BRUT D'INFIRMIERS RESPONSABLES DES SOINS GENERAUX- qui se sont établis de '79 à '86	3430	.	237	455 (1)	632 (1)	.	3188 (1)		74 (1)	.		.
2. NOMBRE D'INFIRMIERS RESPONSABLES DES SOINS GENERAUX repris dans le nombre total précité et encore en activité dans le pays d'accueil au 31.12.1986,	1747	1209	237
3. DONT Allemands	.	153	44	.	35		268		16			
Français	.	156	46	.	104		87		4			
Italiens	.	36	59	.	14		30		1			
Néerlandais	.	111	18	.	91		335		12			
Belges	.	485	23	.	341		34		1			
Luxembourgeois	.	8	3	.	7		0		0			
Britanniques	.	175	28	.	24		0		17			
Irlandais	.	65	3	.	8		2334		3			
Danois	.	19	8	.	6		97		20			
Grecs	.	1	0	.	0		1		0			
Espagnols	.	0	5	.	1		0		0			
Portugais	.	0	0	.	1		2		0			
diplômés en Allemagne		181	68	141	92		.		21			
en France		0	49	23	142		.		5			
en Italie		39	0	4	11		.		2			
aux Pays-Bas		126	19	0	318		.		12			
en Belgique		544	44	143	0		.		2			
au Luxembourg		12	3	1	9		.		0			
au Royaume-Uni		227	38	114	44		.		30			
en Irlande		59	3	14	7		.		2			
au Danemark		20	8	14	6		.		0			
en Grèce		1	0	0	0		.		0			
en Espagne		0	5	1	2		.		0			
au Portugal		0	0	0	1		.		0			

(1) La ventilation faite au point 3 se réfère aux données figurant au point 1

Pour les sages-femmes, les flux enregistrés sont encore plus réduits : 15 sages-femmes titulaires d'un diplôme décerné par un pays membre, dont 5 Françaises, ont été autorisées à s'installer en France entre 1983 et 1988 ; parmi elles, 10 seulement exerçaient encore au 31 décembre 1987.

II. ANALYSE DES REVENDICATIONS PORTANT SUR LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

A - LE SOUCI DE PRESERVER LA QUALITE DES DIPLOMES PAR UN NIVEAU ELEVE DE RECRUTEMENT

L'arrêté du 23 décembre 1987 relatif aux conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière - dit "arrêté Barzach" - a incontestablement joué un rôle de catalyseur dans la mobilisation des personnels infirmiers à l'automne 1988.

Cet arrêté, conçu sans nul doute pour tenter de remédier à la crise de recrutement des écoles d'infirmières, organisait aux yeux des intéressées la dévalorisation de leur diplôme d'Etat. Son article 4 disposait qu'à compter de 1988, pouvaient accéder directement au concours d'admission dans les écoles sans avoir auparavant satisfait à l'examen de niveau organisé en vue de l'entrée dans les écoles paramédicales ou dans les écoles d'infirmières, "les candidats justifiant d'une expérience professionnelle d'une durée de cinq ans ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale ou d'une activité assimilée telle que définie par l'annexe II du présent arrêté". L'annexe II sus-visée mérite d'être reproduite intégralement :

"sont, pour l'inscription aux épreuves d'admission, assimilés de plein droit à une activité professionnelle ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale et pour la durée correspondante :

- le service national ;

- l'éducation d'un enfant au sens de la loi n° 80-490 du 1er juillet 1980 ;

- l'inscription à l'Agence nationale pour l'emploi en qualité de demandeur d'emploi ;

- la participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux jeunes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification ;

- l'exercice d'une activité sportive de haut niveau au sens de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984."

Un des représentants de la coordination nationale a expliqué en ces termes la position des infirmiers : *"La manifestation du 25 mars 1988 avait pour origine un mécontentement général. L'arrêté était la goutte d'eau qui a fait déborder le vase (...) Le problème n'est pas celui des aides-soignantes qui ont suivi les neuf mois de formation préalable et qui ont tout à fait le niveau. Le problème, c'est que l'on puisse avoir accès à une école d'infirmières après cinq ans de cotisations à la sécurité sociale, quoi qu'on ait fait auparavant. Compte tenu des quotas fixés dans les écoles d'infirmières, on a toutes les chances d'être reçu au concours, même si l'on n'obtient pas la moyenne. Ont ainsi été recrutés des gens qui avaient obtenu 6 sur 20. Certaines années, on est même descendu plus bas. Ce sont ces gens-là qui sont aujourd'hui en très grande difficulté"*.

L'arrêté du 30 novembre 1988 signé par M. Claude Evin abroge l'arrêté du 23 décembre 1987 et fixe de nouvelles conditions d'admission dans les écoles d'infirmières. Sur le fond cependant, la portée des modifications n'est pas substantielle. Le nouvel arrêté maintient la possibilité pour les candidats non titulaires du baccalauréat d'accéder, sans examen préalable de niveau, au concours d'entrée organisé par les écoles. Il distingue néanmoins selon que le candidat a exercé en milieu hospitalier ou dans le secteur médico-social - l'expérience professionnelle dont il doit alors justifier est de trois ans - ou qu'il a exercé toute autre activité professionnelle ayant donné lieu au versement de cotisation à la sécurité sociale : la durée de vie professionnelle requise est dans ce cas de cinq années. Il subordonne enfin l'accès au concours de ces candidats, à l'examen de leur dossier par un jury de validation des acquis instauré auprès du préfet de région.

Ces dispositions n'ont pas donné satisfaction aux professionnels qui réclament, à défaut du baccalauréat, un examen de niveau organisé à l'échelon national. Ils dénoncent la liberté d'appréciation laissée aux jurys de validation des acquis dans le choix des candidats retenus, qui résulte de l'absence de critères de sélection fixés uniformément. Ils redoutent que les difficultés de recrutement n'incitent certains jurys à valider généreusement les acquis des candidats potentiels pour étoffer les effectifs des écoles.

Une enquête portant sur la première session de validation des acquis (mars 1989) et publiée dans le Monde de l'éducation de juin 1989 fait état de la diversité des critères effectivement retenus. *"Dans la région Midi-Pyrénées, par exemple, où le jury de validation a pris ses décisions à l'unanimité, l'essentiel était de ne pas dévaloriser une formation "Bac + 3"(...) C'est le niveau de classe terminale des candidats qui a été le critère discriminant : seuls 18 candidats sur 177 ont été retenus. En Aquitaine, région voisine, 56 demandes sur 180 ont été validées : "chaque dossier a fait l'objet d'un examen particulier selon les trois critères non hiérarchisés du niveau d'enseignement général, de l'expérience professionnelle et de la motivation des candidats". En Bretagne, seuls 3 candidats sur 160 ont été éliminés, l'essentiel étant de satisfaire aux seules conditions d'expérience professionnelle, pour laquelle ont été pris en compte non seulement le temps de service militaire mais aussi les emplois de TUC et autres dispositions d'insertion des jeunes."*

La dévalorisation du niveau de recrutement des écoles n'étant favorable ni aux candidats -la sélection s'opérant alors en fin de première année-, ni aux futurs diplômés, il importe de fixer des règles permettant d'harmoniser le niveau d'accès au concours.

L'arrêté du 30 novembre 1988 modifie par ailleurs les modalités du concours de recrutement. Celui-ci, qui était auparavant organisé par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, le sera désormais par les écoles. Cette disposition a éveillé la crainte des intéressés qui y décelaient un facteur supplémentaire de dévalorisation du niveau de recrutement : la subvention du ministère de la santé étant distribuée aux écoles au prorata de leurs effectifs, le nouveau système aurait pu inciter ces dernières à remplir leur quota au mépris de la qualité du recrutement. Cette crainte ne paraît cependant pas fondée, le même arrêté instituant pour la première fois une barre d'admission au concours : seuls les candidats qui auront obtenu une moyenne supérieure ou égale à dix sur vingt pourront intégrer les écoles.

B - LA VOLONTE D'ACCROITRE LA POLYVALENCE DU DIPLOME D'INFIRMIER

Pour répondre à la technicité croissante des actes requis des personnels soignants non médecins, la tendance a été de multiplier les professions et les formations spécifiques.

Cette spécialisation, poussée parfois à l'extrême, semble aujourd'hui nuire à la qualité des soins et au bon fonctionnement de l'hôpital : elle ne permet pas au personnel d'appréhender le malade

dans son intégralité; elle ne favorise pas la mobilité concertée du personnel.

C'est pourquoi nombreux sont aujourd'hui les personnels qui réclament la définition d'une formation plus polyvalente, fondée sur la distinction entre la formation de base consacrée à l'acquisition des connaissances indispensables à l'exercice de la profession et la formation d'adaptation à l'emploi conduisant à la maîtrise de compétences spécifiques.

Une revendication porte plus spécifiquement sur l'unification du diplôme d'infirmier en soins généraux et d'infirmiers de secteur psychiatrique.

La coexistence de deux formations parallèles sanctionnées par des diplômes distincts a considérablement freiné le redéploiement des personnels infirmiers du secteur psychiatrique vers les hôpitaux généraux. Le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ne permet pas d'accéder aux fonctions d'infirmier en soins généraux, en raison de son excessive spécialisation : les infirmiers psychiatriques sont recrutés à l'hôpital en tant qu'aides-soignants, ce qui ne paraît guère encourager les mutations.

Dans le même sens, les infirmiers diplômés d'Etat revendiquent une initiation aux soins dispensés aux malades mentaux, considérant qu'une partie non négligeable de ceux-ci est appelée à séjourner dans un hôpital général.

L'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés d'Etat fait très clairement valoir sa position en faveur d'un seul diplôme d'Etat en soins infirmiers (D.E.S.I.). Elle reconnaît que l'infirmière doit être une généraliste à la fin de ses études. Elle suggère de *"prévoir des temps de formation complémentaires destinés à l'acquisition de connaissances, de compétences et de comportements spécifiques adaptés, ainsi que l'actualisation de ces connaissances, plutôt que d'augmenter de façon considérable la durée des études."*

La mise en oeuvre de ces propositions *"permettrait une certaine mobilité au cours de la vie professionnelle et garantirait surtout la qualité des services rendus à la population, en accord avec l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé de soigner l'homme dans sa globalité et conformément aux Recommandations n° R 83 (5) du Comité des ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe."*

La valeur du diplôme unique ainsi défini est double :

- elle sanctionne une capacité à exercer la profession d'infirmière dans tous les secteurs d'activité;

- elle permet d'accéder à des formations optionnelles en vue d'acquérir des compétences spécifiques d'exercice professionnel.

C - L'ALLONGEMENT DE LA DUREE DES ETUDES

Dans leur très grande majorité, les différentes catégories de personnels soignants non médecins réclament un allongement de la durée de leurs études respectives.

Les motivations apparentes sur lesquelles se fondent cette revendication sont diverses :

- certaines arguent de l'alignement de la durée des études dispensées en France sur celle pratiquée dans les autres pays européens -c'est le cas notamment des psychologues qui souhaitent accéder au doctorat- ou encore, de la mise en conformité des formations spécialisées avec les recommandations du Conseil des ministres aux Etats membres ; les puéricultrices revendiquent ainsi une formation complémentaire de deux années;

- d'autres avancent une réactualisation nécessaire de leurs programmes d'enseignement : les manipulateurs en électroradiologie, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes dénoncent la désuétude de ces programmes au regard de l'évolution des techniques thérapeutiques; les laborantins d'analyses médicales et les manipulateurs en électro-radiologie revendiquent l'introduction d'un enseignement en langues étrangères qui leur permettrait de comprendre les notices d'utilisation des matériels qui leur sont livrés;

- d'autres se plaignent enfin de la densité de leurs études qui contraint les élèves au "bachotage" et n'est guère propice à l'épanouissement d'un esprit de réflexion. Les diététiciennes réclament un enrichissement et un étalement de leurs programmes d'enseignement -actuellement comprimés sur 24 mois ininterrompus de scolarité- sur 4 ans d'études; les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes ont à acquérir en trois années une formation beaucoup plus dense que celle dispensée en quatre ans aux orthophonistes.

Il a semblé à la mission d'information qu'au-delà des motivations formulées à l'appui de la demande d'allongement de la durée des études, se profilait la volonté d'accéder à la catégorie A de la fonction publique (1). C'est pourquoi elle tient à rappeler ici que le niveau de formation ne constitue qu'un élément.

Toute initiative tendant à l'allongement de la formation dispensée à l'une des catégories de personnels soignants non médecins se doit, sous peine de s'exposer à des demandes récurrentes, de veiller à la cohérence de cette mesure au regard des autres professions. Il paraît ainsi curieux que l'on ait accédé à la revendication des ergothérapeutes, pour lesquels une quatrième année d'études spécifique est en cours d'élaboration, alors même que l'on a refusé d'accorder ce bénéfice aux kinésithérapeutes, que l'on s'appête à intégrer contre leur gré en première année de premier cycle d'études médicales. Pourquoi tendre à distinguer encore davantage deux professions que tout rapprochait à l'origine ? Ces différences de traitement sans fondement apparent sont de nature à exacerber les ressentiments.

D - LE RATTACHEMENT DES ETUDES A L'UNIVERSITE

Sans être unanime, le souhait du rattachement des études à l'université reste largement formulé.

Deux motivations sont couramment exposées à l'appui de cette revendication : le rattachement à l'université permettrait aux élèves d'accéder à un véritable statut d'étudiant et de bénéficier à ce titre des avantages qui s'y rattachent (notamment en termes de bourses); il favoriserait par ailleurs la responsabilisation des élèves qui dénoncent le caractère par trop scolaire de la formation dispensée dans certaines écoles hospitalières. Un représentant du syndicat national des masseurs kinésithérapeutes salariés a très clairement illustré ce reproche au cours des auditions : *"ce système paraît inadapté pour la raison essentielle qu'il est fondé sur la reproduction d'un savoir-faire et non sur l'esprit de découverte et de recherche dans le sens d'une adaptation aux techniques médicales (...). Une méthode d'enseignement et une perspective différentes sont à trouver."*

(1) Cette remarque ne concerne pas les psychologues qui s'y rattachent d'ores et déjà.

Le mobile profond de cette revendication paraît cependant résulter de la volonté de reconnaissance de formations qui ne sont encore, dans le meilleur des cas, qu'homologuées au niveau III de l'enseignement technologique (1) : le rattachement à l'université emporterait *ipso facto* cette reconnaissance qui se traduirait par une reconnaissance statutaire et financière de ces professions.

Le rattachement pourrait comporter, aux yeux de votre mission, plus d'inconvénients que d'avantages :

- il réduirait inévitablement la symbiose entre l'enseignement et le lieu d'exercice des professions, dont les bienfaits ont été longuement soulignés en dépit de l'encadrement insuffisant des élèves-stagiaires à l'hôpital;

- il n'apporte aucune réponse aux difficultés de financement des écoles : le rattachement au budget de l'Education nationale ne paraît pas en mesure de favoriser la prise en compte de leurs besoins particuliers;

- enfin, et *a contrario*, l'exemple des personnels dont la formation est assurée par l'Education nationale ne plaide pas en faveur de ce transfert : les psychologues regrettent l'insuffisante articulation entre l'université et l'hôpital et revendiquent un accroissement substantiel des stages effectués en milieu hospitalier ; les auxiliaires de puériculture, formées par l'Education nationale se sentent mal intégrées à l'hôpital qui recrute plus facilement des aides-soignantes formées en milieu hospitalier, même pour occuper des fonctions auprès d'enfants malades qui leur seraient normalement dévolues

(1) Le niveau III de l'enseignement technologique correspond aux termes de la nomenclature interministérielle fixée par la circulaire du 11 juillet 1967, au personnel occupant des emplois exigeant normalement une formation du niveau du BTS, du DUT ou de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur.

E - UN ACCROISSEMENT SUBSTANTIEL DE LA FORMATION PERMANENTE

L'insuffisance des actions de formation continue est unanimement déplorée. Celle-ci résulte à la fois de la faiblesse relative des crédits affectés à cet objectif et des mauvaises conditions qui entourent généralement leur mise en oeuvre.

Le recensement des besoins de formation continue suscités par l'évolution des techniques médicales et l'allongement de la durée de vie professionnelle justifierait un accroissement substantiel du budget consacré à ces actions : celui-ci s'établit en moyenne à 1% de la masse salariale ; la couverture des besoins supposerait que cette enveloppe soit portée à environ 5% de la masse salariale.

Les conditions matérielles qui président à la formation permanente des personnels non médecins méritent d'être sensiblement améliorées afin d'encourager ces derniers à bénéficier de ces actions. Plusieurs suggestions ont été émises au cours des auditions :

- les congés de formation devraient faire l'objet d'un remplacement systématique afin de concilier les intérêts du service et la qualification ou le recyclage des personnels ;

- l'efficacité des actions de formation serait considérablement renforcée par l'établissement de plans de formation par équipe, la formation étant alors dispensée, soit conjointement à l'ensemble des personnes intéressées sur les lieux du travail, soit successivement aux différents bénéficiaires ;

- une amélioration des conditions de prise en charge de la formation professionnelle devrait s'imposer. La généralisation des contrats prévoyant la rémunération de l'intéressé par l'hôpital au cours de sa formation et scellant un "engagement de servir" du bénéficiaire durant cinq années à l'issue de celle-ci constituerait une réponse aux besoins exprimés. Il conviendrait en outre d'assurer la comptabilisation systématique des annuités de formation dans le calcul des droits à la retraite du bénéficiaire.

DEUXIEME PARTIE : LE STATUT ET LA DEFINITION DES MISSIONS DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS

Alors qu'ils n'ont joué que parmi d'autres thèmes, semble-t-il, au cours des conflits de l'automne, les statuts des personnels ont fait l'objet de très abondants commentaires et de multiples observations des interlocuteurs de la mission au cours de ses auditions et lors de ses déplacements.

Aussi, la mission s'est attachée à l'étude de ces statuts ainsi qu'à celle des textes régissant les compétences des personnels qui leur sont liés

L'ensemble des personnels soignants non médecins étudiés par la mission relèvent à la fois de textes définissant, au plan professionnel, leurs compétences et, au plan administratif ou salarial, leurs statuts.

- le statut proprement dit résulte, selon le cas, du statut de la fonction publique hospitalière, du statut de la fonction publique territoriale ou des conventions collectives définissant les conditions d'exercice des personnels des établissements privés.

A ces éléments, s'ajoutent les statuts particuliers des personnels de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale.

- la définition des missions des personnels résulte, pour sa part, de la loi, de décrets d'application ou "décrets de compétence" ou, dans certains cas, de la seule nature de la formation qu'ont suivie ces personnels.

*

* *

Dès l'origine, la mission a eu le sentiment que l'articulation du statut et des missions des personnels constituait une première difficulté participant, en première approche, du malaise des personnels présenté dans l'introduction du présent rapport.

En effet, à la suite de propos tenus au cours des auditions, il a semblé que les spécificités des missions des personnels soignants non-médecins s'accommodaient parfois difficilement du statut de la fonction publique, fut-il aménagé dans le cas de la fonction publique hospitalière et dans celui de la fonction publique territoriale, sinon même d'un statut d'ensemble. Ainsi l'organisation statutaire des hôpitaux contrarierait, pour certains, le plein épanouissement de la mission des personnels. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont indiqué que la profession, par sa nature, supposait certaines initiatives s'inscrivant parfois difficilement dans le cadre hiérarchique.

Ensuite, le principe même d'un statut est apparu à certains peu adapté à l'exercice de la profession. Des observateurs ont noté que les catégories de la fonction publique ne correspondaient que très imparfaitement aux professions et qu'il aurait mieux valu définir des métiers et des grilles de salaires, hors toute référence à ces catégories. A titre d'exemple, la mission a pu noter que l'application du statut du cadre B type aux différentes professions avait engendré des frustrations et qu'un statut spécifique, hors catégorie, aurait pu donner satisfaction.

Pour sa part, l'application du régime de la fonction publique au cas des personnels d'encadrement a suscité de sérieuses difficultés.

Lors de la refonte du statut des personnels infirmiers opérée par décret, le 30 novembre 1988, l'interprétation d'un usage de la fonction publique excluant traditionnellement plus de trois grades par corps, a entraîné la suppression du grade de surveillant-chef ; en effet, le nouveau statut n'inclut que trois grades : l'infirmière de classe normale, l'infirmière de classe supérieure, et l'infirmière surveillante des services médicaux ; c'est la seule ancienneté dans ce dernier grade qui permet l'exercice des fonctions de surveillant-chef.

En revanche, la définition des compétences en tant que telles n'a pas semblé susciter de difficultés particulières. On aurait pu en douter, dans la mesure où la définition des missions des personnels a joué un rôle dans le déclenchement du conflit de l'automne. C'est ainsi que les infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation comptaient parmi leurs revendications la redéfinition de leurs missions par rapport à celle des médecins.

On se reportera, à cet égard, aux propos d'un interlocuteur de la mission :

"Le même problème se pose pour les infirmiers aides-anesthésistes, qui effectuent des actes à caractère médical au lieu et place des médecins anesthésistes, sous la surveillance de ceux-ci, il est vrai. La frontière est extrêmement difficile à tracer pour de nombreuses raisons. D'abord, pour des raisons de formation, mais surtout pour des problèmes de "chasse-gardée". Les médecins anesthésistes défendent jalousement leur territoire depuis qu'ils ont une responsabilité personnelle en matière opératoire, conséquence de la fameuse "affaire Sarrazin" mais, pour autant, ils ne peuvent pas se passer d'un nombre important d'infirmières aides-anesthésistes, qui interviennent directement sur les malades.

Les mouvements de l'automne dernier sont d'ailleurs partis des infirmières anesthésistes, qui défendaient ce point de vue en disant : "nous avons une activité qui doit être redéfinie par rapport à celle des médecins. Ou nous faisons des actes médicaux et il faut les prendre en compte, ou nous nous en tenons aux statuts et nous ne les faisons plus".

En outre, la mission a relevé à plusieurs reprises ce souci d'une redéfinition plus précise des missions de l'infirmière, que ce soit au cours de ses déplacements ou lors d'auditions conduites dans l'enceinte sénatoriale. Elle citera, à cet égard, les observations des représentants de l'Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat (ANFIIDE), celles du Syndicat national des infirmiers et surveillants anesthésistes et réanimateurs et celles de la coordination des infirmiers anesthésistes. Un même souci s'est retrouvé chez les aides-soignantes quant à la définition de leur mission par rapport à celles de l'infirmière.

Pour autant, sauf dans le cas des infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation, la mission n'a pas constaté que les "décrets de compétence" relevaient des questions prioritaires mises en avant par les personnels, à l'inverse de ce qu'elle a noté en matière de statuts.

Cependant, plusieurs représentants des personnels infirmiers entendus par la mission, ont souhaité l'affirmation du rôle propre de l'infirmière. Ensuite, la mission a noté le souhait de deux catégories qui, à des titres différents, et sur des points particuliers, proposaient la modification de la législation en vigueur pour mieux tenir compte, dans ce domaine, des conditions d'exercice de leur profession : les psychologues -qui, au demeurant, ne disposent pas d'un décret de compétence- et les pédicures podologues.

En revanche, il est apparu clairement que la recherche d'une reconnaissance de la profession en elle-même, était l'un des points de revendication les plus importants des mouvements de l'automne.

En outre, il a été constaté, au fil des auditions, que, s'ils se montraient soucieux de la définition de leurs compétences, les personnels s'estimaient dans l'ensemble satisfaits des grandes lignes des textes les définissant. Ainsi, un de leurs représentants a indiqué à la mission que *"les tâches assignées au personnel soignant étaient définies dans les textes de façon assez claire"*.

Ensuite, certains personnels ont fait remarquer que le plein épanouissement de leur mission pouvait être contrarié par l'autorité médicale, qu'elle soit celle du médecin ou celle du chef de service. Cette impression a été ressentie, aussi bien dans le cadre d'établissements publics que dans celui d'établissements privés. Un représentant des personnels, auditionné par la mission, a même estimé que : *"le mal-vivre qui s'est exprimé au cours des derniers mois tient pour une grande part aux relations entre l'infirmière et le corps médical"*.

D'un point de vue général, il a été noté, à plusieurs reprises, que le statut de l'infirmière paraissait irréductible aux catégories de la fonction publique sinon, semble-t-il aussi, à celles du secteur privé : selon les circonstances -on le voit à la lecture des décrets de compétence- l'infirmière exerce des missions de différents ordres lui conférant, suivant le moment, un statut de fait très différent : tantôt professionnel concourant à la conception des soins, tantôt personnel d'application, tantôt spécialiste, tantôt généraliste.

Autant de missions, à vrai dire peu conformes aux caractéristiques d'une quelconque catégorie de la fonction publique. Au demeurant, il est apparu que les personnels relevaient de statuts classiques alors que, dans le cadre de l'établissement, les médecins-hospitaliers disposent, pour leur part, d'un statut *sui generis*, défini par référence au statut de la fonction publique mais tenant compte des compétences, en matière de recrutement, mais aussi, et surtout, en matière de notation, d'avancement et de discipline.

Cependant, la mission a noté le fort attachement d'une part non négligeable des personnels au statut de la fonction publique et à sa grille.

Ensuite, s'agissant des personnels des établissements privés et privés à but non lucratif, dont le statut relève de conventions collectives reproduisant peu ou prou celui de la fonction publique, elle n'a pas noté de remise en cause d'ensemble du principe du statut, encore que certaines voix se soient élevées sur ce point.

Ainsi, la mission a recensé plusieurs thèmes de réflexion sur les compétences, les statuts et, plus généralement, la reconnaissance des professions.

La question des statuts a retenu, dans un premier temps, son attention.

I. LE STATUT DES PERSONNELS

A. LES PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.

Le statut des personnels de la fonction publique hospitalière se fonde sur les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (dit Titre IV du statut des fonctionnaires).

Ce texte est venu adapter les principes généraux de la fonction publique au cas particulier des personnels de l'hôpital public. Il reproduit cependant les grandes lignes du statut général des fonctionnaires de l'Etat défini par la loi du 13 juillet 1983 portant statut général des fonctionnaires (dit Titre premier du statut des fonctionnaires) et par la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat (dit Titre II du statut).

En parallèle, il introduit une innovation significative dans la mesure où les agents hospitaliers sont assimilés à des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales alors qu'ils relevaient auparavant d'un statut autonome défini par le livre IX du code de la santé publique.

En conséquence, les personnels de l'hôpital se trouvent encadrés par un statut dans lequel s'exerce leurs missions.

1. les grandes lignes du statut de la fonction publique hospitalière

Conformément au statut de la fonction publique d'Etat, la fonction publique hospitalière répond à quelques règles fondamentales.

Le statut prévoit, en premier lieu, le classement des fonctionnaires en corps. Cette règle figure à l'article 4 de la loi du 9 janvier à l'égard des fonctionnaires de l'hôpital : les corps groupent les fonctionnaires relevant d'un même statut et ayant vocation au même grade. Couramment admise dans la fonction publique, qui compte près d'un millier de corps, elle a pour conséquence que les fonctionnaires ne sont pas recrutés pour occuper un emploi déterminé : c'est seulement au fil de sa carrière que le fonctionnaire pourra accéder à certains emplois.

Les corps comprennent un ou plusieurs grades, lesquels se subdivisent à leur tour en échelons.

Le grade est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent. L'échelon, en revanche, n'est qu'un degré d'avancement intérieur au grade et sans effet sur l'emploi.

Ensuite, les corps sont répartis en quatre catégories classées dans l'ordre hiérarchique décroissant et désignées par les lettres A, B, C et D, qui font l'objet d'une définition réglementaire. Les catégories répondent, en principe, à la nature des tâches des fonctionnaires relevant de chaque catégorie. Ainsi la catégorie A correspond traditionnellement aux tâches de conception et de direction, la catégorie B aux tâches d'application et les catégories C et D aux tâches d'exécution.

Il est à noter que le droit de la fonction publique ouvre traditionnellement aux fonctionnaires la possibilité de changer de corps. Cependant, de tels changements sont subordonnés à des procédures de promotion interne.

L'avancement des fonctionnaires a normalement lieu dans le cadre du corps. Il consiste en un avancement de grade ou en un avancement d'échelon.

2. Les principaux problèmes liés à l'application du statut

La mission a recensé trois problèmes d'ordre général liés à l'application du statut de la fonction publique hospitalière aux différents personnels soignants non médecins.

a) La refonte des statuts particuliers

La récente mise en place du statut de la fonction publique hospitalière nécessite la refonte d'un ensemble de statuts touchant aux conditions d'exercice des personnels des établissements publics hospitaliers.

En effet, le cadre général du statut de la fonction publique hospitalière se double de statuts particuliers propres à chacune des professions s'exerçant à l'hôpital.

Or, la définition de ces statuts particuliers reste largement inachevée et, au demeurant, cette définition suscite, encore aujourd'hui, de sérieuses controverses.

En outre, alors qu'ils n'étaient que pour partie à l'origine des conflits de l'automne dernier, ces statuts, quant à leur mise en forme sur la base du protocole du 21 octobre 1988, sont venus entretenir par la suite l'inquiétude des personnels. La mission a observé, à de très nombreuses reprises, que ses interlocuteurs s'exprimaient davantage sur les statuts en cours d'élaboration que sur les premières revendications qu'ils avaient formulées à l'automne, démarche traduisant la profonde préoccupation des personnels à l'égard de textes nouveaux susceptibles de modifier durablement les conditions d'exercice de leur profession.

Sur la base du protocole, l'ensemble des textes définissant les statuts particuliers des personnels infirmiers a été publié au Journal officiel du 1er décembre 1988. On mentionnera particulièrement le décret du 30 novembre 1988 portant statut particulier des personnels infirmiers de la fonction publique

hospitalière et les textes définissant les éléments indiciaries lui étant liés . On mentionnera également le décret du même jour concernant les aides-soignants.

1° Le décret du 30 novembre 1988 portant statut des personnels infirmiers

Le décret du 30 novembre 1988 a été le premier des textes portant statuts particuliers des personnels soignants non médecins publiés en application du nouveau statut de la fonction publique hospitalière.

Il redéfinit un schéma général conforme au statut B type et crée quatre corps, consacrant ainsi l'éclatement des professions : le corps des infirmiers, le corps des infirmiers de salle d'opérations, le corps des infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation et le corps des puéricultrices. Il détermine, en outre, pour chaque corps une série de grades.

Le corps des infirmiers comprend trois grades : le grade d'infirmier de classe normale, le grade d'infirmier de classe supérieure et le grade d'infirmier surveillant des services médicaux. Il en va de même du corps des infirmiers de salle d'opération, du corps des infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation et du corps des puéricultrices, comprenant également trois grades de même nature. Chaque grade, dans les quatre cas, est divisé en échelons. Le grade d'infirmier-surveillant des services médicaux permet en outre l'exercice des fonctions de moniteur d'école.

L'avancement de grade dépend d'un tableau d'avancement et se voit contingenté à un pourcentage de l'effectif.

Le décret du 30 novembre s'efforce de définir les conditions d'un avancement linéaire. On notera, cependant, que la progression des traitements n'est guère incitative, ainsi que la mission a pu le noter au cours de ses auditions.

Les quatre corps du décret du 30 novembre 1988 relèvent de la catégorie B.

Enfin innovation vivement critiquée, on l'a rappelé-, le statut ne prévoit pas de grade de surveillant-chef : l'article 31 dispose

seulement que les surveillantes ayant dans leur grade trois années d'ancienneté peuvent exercer des fonctions de cette nature ; elles peuvent, en outre, exercer des fonctions d'enseignement dans les écoles de cadres.

2° Le décret du 30 novembre 1988 portant statut des aides-soignants

Le décret du 30 novembre portant statut des aides-soignants relève du même schéma d'ensemble. Toutefois, il ne crée qu'un seul corps : le corps des aides-soignants, qui comprend les aides-soignants, les aides médicaux psychologiques et les auxiliaires de puériculture.

Le décret prévoit que les aides-soignants constituent un corps de la catégorie C.

Le corps, divisé en classes et subdivisé en échelons, obéit aux règles d'avancement du droit commun.

b) Les statuts particuliers en cours d'élaboration

Les statuts des autres personnels soignants non médecins demeurent en cours d'élaboration. La mission s'est interrogée sur le contenu de ces différents projets et sur la nature des dispositions qu'ils comprenaient.

D'après les éléments que la mission a pu réunir, ces statuts devraient reproduire le schéma général retenu à l'égard des personnels infirmiers.

Le projet de statut des sages-femmes définit un corps des sages-femmes non classé dans la catégorie A comprenant trois grades et se propose de permettre une progression de carrière d'une nature différente de celle des personnels infirmiers.

Les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens font l'objet, pour leur part, d'un unique projet de décret relatif aux "personnels de rééducation". Cependant, chacune des professions constitue, dans ce cadre, un corps distinct, relevant du schéma traditionnel de division en grades et en échelons et reproduisant le statut dit de catégorie B type.

Ensuite, les personnels médico-techniques font l'objet d'un projet de statut, de nature comparable, regroupant le statut du

corps des laborantins et celui du corps des manipulateurs en électroradiologie.

Enfin, on relève un projet de statut des infirmières générales prévoyant un corps des infirmières générales, classé en catégorie A, et un corps des infirmières générales adjointes classé en catégorie B.

On note ensuite un projet de corps des directrices d'école et un second projet de corps des directrices d'école de cadres.

On se reportera ci-après à l'état actuel des statuts.

**Etat des statuts des personnels soignants non-médecins au 21 juin 1989
(Application de la loi du 9.1.1986)**

Professions	Intervenu	A venir	Corps	Grades
Sages-femmes		x	1	3
Infirmières générales		x	2	NC (d)
Infirmières	D. 30.11.88		4	3
Masseurs-kinésithérapeutes		x (a)	1	NC
Ergothérapeutes		x (a)	1	NC
Psychomotriciens		x (a)	1	NC
Orthophonistes		x (a)	1	NC
Orthoptistes		x (a)	1	NC
Pédicures-podologues		x (a)	1	NC
Diététiciens		x (a)	1	NC
Manipulateurs-radio		x (b)	1	NC
Laborantins		x (b)	1	NC
Aides-soignantes	D. 30.11.88		(c)	2
Auxiliaires de puériculture	D. 30.11.88		(c)	2
Directrices d'école		x	1	NC
Directrices d'école de cadres		x	1	NC
Psychologues		x	NC	NC

- (a) projet de décret commun aux "personnels de rééducation"
 (b) projet de décret commun aux "personnels médico-techniques"
 (c) Le décret prévoit trois grades : les aides-soignantes proprement dites, les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de puériculture.
 (d) Non Communiqué

Plusieurs difficultés ont résulté de la définition de ces statuts particuliers qui ont fait l'objet de nombreux commentaires des personnels entendus par la mission au cours de ses auditions et de ses entretiens dans les services.

En premier lieu, on relève les difficultés résultant de la suppression du grade de surveillante-chef, justifiée devant la mission par le ministre chargé de la santé, par l'interprétation stricte d'un usage de la fonction publique écartant, selon lui, la création de plus de trois grades au sein d'un même corps. Cependant, la mission a noté que cet usage n'avait aucun caractère impératif et que l'interprétation qui en avait été faite négligeait les préoccupations et le rôle des personnels d'encadrement.

Ensuite, la mission a relevé les observations formulées par les sages-femmes à l'occasion de la redéfinition de leurs statuts en cours d'élaboration. Celles-ci ont indiqué à la mission qu'elles proposaient deux grades supplémentaires : le grade de sage-femme d'unité et le grade de sage-femme coordinatrice. Ce dernier grade a été demandé pour les grands services, notamment ceux des C.H.U., comptant plusieurs sages-femmes surveillantes-chefs.

Enfin, les différentes catégories auditionnées par la mission ont exprimé des critiques sur le schéma statutaire d'ensemble retenu par les projets en cours d'élaboration.

c) Les limites de la réglementation statutaire

Enfin, la mission a dénombré une série de difficultés particulières liées à l'application du statut de la fonction publique hospitalière et à la définition des statuts particuliers. C'est ainsi qu'elle a pu observer que ceux-ci ne prenaient qu'imparfaitement en compte l'autonomie des établissements et l'effet de taille de ces établissements.

Ensuite, elle a noté que le statut limitait, par construction, les différentes procédures de promotion interne et les procédures de mobilité au sein de la fonction publique hospitalière. Ce dernier point a fait l'objet de plusieurs interventions au cours des auditions conduites par la mission.

B. LES SITUATIONS PARTICULIERES

L'exposé des statuts régissant les personnels soignants non médecins exerçant dans un cadre public serait incomplet si l'on ne mentionnait les statuts régissant les personnels de l'Assistance publique de Paris et ceux relevant de la fonction publique territoriale. Il convient d'ajouter également les personnels relevant d'un statut contractuel dont on dénombre plusieurs unités parmi les personnels soignants non-médecins ; ainsi, à titre d'exemple, une forte proportion d'orthophonistes opère au titre d'un contrat.

Les personnels de l'Assistance publique relèvent, en vertu de l'article 103 du statut de la fonction publique hospitalière, de décrets en Conseil d'Etat pris sur avis du Directeur général. Cependant, ce régime particulier n'a pas été retenu lors de la préparation du statut des personnels infirmiers, non plus qu'à l'occasion de la préparation des textes actuellement en cours d'élaboration. En effet, l'ensemble de ces textes s'applique indifféremment aux personnels des hôpitaux et à ceux de l'Assistance publique. On rappellera que ces derniers personnels, avant la loi du 9 janvier 1986, faisaient l'objet de textes statutaires déterminés par simple arrêté du Directeur général.

Enfin, si l'essentiel des personnels soignants non médecins relève depuis 1983 de la fonction publique hospitalière, certains d'entre eux continuent de relever du statut de la fonction publique territoriale. Ces personnels exercent principalement dans les dispensaires et dans les organismes chargés de la protection de la mère et de l'enfant. Ils sont au nombre d'environ 6.000 unités.

En leur qualité de personnel de la fonction publique territoriale, ces employés sont couverts par les dispositions de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, dite Titre III du statut général. Il est à noter qu'à ce titre, ces personnels restent partiellement dépendants du dispositif mis en place pour les fonctionnaires de l'Etat dans la mesure où l'article 88 de la loi du 26 janvier leur interdit des rémunérations supérieures à celles des personnels de l'Etat, à qualification et mode d'exercice comparables.

Les personnels exerçant à titre contractuel opèrent, pour leur part, dans le cadre déterminé par l'article 3 du Titre Premier du statut général des fonctionnaires adapté par l'article 9 du Titre IV portant statut général de la fonction publique hospitalière. On rappellera que l'article 3 prévoit que les postes permanents doivent être occupés par des personnels titulaires. L'article 9 apporte

à cette règle de base un correctif destiné à prendre en compte la technicité de certaines fonctions. Il prévoit ainsi que ces emplois permanents peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer les fonctions en cause ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.

On mentionnera enfin les infirmières générales qui exercent une compétence d'administration générale et de coordination des services, auprès des directeurs, et dont les missions font l'objet, à l'heure actuelle, d'un projet de réforme lié à l'élaboration du nouveau statut. Au demeurant, la mission a noté que ce projet suscitait les inquiétudes de ces personnels.

Les infirmières générales relèvent de la catégorie B.

C. LES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS PRIVES ET PRIVES A BUT NON LUCRATIF

Les personnels des établissements privés disposent d'un statut fixé par les conventions collectives. D'après les informations réunies par la mission, ce statut reproduit, en termes de progression de carrière et de hiérarchie, les grandes lignes du statut de la fonction publique. Ainsi, le principe des catégories est repris par ces conventions collectives.

D'un point de vue général, les personnels des établissements privés n'ont pas fait état de critiques à l'encontre des grandes lignes de leur statut. Cependant, ils ont fait observer -et la mission a noté avec beaucoup d'intérêt ce propos- que les perspectives de carrière offertes par le statut demeuraient limitées et que l'intérêt de l'exercice de la profession résidait, presque exclusivement, dans l'accomplissement des missions. Enfin, les personnels ont déploré n'avoir droit à la retraite qu'à 60 ans contre 55 dans le secteur public.

II. LA DEFINITION DES MISSIONS.

Qu'ils exercent dans le cadre public ou dans les établissements privés, les différents personnels soignants non médecins opèrent dans un cadre rigoureux, défini par la loi, codifié au code de la santé publique et par plusieurs décrets d'application dits "décrets de compétence" ou, lorsqu'ils ne disposent pas d'un tel décret, en fonction des éléments de leur formation.

Ce cadre est également applicable aux personnels exerçant à titre libéral. Toutefois, les professionnels qui ont fait l'objet de l'étude de la mission ne sont pas tous autorisés à exercer à ce titre.

La mission a rappelé plus haut que les personnels semblaient généralement satisfaits des différents décrets de compétence s'appliquant à leur profession. Ainsi, interrogés dans le cadre du questionnaire de la mission sur l'opportunité de modifier, le cas échéant, la définition de leur profession, ces personnels ont répondu par la négative en insistant, en revanche, sur le souci d'exercer leur compétence dans les strictes limites fixées par la loi ou le règlement.

La mission a par ailleurs noté que les professionnels qui ne disposent pas d'un tel décret focalisent leur attention sur ce point ; c'est le cas des psychologues qui ne peuvent bénéficier actuellement que de la loi protégeant leur titre, cette dernière n'ayant d'ailleurs fait l'objet d'aucune mesure d'application à ce jour.

A l'image des statuts, le cadre d'exercice des professionnels, quel que soit leur lieu d'exercice, fait l'objet d'une définition rigoureuse. Cette rigueur résulte cependant d'objectifs tout à fait distincts : elle a pour but d'assurer une définition précise des missions afin, d'une part, de protéger l'exercice de l'art et, d'autre part, de distinguer, au sein de l'équipe soignante, les différentes responsabilités.

Les différentes professions qui ont fait l'objet de l'étude de la mission exercent dans un cadre général de nature législative. Cependant trois cas sont à distinguer :

A. LES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes constituent une catégorie à part ; elles sont en effet les seuls soignants non médecins qui pratiquent des actes médicaux.

Cette compétence médicale leur est reconnue par le livre IV du code de la santé publique qui comporte une série de dispositions communes aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, figurant aux articles L 356 du code et suivants. Ainsi, à titre d'exemple, l'exercice illégal de la profession est sanctionné, comme l'exercice illégal des professions de médecin et de chirurgien-dentiste, par l'article L 372 du code.

L'article L 374 définit pour sa part les missions des sages-femmes : celles-ci comportent la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psycho-prophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-natals.

Enfin, les sages-femmes relèvent d'un code de déontologie défini par le décret du 30 septembre 1949.

B. LES INFIRMIERES

La définition des rôles des personnels infirmiers est déterminée par l'article L 473 du code de la santé publique.

Dans la définition des missions, la loi accorde une priorité au diplôme : l'infirmière doit répondre à une qualification technique élevée.

Ensuite elle agit sur seule prescription médicale ou en application de son rôle propre.

Enfin, elle participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

C'est le décret de compétence qui constitue néanmoins le fonds de référence de l'exercice de la profession d'infirmier. Ce décret énumère distinctement les fonctions que

l'infirmier exerce sur prescription médicale et le rôle propre qu'il remplit.

Le rôle propre de l'infirmier est défini aux articles 2 et 3 du décret (décret n° 84-689 du 17 juillet 1984). L'article 2 prévoit que le rôle propre de l'infirmier comprend les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne. L'article 3 définit les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité qui relèvent de ce rôle propre.

Ce cadre général englobe les infirmières en soins généraux mais aussi, les infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation (ISAR), les infirmières de salle d'opérations (ISO) et les puéricultrices, alors même qu'en ce qui concerne les ISAR et les ISO, les statuts opèrent une distinction. On observera cependant que le décret du 17 juillet prend en considération, en fonction du décret ultérieur du 30 août 1988, la spécificité des fonctions de l'infirmière spécialisée en anesthésie-réanimation et définit ainsi un champ de compétence propre à cette catégorie.

Pour leur part, les infirmiers psychiatriques relèvent, non d'un décret de compétence propre, mais des fonctions assignées aux établissements où ils exercent. Sur cette base, aux termes de l'article L. 477 du code de la santé publique, le décret du 17 juillet 1984 leur est applicable.

On remarquera que les textes de compétence -ce point est particulièrement net en ce qui concerne les personnels infirmiers- ont une influence sur les statuts. A l'évidence, le décret du 30 novembre 1988, qui a défini quatre corps d'infirmiers, a défini ces corps par référence à des compétences clairement identifiées. C'est le cas des quatre corps du décret : le corps des infirmiers, le corps des infirmiers de salles d'opération, le corps des infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation, le corps des puéricultrices.

Cependant, les compétences ne donnent pas nécessairement lieu à l'élaboration de statuts particuliers. Ainsi, des spécialités nettement individualisées n'ont pas suscité la formation de corps.

C. LES AUTRES CATEGORIES DE PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS

Cinq autres catégories de personnels soignants non médecins font l'objet d'un décret de compétence propre leur permettant d'exercer, sur prescription médicale, à l'hôpital ou à titre libéral. Ces différents personnels relèvent, en outre, d'un dispositif protégeant leur art et sanctionnant lourdement l'exercice illégal de leur profession.

- Les masseurs-kinésithérapeutes relèvent du décret n° 85-918 du 26 août 1985 définissant les caractères de la profession. On relèvera que l'article 9 du décret autorise le masseur-kinésithérapeute, en cas d'urgence et d'absence d'un médecin, à accomplir les gestes de secours nécessaires, jusqu'à l'intervention du médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit cependant être remis au médecin dès son intervention.

- Ensuite les orthophonistes et les orthoptistes relèvent respectivement de deux décrets du 24 août 1983 et du 23 novembre 1988, les pédicures-podologues d'un décret du 19 juin 1985 et les psychomotriciens d'un texte de même nature du 6 mai 1988.

On relèvera ensuite le décret du 17 juillet 1984 définissant les compétences des manipulateurs radio, celui du 26 juin 1967 relatif au diplôme d'Etat des professionnels des laboratoires d'analyse de biologie médicale et le décret du 3 avril 1980 relatif aux diététiciens pratiquant à l'hôpital.

Enfin, les ergothérapeutes exercent dans les conditions fixées par le décret du 21 novembre 1986, mais dans le seul cadre des établissements mentionnés par le décret.

Quant aux aides-soignantes et aux auxiliaires de puériculture, elles exercent en vertu d'un rôle propre et en collaboration avec les personnels infirmiers, en application de l'article 4 du décret de compétence de ces personnels, et sous leur responsabilité.

Le tableau ci-après résume les compétences des différentes catégories.

LES COMPETENCES DES DIFFERENTS PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS

Professions	Actes médicaux	Décret de compétence
Sages-femmes	Oui	Oui
Infirmières	Non	Oui
Infirmières anesthésistes	Non	Oui D. 30.08.88
Infirmières psychiatriques	Non	D. 17.07.84 par application de l'article L. 477 du code de la santé publique
Masseurs-kinésithérapeutes	Non	Oui
Ergothérapeutes	Non	Oui Exercice en établissement seulement
Psychomotriciens	Non	Oui
Orthophonistes	Non	Oui
Orthoptistes	Non	Oui
Pédicures podologues	Non	Oui
Diététiciens	Non	Définition des missions à l'hôpital, sinon protection du titre seulement
Manipulateurs radio	Non	Oui Exercice en établissement, normalement
Laborantins	Non	Définition des missions par référence au diplôme
Aides-soignants	Non	(1)
Auxiliaires de puériculture	Non	(1)
Psychologues	Non	Protection du titre + circulaire 24/5/85 (définition des missions à l'hôpital)

(1) D du 17 juillet 1984 - art. 3

D. L'APPLICATION DES DECRETS

Aucun des personnels soignants non médecins n'est autorisé par la loi à pratiquer d'actes médicaux, à l'exception, significative et traditionnelle, des sages-femmes.

Ce principe est absolu et exclut toute procédure de délégation. Néanmoins, il apparaît que les personnels infirmiers des salles d'opération et les personnels spécialisés en anesthésie-réanimation pratiquent fréquemment des actes de cette nature et qu'ainsi, pour parer au plus pressé, la loi semble ne pas être toujours respectée. Au demeurant, la mission a pu noter que les personnels étaient conscients de cette difficulté, puisque ceux-ci, soucieux de se conformer à la loi, demandent qu'il soit pris acte d'un tel état ou, qu'à tout le moins, de telles délégations fassent l'objet d'un texte écrit.

Ce point a fait l'objet d'abondants développements des représentants des infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation lors de leur audition par la mission d'information, le 21 février dernier. On citera quelques extraits de leurs interventions :

"L'infirmière anesthésiste a une lourde responsabilité. Elle opère une maintenance du matériel, notamment des respirateurs, qui sont très sophistiqués. Le médecin ne peut pas tout faire. Il s'appuie donc sur l'infirmière. Il ne faut pas que l'infirmière anesthésiste fasse n'importe quoi avec les respirateurs. Nous n'avons pas droit à l'erreur. Cela, nous le savons et nous l'acceptons. L'erreur, dans les minutes qui suivent, peut entraîner un accident et peut-être un décès."

"L'infirmière anesthésiste travaille sous la responsabilité du médecin anesthésiste. Mais on lui délègue des actes, et ceci est important."

On a rappelé plus haut que la définition des compétences, hors le cas particulier des infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation, n'avait pas donné lieu à des développements particuliers au cours des manifestations de l'automne dernier. Les personnels se sont plus spécialement attachés -on l'a vu- aux statuts et à la reconnaissance du corps infirmier en tant que tel. Au demeurant, plusieurs interlocuteurs de la mission ont fait observer que les mouvements de l'automne avaient permis une réelle prise de conscience de la direction, du corps médical et, plus généralement, de

l'opinion, quant à l'existence de ce corps infirmier, à ses difficultés, à ses compétences et à son statut.

Cependant, la mission a cru devoir noter que les textes de compétence semblaient parfois mal adaptés au cadre statutaire défini au titre du statut de la fonction publique hospitalière, à celui de la fonction publique territoriale sinon à celui des conventions collectives.

Il est apparu -on l'a noté- que cette contradiction semblait constituer l'une des causes du malaise des professions où qu'à tout le moins, elle avait joué un rôle à l'origine.

Par ailleurs, on doit s'interroger sur les effets de cette contradiction sur le développement du secteur libéral au détriment du secteur hospitalier.

De fait, il faut savoir que les compétences de nombreuses catégories ne peuvent s'analyser comme des actes de simple application que sont les actes relevant traditionnellement de la catégorie B type de la fonction publique : ainsi, à titre d'exemple, les sages-femmes et les infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation, du fait des caractères de leur exercice que l'on a rappelé plus haut.

III. LES CONDITIONS DE REPRÉSENTATION DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MÉDECINS

Les conditions de représentation des personnels soignants non médecins dépendent, à l'image de leur statut, de la double qualité des personnels.

Les personnels, en leur qualité de fonctionnaires ou de salariés, sont représentés, en premier lieu, au sein d'organismes nationaux ou hospitaliers, généralement par l'entremise d'organisations syndicales ; en leur qualité de personnel soignant, ces personnels, à l'exception des sages-femmes -elles pratiquent en effet des actes médicaux-, sont représentés au sein d'un Conseil supérieur des professions paramédicales. Les sages-femmes disposent en revanche d'un ordre professionnel et, pour celles qui exercent à l'hôpital, d'une représentation au sein de la commission médicale de

l'établissement. Dans le cadre du secteur privé, ce mode de représentation est laissé à la liberté des établissements.

A. LA REPRÉSENTATION DES PERSONNELS EN LEUR QUALITÉ DE FONCTIONNAIRES OU DE SALARIÉS

Les personnels soignants non médecins, en leur qualité de fonctionnaires, et plus spécialement de fonctionnaires titulaires, sont représentés dans le cadre de l'établissement et, en application du statut de la fonction publique hospitalière -traduction, sur ce point, du statut de la fonction publique-, au sein de trois collèges locaux ou nationaux.

1. Les organes d'établissement

a) Le conseil d'administration

Dans le cadre de l'établissement, les personnels sont représentés au sein du conseil d'administration, avec voix délibérative, par l'entremise de trois représentants des personnels sur seize membres, dans les hôpitaux généraux, et de cinq représentants sur vingt-cinq membres dans les hôpitaux universitaires.

Ces proportions résultent d'un décret du 2 mars 1989 modifiant le décret du 2 mai 1972 définissant les conditions de représentation des personnels au conseil d'administration.

Cependant, ce mode de représentation concerne l'ensemble des personnels et ne traite pas du cas particulier des personnels soignants non médecins. La mission d'information a pu noter que ce point suscitait de nombreuses critiques, dans la mesure où les personnels infirmiers représentent une proportion considérable des personnels de l'hôpital et souhaitent exprimer des revendications propres.

Ensuite, la représentation de l'ensemble des employés de l'hôpital au sein du conseil d'administration est assurée par l'intermédiaire des organisations syndicales. En effet, les

représentants du personnel figurant au conseil sont désignés par les syndicats jugés les plus représentatifs.

Par ailleurs, les personnels sont représentés au sein des comités techniques paritaires et des commissions administratives d'établissement prévus par le statut de la fonction publique hospitalière en application des principes généraux de la fonction publique.

b) Le comité technique paritaire

Les comités techniques paritaires sont prévus par l'article 23 du statut de la fonction publique hospitalière. Ils comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. L'article 24 du statut définit les compétences du comité.

Le comité est obligatoirement consulté sur les budgets, les comptes, les tableaux d'effectifs, l'organisation et le fonctionnement des départements et des services, les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leur incidence sur la situation du personnel, le plan directeur de l'établissement, les règles d'emploi des diverses catégories de personnels et la politique générale de formation du personnel.

Cependant, les personnels infirmiers ne sont pas représentés au sein de ce comité en tant que tels ; en effet, le comité groupe les délégués de l'ensemble du personnel de l'établissement.

En outre, à l'instar des délégués du personnel au conseil d'administration, ces délégués sont désignés par les organisations syndicales. Lorsqu'il n'existe aucune organisation de ce type dans l'établissement, les représentants du personnel sont élus.

c) La commission administrative paritaire

Les personnels soignants non médecins, en leur qualité de fonctionnaires, sont également représentés au sein des commissions administratives paritaires prévues par l'article 17 du statut de la fonction publique hospitalière. Cependant, là encore, les personnels ne sont pas représentés en tant que tels mais en tant qu'employés de l'hôpital.

L'article 17 prévoit l'institution par l'assemblée délibérante de chaque établissement hospitalier d'une ou plusieurs commissions administratives paritaires locales ayant compétence à l'égard des fonctionnaires relevant du statut de la fonction publique hospitalière.

Les commissions administratives paritaires interviennent, comme les comités techniques paritaires, à titre simplement consultatif. Cependant, alors que les comités techniques paritaires sont compétents à l'égard des problèmes d'ensemble de l'hôpital, les commissions administratives ne traitent que des questions individuelles, notamment en matière de recrutement, de notation, d'avancement, d'affectation, de discipline et, plus généralement, à l'égard de toutes les questions intéressant le personnel.

On notera enfin que, dans les hôpitaux où des départements ont été mis en place, les personnels sont associés à l'élaboration du règlement intérieur du département.

2. Les organes nationaux

Les personnels soignants non médecins sont également représentés au plan national, en leur qualité de fonctionnaires, au sein de deux collèges : le Conseil supérieur des hôpitaux et le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

a) Le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

Le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière est prévu par l'article 11 du statut. Il groupe des représentants des ministres compétents, ceux des assemblées délibérantes et des directeurs d'établissements, et en nombre égal au nombre total de ces deux premières catégories, des représentants des organisations syndicales représentatives des fonctionnaires des établissements hospitaliers. Ces représentants sont désignés par les associations syndicales.

Le conseil est saisi pour avis des projets de loi, des projets de décrets de portée générale relatifs à la situation des personnels des établissements, et des projets de statuts particuliers des corps et emplois. Il examine toute question relative à la fonction publique hospitalière dont il est saisi, soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres. Il formule, le cas échéant, des propositions. Au demeurant, les différents projets de statuts évoqués plus haut lui ont été soumis, ces derniers temps, en application de la loi, au conseil.

On relèvera qu'en vertu de l'article 15 du statut, les membres du Conseil supérieur sont présents au sein d'une commission mixte paritaire réunissant des membres du conseil, du Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat et du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, consultée à la demande du Gouvernement sur les projets de décrets fixant le statut particulier des corps relevant des différents statuts lorsque ces corps sont comparables ainsi que sur toutes les questions de caractère général intéressant les fonctionnaires de l'Etat, les fonctionnaires territoriaux et les fonctionnaires hospitaliers.

b) Le Conseil supérieur des hôpitaux

Le Conseil supérieur des hôpitaux, pour sa part, créé par le décret du 11 décembre 1958, est appelé à donner son avis sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement administratif, financier et médical des établissements. Les personnels sont représentés au sein du conseil supérieur à parité mais, comme dans les cas précédents, les personnels infirmiers ne sont pas présents en tant que tels au sein du conseil.

3. Appréciation critique

a) L'absence de collège de service

On relèvera qu'il n'existe pas, au niveau du service, de collège consultatif comparable aux collèges mentionnés plus haut, présents aux seuls échelons de l'établissement, du département ou de la Nation.

En outre, d'après les informations réunies par la mission, la compétence de ces différents organismes serait souvent plus théorique que réelle et s'effacerait parfois devant les priorités

définies au niveau du service, le chef de service étant détenteur, aux termes de la loi, de pouvoirs d'ordre intérieur.

De très nombreux interlocuteurs de la mission, tant au cours des auditions qu'elle a conduites qu'à l'occasion des déplacements qu'elle a effectués, ont critiqué les conditions de représentation des personnels au sein de ces différents collèges et l'absence de toute représentation des intéressés à l'échelon du service, voire à celui de l'équipe soignante.

b) La participation des syndicats

D'autre part, plusieurs interlocuteurs de la mission ont fait observer que la participation des syndicats aux régimes de représentation n'était pas toujours adaptée à la spécificité de professions fort peu syndiquées, le taux de syndicalisation de celles-ci s'établissant autour de 5 à 10 % des effectifs

Aussi, de très nombreux interlocuteurs de la mission ont proposé que les personnels soient représentés en tant que tels au sein des collèges. D'autre part, le mode de désignation des représentants des personnels devrait permettre la désignation directe de ces représentants.

c) Les techniques de représentation

Ensuite, la mission a constaté que les modes de représentation des personnels infirmiers, en leur qualité de fonctionnaires, n'étaient que modérément adaptés aux techniques modernes de communication et aux conceptions contemporaines d'association des personnels à la définition des conditions de travail.

On indiquera, dans la troisième partie du présent rapport, les différentes initiatives qui ont pu être prises dans certains établissements quant à la constitution de cercles de qualité ou à l'association du personnel, au moins à titre consultatif, à la définition des tâches.

Ensuite, il a semblé que les personnels, en raison de leur plan de charge, n'étaient pas toujours en mesure de participer à ces collèges. La Coordination nationale des infirmières anesthésistes indique ainsi, dans un document remis à la mission, qu' "il est très

difficile pour diverses raisons : fatigue, enfants à récupérer... de réunir ce personnel en dehors des heures de travail."

En revanche, il est apparu clairement que les conditions dans lesquelles les personnels sont représentés en leur qualité de fonctionnaires, répondent très imparfaitement à leurs souhaits.

d) La situation particulière du secteur privé

Dans le secteur privé, on observe des difficultés, moindres semble-t-il, mais de nature différente. Ce secteur associe son personnel aux décisions en application du droit commun de la participation ou selon des procédures informelles. Cependant, les mécanismes paritaires que l'on rencontre dans les établissements publics, ne sont pas nécessairement repris dans l'ensemble des établissements privés. Il demeure ensuite, d'après les éléments réunis par la mission, que les personnels infirmiers ne sont pas représentés de manière satisfaisante en leur qualité propre au sein de ces établissements privés.

D'un point de vue général, la mission a constaté qu'en dépit des multiples collèges où les personnels peuvent s'exprimer, au moins à titre consultatif, les conditions de représentation de ceux-ci étaient inadaptées. Il en va de même des conditions dans lesquelles ils sont associés à la décision, à l'étude et à la conception des tâches, sinon à la prise en compte des différents progrès technologiques -élément essentiel de l'évolution contemporaine des hôpitaux et des conditions de travail-

B. LA REPRÉSENTATION DES PERSONNELS EN LEUR QUALITÉ DE SOIGNANTS

Les personnels soignants non médecins, à l'exception des sages-femmes, en leur qualité de soignants, sont représentés au sein d'un Conseil supérieur des professions paramédicales.

Les sages-femmes disposent d'un ordre professionnel et d'une représentation de type médical au sein de l'hôpital.

1. Les sages-femmes

Les sages-femmes sont représentées à un double titre.

a) L'Ordre des sages-femmes

En premier lieu, elles relèvent d'un ordre professionnel des sages-femmes, défini par le code de la santé publique ; ensuite, elles siègent au sein des commissions médicales d'établissement avec voix consultative.

L'Ordre professionnel des sages-femmes est défini aux articles L. 444 et suivants du code de la santé publique. Il est administré par des conseils départementaux, prévus à l'article L. 446 du code de la santé publique, qui possèdent, en ce qui concerne la profession de sages-femmes, les mêmes attributions que le conseil départemental de l'ordre des médecins à l'égard des médecins, et par un conseil national. Toutefois, ce conseil n'est composé que pour une part, de représentants des sages-femmes : on remarque en effet, que le conseil ne comporte que cinq sages-femmes sur neuf membres ; quatre membres du conseil sont, au titre de l'article L. 449 du code, des docteurs en médecine spécialisés en obstétrique désignés par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

La mission d'information a pu noter l'attachement des sages-femmes à leur ordre professionnel. A l'inverse, elle a noté que celles-ci émettaient une série de critiques à l'égard de la composition des conseils ; c'est ainsi que plusieurs propositions ont été formulées quant à l'augmentation du nombre des sages-femmes au conseil ; parmi celles-ci, une proposition de loi d'origine sénatoriale et un avant-projet de loi préparé, depuis quelques semaines par le Gouvernement.

L'adhésion à l'Ordre est une obligation pour l'ensemble des sages-femmes. Cependant, l'Ordre n'a pas compétence, en principe, à l'égard des questions statutaires. Il se limite à l'examen des problèmes d'ordre professionnel.

Les sages-femmes sont d'autre part présentes au sein des commissions médicales d'établissement.

b) Les commissions médicales d'établissement

Ces commissions ont été créées par un décret du 6 décembre 1972. Elles ont un caractère consultatif et réunissent l'ensemble des personnels médicaux de l'hôpital ainsi que les infirmières générales. Cependant, parmi les personnels médicaux, les sages-femmes ne disposent, au sein du conseil, que d'une simple voix consultative.

Les représentants des sages-femmes ont critiqué cette situation au cours de leur entretien avec la mission, le 1er mars dernier, et ce, d'autant que les sages-femmes détenaient une voix délibérative dans le régime antérieur à la réforme de ces commissions intervenue en 1986 (décret n° 86-1179 du 7 novembre 1986).

2. Les autres personnels soignants non médecins

Les autres personnels soignants non médecins ne sont pas représentés au sein de la commission.

Cette lacune a donné lieu à une revendication plusieurs fois exprimée de ces personnels quant à la constitution d'une commission infirmière d'établissement qui serait, à titre permanent, la forme décentralisée de la commission nationale infirmières installée à titre provisoire par le ministre chargé de la santé à l'occasion des événements de l'automne dernier.

En revanche, ces personnels sont représentés au sein d'un Conseil supérieur des professions paramédicales. Ce Conseil, créé par un décret du 14 septembre 1973, peut être consulté par le ministre chargé de la santé sur les questions intéressant l'exercice des professions paramédicales et l'enseignement dispensé aux élèves.

Le Conseil comprend une commission permanente interprofessionnelle et des commissions spécialisées pour chaque profession réglementée

Enfin, on remarquera que les personnels soignants non médecins autres que les sages-femmes ne disposent pas d'ordre professionnel. Cependant, certaines catégories auditionnées par la mission ont revendiqué la création de tels ordres.

Le tableau ci-après résume les modes de représentation des personnels.

Les modes de représentation des personnels soignants non médecins

	Niveau national	Niveau départemental	Niveau établissement
En leur qualité de fonctionnaires	Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière Conseil supérieur des hôpitaux	Commission administrative paritaire départementale (le cas échéant)	Conseil d'administration (hôpitaux) Comité technique paritaire Commission administrative paritaire
En leur qualité de salariés			Conseil d'administration, le cas échéant (en application du droit de la participation)
En leur qualité de soignants	Sages-femmes : Ordre Autres personnels : Conseil supérieur des professions paramédicales	Sages-femmes : Ordre (Conseil départemental)	Sages-femmes + infirmière générale : Commission médicale consultative d'établissement (hôpitaux publics)

TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Il ressort de l'ensemble des auditions et des rencontres effectuées par la mission, que la détérioration des conditions de travail constitue l'une des causes essentielles du malaise ressenti par les personnels soignants.

S'il fallait résumer cette impression, on pourrait parler d'un décalage croissant entre les moyens matériels et humains mis à la disposition de l'hôpital et les missions, toujours plus nombreuses et plus complexes, qu'il doit accomplir. Ainsi, la quasi totalité du personnel estime qu'il lui est de plus en plus difficile d'exercer son métier.

Cette profonde insatisfaction se cristallise autour de deux thèmes :

. le niveau des effectifs, qui ne permettrait pas de répondre à l'augmentation de l'activité hospitalière et d'assurer le fonctionnement correct des services,

. la participation et la communication, au sein de l'hôpital comme de l'équipe soignante, dont l'insuffisance prive les personnels de la reconnaissance et de la valorisation indispensables à leur motivation. L'intégration à l'équipe de soins et la participation à la prise de décision tant médicale qu'administrative apparaissent comme des revendications au moins aussi fortes que la revalorisation salariale.

La masse d'informations et de témoignages recueillis par la mission lui a permis de mieux cerner la réalité hospitalière. Mais celle-ci est par nature extrêmement diverse. Les situations les plus variables peuvent se rencontrer, selon la taille et la localisation des établissements ou selon la nature et l'activité du service. A cela s'ajoute le poids des facteurs humains qui déterminent pour une large part la vie quotidienne des personnels soignants.

En raison même de cette diversité, personne ne peut prétendre dresser un tableau totalement objectif des conditions de travail à l'hôpital. Il est en revanche nécessaire d'établir l'inventaire des dysfonctionnements constatés et des principaux problèmes rencontrés par les différentes catégories de personnels soignants. C'est le but que s'est assigné la mission.

Il paraît essentiel de rappeler les spécificités des conditions de travail en milieu hospitalier, avant de voir comment elles se sont altérées sous l'effet des deux facteurs majeurs évoqués : le niveau des effectifs, la participation et la communication au sein de l'hôpital.

I. LA SPECIFICITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL A L'HOPITAL

L'indispensable continuité des soins conduit les établissements publics comme privés à mettre en place une organisation du travail particulière. C'est dans ce cadre, parfois inadapté, que les personnels soignants accomplissent un travail difficile et contraignant.

A. LA REGLEMENTATION DU TRAVAIL À L'HOPITAL

Pour juger des conditions de vie du personnel soignant, il faut d'abord connaître l'organisation des journées de travail, des gardes et des congés.

 adaptée

1. La durée du travail : une réglementation

En matière de durée de travail, on constate un décalage fréquent entre les textes et la pratique.

Que prévoit la réglementation ?

Pour les hôpitaux publics, elle s'avère relativement rigide. La durée hebdomadaire du travail est fixée à 39 heures. Au-delà, il s'agit d'heures supplémentaires, dans la limite de 20 heures par agent et par mois. Ces heures supplémentaires sont rémunérées ou, le plus souvent, récupérées, afin de rester dans les limites du budget global, quitte à diminuer le niveau des effectifs en service. Les personnels doivent bénéficier de 4 jours de repos, dont 2 consécutifs, sur une période de 2 semaines. Enfin, la durée quotidienne maximale de travail ne peut excéder 9 heures pour l'équipe de jour et 10 heures pour l'équipe de nuit.

Dans les établissements privés, la réglementation est incontestablement plus souple. La durée de travail se calcule sur une période de 2 semaines pour 78 heures. Il faut noter qu'à la différence de ce qui existe pour les hôpitaux publics, le code du travail, applicable dans les établissements privés, prévoit un repos compensateur, qui s'ajoute à la majoration de rémunération pour les heures supplémentaires. La durée quotidienne maximale est normalement de 10 heures mais il est possible d'y déroger par accord d'entreprise ou après autorisation de l'inspecteur du travail. Enfin, les établissements privés peuvent appliquer la loi de 1987 sur l'aménagement du temps de travail et recourir au travail par cycles et à la modulation des horaires.

Qu'en est-il dans la pratique ?

Pour les besoins du service, les établissements s'écartent souvent des textes. Qu'il s'agisse de la durée hebdomadaire, de la

durée journalière ou du contingent d'heures supplémentaires, les limites réglementaires sont fréquemment dépassées.

L'exemple le plus flagrant concerne les sages-femmes qui, dans certains établissements, effectuent des gardes de 24 heures.

De nombreux services, comme ceux de réanimation, sont organisés en deux équipes de 12 heures. La mission a pu constater que cette pratique, contraire aux textes, pouvait fonctionner à l'entière satisfaction des intéressés et avec l'accord du comité technique paritaire. Bien que le travail de nuit soit alors plus pénible, les personnels soignants y trouvent un intérêt, au niveau de l'organisation de leur vie personnelle mais aussi sur le plan professionnel : le travail sur 12 heures permet une présence continue plus longue auprès du malade et réduit le nombre des transmissions de consignes. Pour l'administration, le fonctionnement en deux équipes est plus économe en personnel.

Néanmoins, l'organisation en trois équipes -jour, garde et veille- reste la règle.

Les aspirations du personnel et le souhait des gestionnaires d'ajuster les horaires à la charge de travail sont parfois difficilement conciliables. Ainsi, la durée des chevauchements d'équipes ne correspond pas toujours aux besoins du service. Généralement bref le matin, le chevauchement est plus long entre l'équipe de jour et l'équipe de garde, à une heure de moindre intensité des soins.

Ainsi, il n'est pas toujours possible d'ajuster l'organisation des horaires à la variation de la charge de travail au cours de la journée. Mais il est certain que l'aménagement du temps de travail à l'hôpital est une nécessité. Là où il se met en place, c'est en dehors des dispositions réglementaires, ce qui prouve leur inadaptation.

2. Le poids des sujétions particulières

La spécificité du travail hospitalier est marquée par l'existence de sujétions particulières qui pèsent lourdement sur les conditions de vie des personnels soignants.

En matière de permanences ou d'astreintes à domicile, chaque établissement s'organise en plus ou moins grande conformité avec la réglementation ou les conventions collectives. Certaines situations anormales peuvent être relevées, par exemple lorsque l'agent ne bénéficie d'aucune récupération horaire et doit reprendre son poste de travail le matin après s'être rendu à plusieurs reprises à l'hôpital au cours de la nuit.

Le travail le dimanche et les jours fériés constitue aussi une contrainte pour les personnels soignants et perturbe leur vie familiale. Les conventions collectives du secteur privé ont prévu l'attribution d'un dimanche toutes les deux ou toutes les trois semaines. Ce n'est pas le cas à l'hôpital public.

Enfin, dernière contrainte, et ce n'est pas la moindre : le travail de nuit. Il est à la source de nombreuses difficultés. Signalons simplement qu'il constitue une notable spécificité du travail hospitalier.

Tout d'abord, même si le travail de nuit est en général moins intense que le travail de jour, il se révèle plus coûteux en terme de charge physiologique et psychologique. Les études de médecine du travail décèlent des pathologies liées au travail de nuit.

La deuxième particularité tient à l'absence de roulement entre équipes de jour et équipes de nuit dans bon nombre de services. Il s'avère que ce roulement, souhaitable à bien des égards, est difficile à mettre en place, notamment parce qu'il complique l'organisation de la vie familiale des personnels soignants. Très souvent, l'équipe de nuit se compose de personnels travaillant exclusivement la nuit. Certains d'entre eux sont volontaires, car ils y

trouvent un avantage sur le plan personnel. D'autres sont envoyés d'office en équipe de nuit, en général en début de carrière. Ainsi une fraction non négligeable du personnel (plus de 11 % à l'Assistance publique) ne connaît l'hôpital qu'à travers le travail de nuit.

La mission a eu le sentiment que ces contraintes inhérentes au travail hospitalier étaient de moins en moins acceptées par les personnels soignants et particulièrement par les jeunes générations. L'aspiration à des conditions de vie plus normales est d'autant plus forte que les avantages destinés à compenser ces sujétions paraissent dérisoires.

3. Le développement des avantages sociaux : des effets pervers

Au cours des dernières années, les personnels hospitaliers ont bénéficié d'avantages sociaux en matière de durée du travail.

Ainsi, aux congés annuels viennent s'ajouter des congés supplémentaires : congés pour événements familiaux, congés pour enfant malade, fixés à 6 jours (12 jours pour un couple). La création du titre IV du statut de la fonction publique a étendu aux personnels hospitaliers les congés bonifiés accordés aux fonctionnaires originaires de l'outre-mer. Ce congé supplémentaire d'un mois, institué tout récemment, n'a pas manqué de créer quelques difficultés, notamment à l'Assistance publique de Paris. En effet, il semblerait que le remplacement des agents en congés bonifiés ait été prévu pour certaines périodes de l'année seulement.

Ces avantages acquis en matière de durée du travail, qui n'ont rien d'exorbitant au regard des pratiques de la fonction publique, influent cependant de manière négative sur le niveau des effectifs et la situation des personnels, car ils ont été mis en place sans contrepartie.

Par ailleurs, ils demeurent subordonnés aux nécessités du service. Il est évident que d'importants problèmes se posent quand arrivent les congés d'été, les personnels de remplacement.

ne pouvant à eux seuls compenser l'absence du personnel permanent. L'organisation des congés dans le service devient alors problématique et ne peut donner satisfaction aux souhaits de chacun.

B. LA REALITÉ DU TRAVAIL HOSPITALIER

Au-delà du cadre légal, réglementaire ou conventionnel du travail hospitalier, deux facteurs doivent être pris en compte : l'évolution du contenu même du travail, qui a été particulièrement rapide au cours des dernières années, et la nature du personnel soignant, en majorité féminin.

1. Le travail hospitalier : des métiers en mutation

Il a été frappant de constater, au cours des auditions et des rencontres, combien les personnels soignants ressentent la mutation de leurs métiers. Entre le travail hospitalier de 1989 et celui d'il y a 20 ou 30 ans, il existe un fossé qui se creuse à vitesse accélérée.

Tout d'abord, l'hospitalisation se transforme : le nombre de journées d'hospitalisation diminue chaque année alors que les admissions augmentent. Ainsi, le nombre de malades s'accroît mais leur durée moyenne de séjour diminue. Tous les personnels soignants insistent sur la rotation plus rapide des malades, qui implique une plus grande intensité des soins. Ainsi, l'Assistance publique constate que le temps de travail consacré à chaque malade par 24 heures augmente d'années en années : 3 h 10 en 1972, près de 4 heures en 1982.

Deuxième caractéristique : le traitement de pathologies plus aiguës et plus complexes. Le malade et sa famille se montrent plus exigeants. Le personnel soignant doit s'adapter : acquérir une spécialisation pour maîtriser des techniques nouvelles de soins et de surveillance, mais aussi répondre à l'attente de malades toujours plus lourds qui requièrent une écoute et un soutien psychologique plus important.

Troisième aspect : la formidable évolution des technologies médicales et l'apparition d'appareils plus perfectionnés. Loin de se substituer aux anciens matériels ou aux anciennes méthodes, les innovations s'y surajoutent. Elles ne diminuent pas la charge de travail du personnel mais en transforment le contenu. Comme le disent les gestionnaires, le nombre de soins a généré une nouvelle demande. Ainsi, l'arrivée d'un appareillage de résonance magnétique nucléaire complètera les scanners en partie qualitativement, mais aussi quantitativement : elle permettra d'utiliser le scanner pour des examens que l'on n'effectuait pas jusqu'à présent. Le même constat peut être réalisé dans les laboratoires de biochimie. L'existence d'appareils permettant d'effectuer automatiquement un ensemble d'opérations auparavant manuelles conduit les utilisateurs à multiplier les demandes. Pour les personnels, la conséquence est double : la nécessité d'une plus grande compétence technique pour effectuer les examens les plus spécialisés, l'obligation d'assurer un travail plus important en ce qui concerne les actes de routine.

Enfin, les formes nouvelles d'hospitalisation -hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile- et le développement des services de consultation génèrent des besoins nouveaux sans soulager pour autant les services traditionnels.

Cette évolution qui se poursuit à un rythme extrêmement rapide, et dans un contexte de stagnation des effectifs, transforme le contenu concret du travail du personnel soignant.

Pour compléter une approche qui se limiterait à la nature et au nombre d'actes effectués par le personnel soignant, la mission souhaite également évoquer la répercussion de la charge de travail sur la santé physique et psychique des agents.

Lors de l'audition de Mme le Docteur Estryn-Behar, la mission a pu prendre connaissance d'une enquête effectuée entre 1986 et 1988 à l'Assistance publique de Paris et dont les résultats sont particulièrement éclairants :

- la charge physique des soignantes de l'Assistance publique peut être illustrée par les chiffres suivants : près de 85 % d'entre elles restent debout plus de 4 heures par jour, plus de 90 % sont concernées par la manutention lourde, le nombre de déplacements effectués pendant le travail peut atteindre 280, la distance parcourue peut atteindre 17 km par jour pour une infirmière et 24 km pour une aide-soignante ! Les déplacements représentent plus de 9 km en moyenne pour une aide-soignante soit 2 h 30 de salaire versé seulement pour de la marche.

- on constate chez ces personnels de fréquentes dorsalgies, lombalgies et pathologies ostéo-articulaires ;

- le contexte psychologique difficile de certains services entraîne également une tension nerveuse importante, voire des troubles du sommeil ou des pathologies mentales.

Ces éléments, qui démontrent l'utilité de la médecine du travail à l'hôpital, doivent nécessairement être pris en compte pour comprendre comment les personnels soignants vivent leur travail quotidien.

2. Un personnel en majorité féminin

La prépondérance des femmes parmi le personnel soignant compte pour beaucoup dans la façon dont sont ressenties les conditions de travail.

Les hôpitaux emploient environ 80 % de femmes. Pour les personnels soignants, le taux avoisine 90 % : 88 % pour les infirmiers spécialisés, 93 % pour les infirmières, 66 % pour les infirmiers psychiatriques, 89 % pour les aides-soignants. Dans les laboratoires et les services de radiologie, la proportion de femmes est également très forte.

La première conséquence se manifeste par la fréquence des congés de maternité. A l'Assistance publique, les congés de maternité et les grossesses pathologiques représentent plus du quart des absences au travail, soit en moyenne 4 jours et demi par agent.

C'est une contrainte de taille pour gérer le personnel et ajuster les effectifs.

Deuxième aspect : les exigences de plus en plus grandes que requiert le travail hospitalier, en terme de disponibilité et de charge de travail, augmentent les difficultés de concilier vie familiale et vie professionnelle.

Le problème se rencontre à de multiples niveaux, notamment en ce qui concerne les horaires de travail. Pour les gestionnaires, le blocage des créations de postes rend nécessaire le meilleur ajustement de l'effectif à la charge de travail. Pour le personnel soignant, les contraintes familiales demeurent fortes. Ainsi, la durée des temps de chevauchement paraît souvent inadaptée. Elle est réduite au minimum le matin car le personnel de nuit souhaite regagner rapidement son domicile avant le départ du conjoint, pour assurer la garde des enfants. Le personnel de jour ne peut quant à lui arriver plus tôt pour des raisons similaires. Le chevauchement se limite parfois à quelques minutes lorsque le personnel utilise avant de prendre le service de jour le quart d'heure accordé par l'Assistance publique pour conduire l'enfant à la crèche.

Pour des raisons évidentes d'organisation de son temps, le personnel est généralement réticent à la formule des "horaires coupés" qui permettent d'alléger l'effectif durant les heures creuses, et préfère la journée continue.

Enfin, la présence de femmes en grand nombre se traduit également par une forte aspiration au temps partiel. Depuis 1982, le temps partiel s'est beaucoup développé puisqu'il touche près de 10 % des effectifs des services médicaux et concerne quasi-exclusivement des femmes. La proportion de temps partiel est toutefois beaucoup plus forte chez les infirmières que chez les aides-soignantes ou les agents des services hospitaliers (ASH).

L'extension du temps partiel se heurte cependant à des obstacles nombreux. Elle rend plus délicate la gestion des effectifs et comporte le risque d'une moindre intégration des agents à l'équipe soignante. En outre, la transformation d'un temps plein en

temps partiel est rarement compensée par l'effectif équivalent au sein du service.

3. Une vie professionnelle brève

La vie professionnelle de l'infirmière se différencie fortement de celle des autres personnels soignants par sa brièveté. Le constat est moins net aujourd'hui qu'il y a une dizaine d'années. Mais la durée moyenne de carrière des infirmières, autour d'une dizaine d'années, reste relativement courte.

Plusieurs indicateurs confirment cette analyse : la forte majorité, au sein des personnels soignants, d'agents comptant moins de 15 ans d'ancienneté, le taux de démission ou de mise en disponibilité, beaucoup plus élevé pour les infirmières que pour les autres catégories.

Ce phénomène de fuite résulte essentiellement des difficultés à concilier travail et obligations familiales. Il signifie également qu'un grand nombre d'infirmières excluent d'accomplir une véritable carrière professionnelle au sein de l'hôpital, peut-être parce que la possibilité ne leur en est pas véritablement offerte.

La mission a toutefois constaté que beaucoup d'établissements enregistraient une augmentation de l'ancienneté moyenne de leurs agents.

L'apport d'un second salaire devient aujourd'hui nécessaire pour beaucoup de ménages, quand il ne s'agit pas pour l'infirmière d'élever seule ses enfants, et la "fuite" des infirmières n'atteint plus l'ampleur de ces dernières années. On constate même une volonté de certaines infirmières ayant interrompu leur activité de revenir à l'hôpital plusieurs années après.

Le phénomène de fuite était le signe des difficultés à vivre des infirmières. Il contribuait à maintenir dans les services un

effectif jeune et récemment formé. Si l'allongement de la vie professionnelle des infirmières se confirme, il entraînera des problèmes nouveaux et rendra plus que jamais nécessaires les actions de formation permanente.

II. LES EFFECTIFS : UN PROBLEME LANCINANT

L'insuffisance des effectifs est ressentie par les personnels soignants comme la cause majeure de la détérioration de leurs conditions de travail. Bien souvent, elle est citée comme le motif premier d'insatisfaction, avant toute considération d'ordre salarial.

Que ce soit lors des auditions ou au cours des rencontres avec les personnels sur leur lieu de travail, la mission a constaté que tous les personnels avaient, à un titre ou à un autre, été confrontés à des difficultés liées aux effectifs. Les témoignages abondent, tels celui de cet infirmier d'un service de chirurgie cardio-vasculaire qui expliquait : *"Je me retrouvais en fin de journée avec la responsabilité de quatre patients, environnés de drains, de capteurs et d'ordinateurs. Comment la sécurité peut-elle être respectée dans ces conditions ?"*. Ou encore cette infirmière de bloc opératoire chargée d'assurer seule les urgences pour un hôpital de 400 lits, que l'on appelait pour suppléer une absence dans un autre service et qui résumait ainsi la situation : *"Une infirmière est absente. On ne fait pas appel aux organismes qui existent pour la remplacer parce que cela coûte trop cher. Cependant, on demande au personnel disponible de s'occuper de deux unités. Pour assumer la charge d'une seconde unité située à l'opposé, au septième étage, j'aurais dû fermer un bloc opératoire, donc mettre en danger des malades. C'est inacceptable."* On pourrait ainsi multiplier les exemples de situations analogues, qui provoquent un profond malaise chez les soignants.

L'insuffisance des effectifs se répercute sur la charge de travail de chacun, mais aussi sur la qualité des soins, que certains personnels n'hésitent pas à juger menacée. Elle engendre également un grand nombre de frustrations : impossibilité de consacrer du temps à la présence auprès du malade ou de sa famille, impossibilité d'assister aux formations continues, impossibilité de valoriser ses compétences et son rôle propre,

obligation d'assumer des tâches relevant d'autres catégories de personnel.

Avec la mise en place du budget global et la sévérité accrue des taux directeurs, l'effort de maîtrise des coûts s'est porté en premier lieu sur les dépenses de personnel. Pour les hôpitaux publics, elles représentent, charges sociales incluses, environ 120 milliards de francs par an, soit les deux tiers des dépenses hospitalières.

Les pouvoirs publics ont délibérément choisi de faire face à l'augmentation et à la transformation de l'activité hospitalière en stabilisant le niveau global des effectifs. La mission a constaté les limites de plus en plus évidentes de cette politique, notamment en ce qui concerne les redéploiements d'effectifs.

A. L'ADEQUATION DES EFFECTIFS AUX BESOINS : COMMENT L'EVALUER ?

Evaluer l'adéquation des effectifs à la charge de travail des hôpitaux s'avère particulièrement délicat. Analyser l'évolution globale des moyens en personnel ne suffit pas, car c'est à l'échelle de l'établissement ou du service que l'on peut juger du niveau des effectifs. On s'aperçoit ainsi que si certains services réclament des créations de postes supplémentaires, d'autres pourraient fonctionner correctement à effectif constant, à condition que le remplacement du personnel absent soit assuré. L'absence au travail, dont certaines causes apparaissent structurelles et inhérentes à la composition du personnel soignant, est en effet un facteur important à prendre en compte. Quoiqu'il en soit, la mission a retenu de ses observations que le problème des effectifs se posait de manière quasi-générale dans les établissements hospitaliers.

1. Comment évoluent les effectifs de personnel soignant ?

Pour s'en tenir aux grandes lignes de l'évolution récente, rappelons que, depuis dix ans, et singulièrement depuis 1982,

l'augmentation du nombre des personnels soignants s'est fortement ralentie. Ce ralentissement affecte davantage les catégories les moins qualifiées, notamment les aides-soignants, que les infirmières, les personnels des services médico-techniques ou les autres professions paramédicales. Par ailleurs, si les effectifs ont continué à progresser après 1982, c'est uniquement en raison du développement du temps partiel, qui a plus que doublé sur la période. En revanche, les effectifs à temps plein stagnent, et ils ont même diminué en ce qui concerne les aides-soignants.

Le deuxième élément à souligner concerne les fortes disparités entre établissements ou entre services, ou encore entre les équipes d'un même service au cours de la journée.

Bien que ce critère ne soit pas entièrement satisfaisant, la densité du personnel, c'est-à-dire l'effectif rapporté au nombre de lits, permet de donner une idée de ces disparités.

Ainsi, les centres hospitaliers régionaux, quels que soient les services, semblent mieux dotés en personnel que les centres hospitaliers et les hôpitaux. Pour l'ensemble des disciplines chirurgicales, l'encadrement au lit du malade y serait même deux fois plus important que dans les autres hôpitaux. Il est vrai que la nature des pathologies et celle des soins ne sont pas comparables. Ce constat est parfois confirmé par les impressions de personnels soignants ayant exercé en CHR avant d'entrer dans un hôpital général : la différence se ressent sur la charge et les conditions de travail.

Au sein d'un établissement, le nombre d'agents par lits varie considérablement de service à service. Il est généralement plus important dans les services de maternité et de chirurgie que dans les services de médecine, de moyen ou de long séjour. De même, la composition de l'équipe de soins est très différente d'un cas à l'autre. La proportion d'infirmières augmente avec la taille de l'établissement, mais aussi avec la technicité du service. Dans les services de chirurgie, on compte à peu près autant d'infirmières que d'aides soignantes. En moyen ou en long séjour, les aides-soignantes sont plus nombreuses que les infirmières.

Ces quelques caractéristiques générales font apparaître une première conclusion : les besoins en personnel des services hospitaliers résultent de multiples facteurs, qui s'accordent mal avec une procédure uniforme et centralisée de détermination des effectifs. C'est en effet au niveau de chaque unité que les besoins en personnel peuvent être évalués avec la plus grande pertinence.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la politique budgétaire mise en oeuvre dans le secteur hospitalier engendre des restrictions d'effectifs très mal ressenties par les personnels.

Signalons enfin un phénomène illustrant parfaitement les contraintes imposées aux établissements : les postes "budgétés et non pourvus".

L'existence de "postes gelés" a été signalée à la mission par de nombreux interlocuteurs et vérifiée au cours des visites d'établissement. De quoi s'agit-il ?

Ces postes figurent à l'effectif budgétaire de l'établissement mais ne sont pas effectivement pourvus, afin de rester dans les limites du budget global. La direction joue sur les recrutements différés, les départs non remplacés, les mises à temps partiel non compensées ou encore les postes de formation (élèves aides-soignantes, actions de promotion professionnelle) non pourvus.

La mission n'est pas en mesure de quantifier l'importance de ces postes gelés. Une évaluation est cependant en cours au ministère des Affaires sociales, à partir de questionnaires adressés aux établissements. En tout état de cause, ce phénomène révèle les tensions qui règnent actuellement sur le niveau des effectifs.

2. Quel est le poids de l'absence au travail ?

On insiste souvent sur l'importance de l'absentéisme du personnel hospitalier, sa réduction devant résoudre du même coup le problème des effectifs. Qu'en est-il exactement ?

Tout d'abord, il n'existe aucune donnée générale sur l'absence au travail des personnels, les établissements n'adoptant pas tous une approche statistique identique.

Si l'on retient une source homogène, à savoir le dernier rapport sur l'absence au travail publié par l'Assistance publique de Paris, on peut signaler les éléments suivants :

. l'absence affecte davantage les personnels des services médicaux que les personnels administratifs ou ouvriers,

. pour les personnels hospitaliers (personnel des services médicaux) elle se montait à près de 22 jours par agent en 1987, soit un taux d'absence de 10 %,

. l'absence augmente en fonction de plusieurs facteurs : la situation familiale et le nombre d'enfants, le temps de trajet entre le domicile et l'hôpital, la moindre qualification professionnelle,

. les absences non médicales (congé familial, congé pour enfant malade, absence syndicale ...) ne représentent que 5 % des absences,

. les congés de maternité et les grossesses pathologiques représentent plus de 25 % des absences.

Sensiblement supérieur à ce que l'on constate dans d'autres secteurs de l'économie, le taux d'absentéisme à l'hôpital est-il anormalement élevé ?

Il semble que pour une très large part, il résulte de facteurs structurels : la forte prédominance d'un personnel jeune et féminin parmi les soignants entraîne automatiquement des congés de maternité plus nombreux. Dans les arrêts pour

maladie, il serait intéressant de connaître la part qui provient de la pénibilité du travail, qu'elle entraîne des pathologies particulières, notamment ostéo-articulaires, ou qu'elle provoque un état de fatigue plus général. Enfin, l'augmentation de la charge de travail et la difficulté à mener de front vie professionnelle et vie familiale se répercutent sur l'absence de personnel soignant.

La mission a également constaté l'existence d'un absentéisme par contagion : lorsque les absences non remplacées atteignent dans une équipe un niveau insupportable, certains agents trouvent dans l'absentéisme le moyen d'échapper à une situation devenue trop pénible.

3. L'ampleur des besoins non pourvus

La mission a acquis la conviction que les besoins en effectifs des établissements hospitaliers sont réels.

Il serait dangereux d'avancer une évaluation globale, car les situations sont très diverses. Dans certains cas, il apparaît que les problèmes ne se poseraient pas si le remplacement des congés de maternité était assuré. Dans d'autres, c'est la création de postes qui est réclamée. La plupart des interlocuteurs s'accordent cependant à dire que si l'effort doit porter prioritairement sur cette question, une augmentation globale et uniforme des effectifs n'est pas pour autant la solution la plus satisfaisante.

La mission a effectué plusieurs constats qui lui semblent incontestables.

Tout d'abord, le remplacement des personnels est très insuffisant, voire inexistant. Le problème se pose pour les congés de maternité, qui reviennent de façon prioritaire dans les soucis des personnels. Ils privent le service d'un individu pendant une longue période, notamment dans les cas de grossesses pathologiques, qui ne sont pas rares. Pour certains postes exposés, en radiologie par exemple, les femmes enceintes sont retirées de leur emploi dès le début de la grossesse. La féminisation des services rend en outre

fréquente la survenance de plusieurs grossesses sur une même période.

L'insuffisance des remplacements paraît également criante au moment de l'été, lorsqu'un grand nombre d'agents, particulièrement ceux qui sont chargés de famille, aspirent à prendre leurs congés annuels. Le mécontentement des personnels à l'automne dernier n'est sans doute pas sans lien avec les difficultés survenues au cours de l'été précédent. La mission a d'ailleurs enregistré leurs inquiétudes à l'approche de l'été 1989, les mensualités de remplacement accordées dans le cadre du protocole d'accord d'octobre 1988 étant loin de satisfaire les besoins.

Enfin, dernier aspect du problème, le non-remplacement bloque l'accès aux formations continues, pourtant indispensables à la bonne marche des services.

Un effort doit donc incontestablement être porté sur le remplacement des absences, l'octroi de 18.000 mensualités au mois d'octobre dernier ayant eu un impact tout à fait limité. Plusieurs interlocuteurs ont fait remarquer que cela représentait à peine un poste par hôpital. La répartition de ces mensualités n'a d'ailleurs pas donné satisfaction aux établissements.

Deuxième constat effectué par la mission : certains emplois ne sont pas pourvus en raison des difficultés de recrutement. Leur nombre reste certes très limité mais plusieurs cas ont été signalés. Il s'agit d'un signe très inquiétant car il reflète la détérioration des conditions de travail dans certaines unités qui, de ce fait, ne parviennent pas à conserver leur personnel et à attirer de nouveaux éléments. Par exemple, dans le service de chirurgie cardiovasculaire d'un centre hospitalo-universitaire, le poste de surveillante en réanimation reste vacant, faute de candidatures. Les personnels hésitent à entrer dans un service où la situation des effectifs est déjà tendue, où la charge de travail est forte et où la spécialisation va de pair avec l'augmentation du niveau de responsabilité. Faute d'amélioration du fonctionnement de ces services, l'hôpital sera confronté à une pénurie de certaines catégories de personnels. Une telle situation est très préoccupante en anesthésiologie, vu la place qu'occupe cette discipline dans l'activité chirurgicale de l'hôpital.

Le troisième constat concerne l'augmentation de la charge de travail due aux tâches administratives. Il existe une **criante insuffisance de secrétaires médicales** qui se répercute à tous les niveaux de l'activité des services, sur les surveillantes, les infirmières, les aides-soignantes ou les autres paramédicaux. Lorsque les secrétaires médicales ne sont pas en nombre suffisant pour assurer le travail de constitution, de classement et d'archivage des dossiers ou pour répondre au téléphone, les personnels soignants sont obligés d'y consacrer une partie de leur temps de travail et les pertes de temps se multiplient.

Enfin, dernier constat marquant : le sous-effectif est patent dans les services de long séjour et les services d'urgence.

En long séjour, la présence de malades très âgés et les conséquences de l'allongement de la durée de vie nécessitent un personnel important et qualifié. Qu'il s'agisse des soins ou de la présence auprès du malade, dont la nécessité apparaît ici plus qu'ailleurs, la charge de travail se révèle très lourde à assurer. Ces services ne sont d'ailleurs pas de ceux qui attirent les personnels soignants. Il paraît pourtant indispensable d'envisager un renforcement des effectifs dans ce secteur appelé à connaître une activité plus intense dans les prochaines années.

S'agissant des services d'urgence, le rapport présenté au mois d'avril dernier par le Professeur Steg au nom du Conseil économique et social a mis en évidence le manque de personnel paramédical, en partie imputable d'ailleurs à la sous-médicalisation de ces services. Le Professeur Steg déclarait en effet devant la mission : *"L'augmentation des effectifs est une nécessité incontestable. Il est inconcevable que l'activité des urgences puisse se satisfaire des effectifs actuels. Les insuffisances d'effectifs peuvent expliquer certaines défaillances"*. Il est nécessaire de créer de véritables services d'urgence dotés de personnels suffisants, permettant de faire face dans de bonnes conditions à l'accueil et à l'orientation des malades, mais aussi d'ouvrir aux agents l'accès aux formations indispensables à l'accomplissement de leurs missions.

Au-delà du constat dressé sur des points partiels, la mission voudrait souligner la nécessité d'affiner les critères qui sont généralement retenus pour évaluer le niveau des effectifs.

Quelle peut-être la signification du ratio agent/lit alors que le nombre de lits diminue, qu'il n'est pas absolument représentatif de l'activité de l'établissement et surtout que, d'un service à l'autre, le contenu du travail peut être radicalement différent ? L'inadéquation est flagrante dans les services de maternité où, comme le rappellent les sages-femmes, chaque lit se double d'un berceau.

En réalité, les critères généralement retenus ne tiennent pas compte du volume d'activité des services, de l'intensité des soins, de la présence que requièrent des malades atteints de pathologies aiguës et enfin de facteurs très variables et néanmoins très importants comme la configuration géographique des unités et les temps de déplacements qu'elle impose aux agents.

Faute d'évaluation de la réalité de la charge de travail, l'affectation des moyens en personnel est loin d'être transparente et suscite l'incompréhension ou l'insatisfaction des personnels.

B. LES REPONSES APORTEES AU PROBLEME DES EFFECTIFS : UN IMPACT LIMITE

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont privilégié le redéploiement des effectifs au détriment de la création de postes supplémentaires, mais cette politique n'a pas réglé, loin s'en faut, les difficultés rencontrées au sein des établissements.

1. Les redéploiements

Les réponses faites à la mission au sujet des redéploiements du personnel, tant par les personnels soignants que par les gestionnaires d'hôpitaux, sont parfaitement concordantes : que signifie le redéploiement lorsqu'il n'y a plus rien à redéployer ?

La simple évocation du redéploiement suscite de vives réactions de la part du personnel soignant. Pour reprendre les termes utilisés lors d'une audition, ceux-ci admettent difficilement que les pouvoirs publics *"demandent régulièrement de créer de nouvelles activités, de développer de nouvelles technologies médicales ou paramédicales, tout cela sur la base unique de redéploiement."*

La situation semble donc trop tendue pour compter sur tout redéploiement.

S'agissant du cas particulier de la psychiatrie, toutes les études officielles mettent en lumière le suréquipement des établissements hospitaliers et prônent le redéploiement des personnels. Mais la mise en place de la sectorisation et l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur les activités extra-hospitalières ont entraîné des besoins nouveaux. En effet, le travail de secteur, de par sa dispersion géographique, requiert plus de temps que le travail en établissement. Les personnels soignants se sont trouvés de ce fait davantage sollicités.

Par ailleurs, la monovalence du diplôme d'infirmière psychiatrique interdit tout redéploiement en direction des hôpitaux non spécialisés. Les infirmiers psychiatriques ne pouvant être assimilés aux infirmiers diplômés d'Etat, leur reclassement s'opérerait dans la catégorie des aides-soignants.

Dans ces conditions, le redéploiement des personnels des établissements psychiatriques ne peut se réaliser.

2. La mobilité de service à service

Il a semblé à la mission que la mobilité de service à service était très mal vécue par les personnels soignants, surtout lorsqu'elle s'exerce au coup par coup. Elle est alors ressentie comme une déqualification. La même réticence apparaît au sujet de l'idée voisine de polyvalence des personnels, synonyme pour beaucoup de dévalorisation des tâches.

La mobilité introduirait cependant une certaine souplesse dans la gestion des moyens en personnel des hôpitaux et répondrait, dans bien des cas, aux problèmes temporaires de sous-effectif.

Il semble donc tout d'abord que la mobilité et la polyvalence ne puissent être envisagées qu'assorties d'une réelle formation. Cette formation garantirait le niveau professionnel de l'agent dans son nouveau service. Elle devrait également entraîner une véritable valorisation de sa fonction.

La deuxième observation de la mission concerne les possibilités de mobilité restreinte, entre services aux activités connexes. Certains établissements la pratiquent déjà, de manière plus ou moins formelle. Dans d'autres, il semble que les personnels n'y soient pas hostiles à condition que cette mobilité soit limitée. La mission tient à souligner l'intérêt de ce type d'expériences qui permettent de décroisser les services, les personnels pouvant alors s'épauler dans de bonnes conditions.

Bien que cela dépasse les limites de son champ d'investigation, la mission tient également à souligner l'intérêt que peut présenter le regroupement de services et la mise en commun de certains moyens, idée à la base de la départementalisation, à condition toutefois que ce regroupement s'effectue à partir du volontariat et selon une approche très pragmatique de la situation de chaque établissement.

3. Les "pools" de remplacement

L'institution de "pools" de remplacement a souvent été évoquée comme l'un des moyens de répondre au manque temporaire de personnel et a été préconisée par le ministère de la santé sous l'appellation de service infirmier de compensation et de surveillance (SICS).

La mission a effectué les constatations suivantes.

Tout d'abord, cette équipe de remplacement n'existe pas dans tous les établissements, soit qu'elle n'ait jamais été instaurée, soit qu'elle ait été peu à peu absorbée par les services. La tendance naturelle des services est en effet de chercher à conserver en leur sein le personnel fourni à titre temporaire afin de répondre à un besoin permanent.

La deuxième observation concerne la formation des personnels appelés à faire partie de cette équipe de remplacement. Contrairement à ce qui serait souhaitable, elle ne les prépare pas aux tâches très diverses qui les attendent dans les services où ils seront envoyés. Il est à cet égard surprenant que de jeunes infirmières à peine sorties d'école soient directement affectées à l'équipe de remplacement. Dans beaucoup d'unités de soins, les chefs de service ou les personnels soignants se plaignent de l'incompétence de l'agent de remplacement, qui n'est pas en mesure de jouer son rôle faute de formation adéquate.

Si une telle situation se rencontre, c'est qu'il est difficile d'attirer dans une équipe de remplacement des personnels expérimentés et qualifiés. Comme il a été possible de le constater dans un hôpital, les infirmières souhaitent pouvoir faire appel à l'équipe de remplacement mais reconnaissent qu'aucune d'entre elles n'accepterait d'en faire partie.

Ainsi, compte tenu de l'importance du rôle que peut être amené à jouer l'équipe de remplacement, il serait nécessaire

d'envisager, au niveau de chaque établissement, des mesures incitatives propres à y attirer des personnels de bon niveau.

A cet égard, il ne faut pas écarter l'idée de "pools" de remplacement restreints par exemple pour la chirurgie et les spécialités chirurgicales, la médecine et les spécialités médicales, la maternité et la pédiatrie. La relative spécialisation des éléments composant le pool est bien entendu de nature à renforcer leur efficacité.

Pour conclure cette approche du problème des effectifs, la mission souhaite indiquer que les solutions apportées ne peuvent être que diversifiées et adaptées aux besoins évalués sur le terrain. Un renforcement de l'autonomie des établissements, en termes budgétaires ou de gestion du personnel, apparaît sur ce point indispensable.

III. LA PARTICIPATION ET LA MOTIVATION DES PERSONNELS SOIGNANTS

La mission a rencontré chez la grande majorité des personnels soignants un très fort attachement à leur profession, sous l'angle de la compétence technique mais surtout dans sa dimension humaine. Toutefois, elle a décelé des signes inquiétants de démotivation, voire de découragement, dont les mouvements sociaux de l'automne 1988 n'ont pas montré toute l'ampleur.

Il s'agit d'une question fondamentale pour l'évolution future de l'hospitalisation. Une infirmière auditionnée par la mission résumait parfaitement les données de la situation : *"Ce qui contribue à forger une identité professionnelle, c'est la motivation, le projet, la satisfaction au travail. Si la motivation s'émousse, si l'inertie du service ou de l'environnement empêche tout projet, si les conditions de travail font que l'on n'est pas satisfait de son métier, alors il peut y avoir désintéressement, avec les conséquences que l'on imagine lorsqu'il s'agit de personnels de soins."*

Le renforcement de la cohésion et de l'efficacité de l'équipe de soins et l'amélioration de la participation semblent indispensables à la réapparition d'une profonde motivation des personnels soignants.

A. LA COHESION ET L'EFFICACITE DE L'EQUIPE DE SOINS

La mission a relevé trois difficultés essentielles : l'intégration de tous les personnels à l'équipe de soins, la trop grande parcellisation des tâches et les entraves au rôle de l'encadrement.

I. L'intégration à l'équipe de soins

Il a semblé à la mission que l'intégration de certains personnels à l'équipe soignante du service était insuffisante.

Le problème se pose en premier lieu pour les personnels de nuit. Comme nous l'avons déjà indiqué, un grand nombre d'établissements ne pratiquent pas le roulement entre équipes de jour et équipes de nuit. La mise en place d'un tel roulement se heurte d'ailleurs à de vives résistances, soit que les personnels de jour se refusent à travailler la nuit, soit que l'ensemble du personnel préfère conserver une organisation plus stable de leur temps.

Cette situation est cependant très insatisfaisante car le travail de nuit est beaucoup moins formateur que le travail de jour. Le personnel de nuit risque ainsi de se couper progressivement de la vie du service. Cela est particulièrement grave lorsqu'il s'agit de jeunes infirmières ou aides-soignantes qui débutent leur vie professionnelle. Dans certains cas, le personnel travaillant la nuit ressent ce fossé qui se creuse, notamment au niveau de la maîtrise des nouvelles techniques de soin ou des nouveaux appareillages. Cela peut entraîner une perte de confiance en soi et une réelle appréhension devant la perspective d'avoir à revenir en équipe de jour. La mission a le sentiment que les conditions actuelles du travail de nuit sont à revoir dans beaucoup d'établissements. Est-il normal

que les équipes de nuit se composent souvent d'éléments peu expérimentés et isolés, car peu encadrés, ou encore que des étudiants en médecine assurent des gardes d'infirmières ? A travers ces questions, c'est la qualité des soins dispensés la nuit qui est en cause.

En vue d'une plus grande valorisation du personnel de nuit, mais aussi d'un renforcement de l'efficacité des services, il semble indispensable, comme cela se pratique déjà dans certains services, d'assurer un recyclage des personnels de nuit, faute de pouvoir organiser une rotation des équipes.

Le personnel à mi-temps peut poser des problèmes identiques de marginalisation et des solutions analogues doivent être envisagées.

Enfin, la mission a constaté que certains personnels soignants souffraient d'une mauvaise intégration et d'une insuffisante reconnaissance de leur rôle. C'est le cas notamment de toutes les professions paramédicales et aussi des psychologues. Certes, il faut se garder de généraliser cette impression qui ne correspond pas à la réalité de tous les services.

Un kinésithérapeute indiquait par exemple devant la mission : *"La reconnaissance de la kinésithérapie peut aller du meilleur au pire : le meilleur, quand le médecin qui connaît les performances du kinésithérapeute lui demande des actes hors compétence avec beaucoup de succès, et le pire quand le médecin méconnaît les possibilités du kinésithérapeute et lui confie l'exécution de ce genre de prescription : marche dans le couloir ..."*

Néanmoins, au cours des auditions, les personnels en cause ont manifesté de vives préoccupations à cet égard. Tous ont souhaité renforcer l'approche pluridisciplinaire de la santé et des soins hospitaliers et ils ressentent durement la méconnaissance de leur fonction et de leurs compétences propres. Il en est ainsi des masseurs kinésithérapeutes, des ergothérapeutes ou des psychomotriciens dont l'apport est parfois

ignoré. Cela est encore plus net lorsque ces personnels ne sont que des vacataires, comme par exemple beaucoup d'orthophonistes.

2. La parcellisation du travail

La définition des tâches de chacun à l'hôpital pose, semble-t-il, de multiples problèmes.

Sur un plan très général, on peut observer un trop fort cloisonnement des services, préjudiciable à l'unité et à l'efficacité de l'hôpital. Certains n'hésitent pas à dire qu'il aura fallu les mouvements de l'automne 1988 pour que les personnels se découvrent et apprennent à se connaître. Trop souvent, les services s'ignorent ou, pire, se sous-estiment mutuellement.

L'exemple des services de biologie ou de radiologie illustre cette situation. N'étant pas considérés comme au contact du malade, les manipulateurs en radiologie ou les laborantins ont un statut de personnel technique. En-dehors du caractère contestable de cette classification, il faut souligner l'insatisfaction de ces personnels qui souffrent d'être peu reconnus par les personnels des services médicaux. Les contraintes propres à leur activité et leur apport à la communauté hospitalière se trouvent dès lors ignorés. Les conséquences négatives atteignent la motivation des agents d'un service mais aussi l'accomplissement du travail. Une surveillante de biologie indiquait ainsi que lorsqu'une infirmière manque d'application en effectuant un prélèvement, le surcroît de travail du laboratoire peut être considérable. Ainsi, lorsqu'un service néglige un autre service, c'est l'efficacité de l'ensemble qui en souffre. Le cloisonnement et la méconnaissance mutuelle entraînent ainsi des coûts supplémentaires.

Les personnels soignants insistent également sur la nécessité de pouvoir prendre en compte le malade dans sa globalité, alors qu'ils ont trop souvent l'impression que leur travail se résume à l'accomplissement d'actes techniques répétitifs. La déception et la frustration sont particulièrement fortes pour les jeunes infirmières qui ne peuvent valoriser la formation théorique qu'elles viennent d'acquérir durant leur scolarité.

Cette situation résulte de l'augmentation de la charge de travail due au manque d'effectifs ou à l'absorption par des tâches annexes de nature administrative. Faute de temps, le personnel soignant doit écourter le contact avec le malade ou avec la famille de celui-ci.

Il s'agit d'un point sur lequel beaucoup d'améliorations sont à apporter.

Par ailleurs, il semble que le dossier de soins soit très inégalement mis en place dans les services. Institué en 1984, il doit permettre à l'ensemble des soignants d'apporter ses observations sur un malade, afin d'assurer une continuité du travail et une valorisation de l'apport de chacun. La mission a constaté que pour les infirmières, ce dossier de soins pouvait constituer un élément très utile. Plusieurs difficultés apparaissent toutefois. D'abord, le dossier de soins, tel qu'il a été conçu par l'administration, n'est pas toujours adapté aux besoins du service, puisque trop complexe ou trop détaillé. Ensuite, certains personnels hésitent à y consigner leurs observations : médecins, paramédicaux mais aussi parfois les infirmières elles-mêmes, que leur formation n'a pas toujours préparé à ces transcriptions écrites. Le dossier de soins infirmiers n'est donc pas entièrement parvenu à constituer, à côté du dossier médical et du dossier administratif, l'instrument d'une meilleure organisation du travail.

Il importe également d'apporter une réponse satisfaisante au problème des transmissions de consignes entre équipes successives. Un chevauchement minimal, dont la durée peut être estimée à une heure, paraît indispensable. On constate qu'il n'est pas toujours mis en place, notamment le matin où les transmissions s'effectuent dans un délai extrêmement bref.

Enfin, la mission a été sensible aux questions soulevées par la division du travail au sein de l'équipe soignante. Telle qu'elle est vécue aujourd'hui, cette division ne satisfait pas un grand nombre de soignants, qui déplorent le décalage entre ce que devrait être leur travail et ce qu'il est réellement.

S'agissant de l'infirmière, plusieurs tendances sont perceptibles. Tout d'abord, la technicisation de la profession a provoqué un glissement sensible des tâches vers les actes médicaux et donc des responsabilités plus importantes, bien que l'infirmière conserve un statut d'exécutante. Ici se pose le problème des prescriptions passées oralement par les médecins et la mise en jeu éventuelle de la responsabilité civile ou pénale des infirmières. Ce glissement est particulièrement perceptible dans des services comme l'anesthésiologie, notamment en raison de la pénurie de médecins spécialistes. Les infirmières ressentent également une plus grande segmentation de leur travail, qui se décompose en gestes techniques répétitifs, les empêchant d'exercer pleinement le rôle propre qui leur a été reconnu. Enfin, la diversité des situations et notamment le manque de personnel, conduit les infirmières à accomplir des actes traditionnellement réservés aux aides-soignantes.

Les aides-soignantes sont sensibles à cette fluctuation de la délimitation des tâches. Elles se plaignent d'avoir un rôle mal défini vis à vis des agents des services hospitaliers (A.S.H.) d'une part, et des infirmières d'autre part. En effet, si les infirmières peuvent être amenées à empiéter sur le rôle habituel de l'aide-soignante, la situation inverse se rencontre également. En cas d'absence non remplacée par exemple, une aide-soignante pourra effectuer des actes infirmiers. Ainsi, la mission qui incombe à l'aide-soignante ne s'impose pas de manière évidente. D'ailleurs, chez la plupart de nos voisins, la fonction d'aide-soignante n'existe pas.

La difficulté d'établir une frontière nette entre les compétences de chaque catégorie dans l'équipe soignante s'accroît là où la situation des effectifs est la plus tendue. La spécialisation des tâches paraît alors très artificielle, le cas extrême étant celui des "faisant fonction".

Cette difficulté provoque l'insatisfaction des personnels qui ont le sentiment de ne pas occuper la place qui devrait être la leur. Elle témoigne également d'un défaut dans l'organisation du travail et conduit inévitablement à se demander si les études sur la charge de travail et la nature des tâches ne devraient pas être fortement développées, afin de parvenir à une répartition plus réfléchie des effectifs dans les services.

3. Le rôle de l'encadrement

L'encadrement infirmier est de moins en moins en mesure de jouer le rôle de premier plan qui doit être le sien dans l'équipe soignante.

Le statut et les rémunérations sont pour une bonne part à l'origine de cette situation très inquiétante, et les mesures déconcertantes prises à l'automne dernier à l'égard des surveillantes-chefs n'ont pu qu'accentuer le malaise.

Il ne faut pas pour autant négliger l'influence des conditions de travail dans ce phénomène.

Pour la très grande majorité des soignants, la surveillante est confinée dans une fonction de gestionnaire des moyens matériels et humains du service. L'insuffisance des secrétariats administratifs, déjà soulignée, accentue la tendance. Le temps consacré à la surveillance des soins et au contact avec les malades apparaît des plus réduit. Par ailleurs, certaines surveillantes ont moins l'impression d'être l'interprète des besoins du service auprès de l'administration que d'être le relai de cette dernière pour faire appliquer dans les services des orientations décidées sans concertation.

La fonction d'animateur de l'équipe soignante, maintes fois proclamée, relève davantage du discours que de la réalité.

Ainsi, certaines surveillantes s'interrogent sur la pertinence du choix de carrière qu'elles ont effectué. Plus grave, parmi les infirmières, la mission a constaté un désintérêt pour l'accès aux fonctions d'encadrement, jugées trop administratives et éloignées du malade.

Cette démotivation se ressent d'ailleurs à de multiples niveaux. En effet, il ne semble pas que la promotion professionnelle et l'accession à des responsabilités soient une aspiration de la majorité des personnels soignants dans les hôpitaux.

Que l'on pose la question aux agents des services hospitaliers, aux aides-soignantes ou aux infirmières, la réponse est souvent la même. Les avantages en terme de statut et de rémunération sont insuffisants et ne compensent pas, loin s'en faut, l'augmentation des responsabilités et l'éloignement progressif du malade.

Tout se passe comme si les personnels estimaient qu'avec les conditions de travail actuelles à l'hôpital, nul n'a intérêt à accepter des responsabilités supplémentaires.

C'est un signe tout à fait marquant du malaise des personnels soignants, qui n'était peut être pas apparu nettement lors des derniers mouvements sociaux. La mission estime que cette situation ne peut se prolonger sans mettre en péril l'avenir de l'hospitalisation française.

B. LA PARTICIPATION DU PERSONNEL SOIGNANT ET LA COMMUNICATION AU SEIN DE L'HOPITAL

En abordant le sujet de la participation des personnels et de la communication au sein de l'hôpital, la mission voudrait, ici encore, rappeler l'extrême diversité des situations. La façon dont ces problèmes sont ressentis par le personnel soignant dépend pour beaucoup du fonctionnement propre de chaque service et des initiatives prises au niveau des établissements.

Néanmoins, le besoin de participation et de communication est unanimement ressenti par les personnels soignants.

1. Les relations hiérarchiques

Le personnel soignant insiste sur l'existence d'une double hiérarchie -médicale et administrative - qui limite ses capacités d'initiatives et d'expression.

La qualité des relations hiérarchiques dépend-elle de la nature ou de la taille des établissements ? Il est difficile de répondre à cette question.

Lors de leur audition, les responsables de l'hospitalisation privée ont mis en avant la taille humaine de leurs établissements pour justifier l'attrait qu'ils exercent sur les personnels infirmiers. En dépit de rémunérations généralement plus faibles que dans le secteur public et malgré l'absence de sécurité de l'emploi, les infirmières seraient sensibles à la meilleure qualité de vie dans les établissements privés, telle qu'elles ont pu notamment l'apprécier au cours des stages effectués pendant leurs études. Est-ce la résultante d'une plus grande qualité relationnelle, ou de meilleures conditions de travail dues aux moindres contraintes budgétaires pesant sur les établissements ? La mission entend rester prudente sur ce point.

S'agissant des relations avec le corps médical, la mission n'a pas eu le sentiment qu'elles étaient à l'origine de difficultés majeures dans les établissements. Mais c'est un point fondamental car, dans une large mesure, c'est du médecin que dépendra le sentiment du personnel soignant d'être reconnu à sa juste valeur. Ce qu'il faut souligner, c'est la nécessité pour les médecins et en premier lieu les chefs de service, de mieux connaître les conditions de travail et les difficultés que rencontrent les personnels soignants qu'ils dirigent.

Un masseur-kinésithérapeute s'étonnait devant la mission de la prescription qu'il avait reçue d'un médecin, témoignant d'une réelle méconnaissance de ses compétences et de sa qualification professionnelle. De même, les infirmières souhaitent que les

médecins reconnaissent leur rôle propre et les considèrent autrement que comme de simples exécutantes.

Il semble que dans certains cas, le médecin ignore tout de professions paramédicales relativement nouvelles et néglige l'apport qu'elles peuvent constituer en vue d'une prise en compte plus globale du malade.

La situation inverse est toutefois possible. Ainsi, certains médecins exerçant dans des services difficiles souhaitent la présence d'un psychologue afin d'assurer un meilleur soutien des malades, des familles mais aussi des personnels.

Les errements qui peuvent se produire dans certains cas conduisent à souhaiter une sensibilisation beaucoup plus forte des médecins aux professions paramédicales. Elle pourrait notamment prendre place dans les études médicales en favorisant ainsi une meilleure connaissance mutuelle qui mettrait fin au sentiment de marginalisation qu'éprouvent certains personnels.

S'agissant de la hiérarchie administrative, elle peut s'avérer plus pesante dans la mesure où les soignants ont souvent l'impression d'être exclus du dialogue entre le médecin et l'administration. A cet égard, la crainte a été exprimée de voir se profiler, à travers les modifications statutaires affectant les surveillantes-chefs, l'arrivée de cadres issus du personnel administratif dans les services de soins.

2. La communication au sein de l'hôpital

La communication, dans l'hôpital et dans le service, est une aspiration majeure des personnels soignants.

Ceux-ci ressentent un véritable déficit d'information : sur les grands projets qui déterminent l'avenir de l'hôpital, mais aussi, à un niveau plus concret, sur l'évolution de leur profession. Il

est à cet égard surprenant que dans certains hôpitaux, les infirmières ne puissent disposer facilement d'une documentation professionnelle aisément consultable.

Au niveau des services, le besoin de communication est réel même si certains d'entre eux pratiquent déjà avec succès des réunions périodiques. Dans bien des cas, le chef de service n'a pas la possibilité matérielle d'organiser ces réunions qui reposent sur l'initiative des surveillantes. Il est souhaitable que ces pratiques soient systématisées et que toutes les catégories intéressées puissent s'y exprimer. Encore faut-il disposer de lieux de réunion appropriés, ce qui n'est pas toujours le cas.

De même, il est important de s'assurer que tous les personnels, y compris ceux de l'équipe de nuit, seront pleinement informés des événements ou des décisions importantes qui affectent le service. Il n'est pas toujours possible, par exemple, de faire participer tous les personnels aux réunions de présentation d'un nouveau matériel.

Il est donc indispensable d'encourager toutes les initiatives qui permettraient à l'information de mieux circuler.

La mission a également constaté que les mécanismes d'expression et de participation des personnels étaient insuffisamment développés.

Une infirmière déplorait que *"bien souvent, il n'existe aucun lieu d'expression du personnel, aucun lieu pour définir un projet de service mettant en concordance tous les acteurs du service. Se juxtaposent, parfois se contredisent, sans confrontation, projet médical et projet de soins infirmiers"*.

Le personnel soignant souhaite pouvoir s'exprimer, hors du cadre syndical dans lequel il parvient mal à s'insérer, sur les conditions de travail et les choix effectués par la direction de l'hôpital. Par exemple, le corps infirmier estime que sa connaissance de la charge de travail lui permet d'avoir une idée

précise de ce que devrait être l'effectif de base d'un service. Il souhaiterait pouvoir donner son avis sur ce point alors que, trop souvent, il lui semble que la décision résulte d'autres considérations : influence d'un chef de service, application mécanique d'un ratio déconnecté de la réalité du travail.

Des cercles de qualité ont été mis en place dans certains établissements, mais cette formule ne doit pas être exclusive de toute autre, qui pourrait tendre au même but. Une grande liberté doit être laissée sur ce point aux établissements, l'important étant qu'ils soient sensibilisés à cet aspect de la gestion des ressources humaines.

De même, les personnels soignants regrettent d'être insuffisamment associés à des décisions importantes qui influenceront sur leurs conditions de travail et de vie. Les exemples sont nombreux, de choix architecturaux qui ont dû être revus après s'être révélés inadaptés aux réalités du travail. Le personnel soignant est convaincu de pouvoir beaucoup apporter sur ce point, de même qu'en matière de choix des matériels.

Ainsi, un kinésithérapeute indiquait à la mission : *"Nous pensons que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes ont un rôle essentiel à jouer au sein des comités d'hygiène et de sécurité sur le plan de la prévention, de l'étude des postes de travail. Nous pourrions aider la médecine préventive afin d'éviter un certain nombre d'accidents du travail. Or, nous ne sommes jamais sollicités pour ce genre de question."*

Beaucoup de personnels soignants estiment par conséquent que l'on ne leur permet pas de donner la pleine mesure de leurs compétences et de leur expérience, afin d'en faire profiter l'ensemble de la communauté hospitalière.

QUATRIEME PARTIE : LES REMUNERATIONS

Quelle est la place des questions financières parmi les revendications des personnels ? Centrale et permanente pour les uns sous la forme des "2.000 francs pour tous", annexe ou diffuse pour les autres. Pour sa part, la mission d'information ne peut que constater l'extrême diversité des situations et des positions exprimées.

En dépit de cette diversité, les intéressés se retrouvent pourtant unanimes pour faire part de leur grande déception dans la mesure où leurs revendications ne semblent pas avoir été vraiment prises en compte par les pouvoirs publics, malgré les 2,8 milliards de francs accordés en octobre dernier (1).

Le conflit a sans doute été apaisé, mais l'attente n'a, de toute évidence, pas été satisfaite.

L'appréciation des rémunérations des personnels soignants non médecins peut se faire selon deux approches :

- dans la société, les personnels déplorent un manque de considération, lié en partie au niveau des rémunérations,
- au sein de l'hôpital, ils regrettent l'insuffisante reconnaissance de leur qualification respective.

Après une présentation des rémunérations des personnels soignants non médecins, les particularités de l'exercice de ces professions dans les établissements d'hospitalisation privés seront analysées.

(1) Voir en annexe IV le texte du protocole d'accord du 21 octobre 1988 et l'avenant au protocole d'accord

I. LA REVENDICATION GENERALE : L'INFIRMIERE DANS LA SOCIETE.

Mieux que quiconque, l'infirmière sait que l'important c'est le regard de l'autre ; celui qui soutient le malade dans la douleur ou l'accompagne dans les derniers moments. Ramené à une profession, ce "regard" s'appelle la "considération". Comment les infirmières -et naturellement, à travers elles, l'ensemble des personnels soignants non médicaux- sont-elles ou se voient-elles considérées dans la société ? C'est une question de fond, à la base du mouvement collectif et qui explique son ampleur.

Ce "jugement social" passe, qu'on le veuille ou non, par une appréciation de la rémunération, considérée comme une sorte d'étalon de la considération sociale, comme un moyen de se situer dans une hiérarchie.

L'appréciation des infirmières sur leur profession -à travers le prisme des rémunérations- peut se faire à deux niveaux :

- Il y a, au niveau général, un sentiment d'exclusion, de paupérisation.
- Cette impression est renforcée par le sentiment d'un "décrochage" vis-à-vis des autres professions de la fonction publique.

A. APPRECIATION GENERALE

1. La considération sociale

S'agissant de la considération sociale, le constat est amer. La façon de l'exprimer est variable, mais souvent sans détour.

Ce fut le cas, en novembre 1988, de la part de l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et élèves (A.N.F.I.I.D.E.) qui, dans une brochure intitulée "La colère des infirmières", rappelle que *"chacun sait qu'à notre époque, l'intérêt pour une profession se fonde sur la considération, le prestige, la rémunération. Or cette rémunération est dérisoire par rapport aux exigences de la profession"*.

Lors de son audition devant la mission sénatoriale, la Coordination infirmière fut également parfaitement nette : *"Le niveau des rémunérations est scandaleux. Nos revendications sont justifiées et devraient s'exprimer de façon plus violente. Admettre de tels salaires peut signifier, de la part des pouvoirs publics, un manque*

de considération pour notre profession. Admettre de tels salaires, c'est aussi méconnaître les responsabilités, les compétences et le savoir-faire des infirmières, ce qui, finalement, nuit à la profession." (Audition du 21 février 1989)

Au-delà des chiffres, certaines comparaisons de salaires ne sont d'ailleurs parfois que l'expression d'un appel à une meilleure considération.

Les comparaisons peuvent se faire vers le haut comme vers le bas. En témoignent certains slogans des manifestations du 30 septembre 1988 : *"Ockrent, 160.000 F. 16 infirmières, 110.000 F"* (Le Monde - 1er octobre 1988) ou des remarques acerbes des personnes auditionnées : *"Il est inimaginable d'être rémunéré pendant toute sa carrière à un taux horaire de l'ordre de 40 francs. Les femmes de ménage ne sont pas loin de nous"* (Audition de la Fédération nationale des orthophonistes - 19.04.1989).

2. La hiérarchie sociale

Sur le second critère, celui de la hiérarchie sociale, les appréciations sont également remplies d'amertume.

Où se situe l'infirmière dans l'échelle des revenus? En bas. *"Nous allons vers une paupérisation de notre profession"* (Audition de l'Association nationale des infirmières - 1er mars 1989).

Pendant ces derniers mois, la presse s'est souvent penchée sur "les salaires des Français" (1) et en particulier des infirmières. L'appréciation et les comparaisons données ne pouvaient que confirmer les rancœurs des intéressées, ou renforcer "le potentiel de frustration".

"Le Point", en octobre 1988, -pendant le conflit- les range parmi les "prolétaires de l'Etat". "L'Expansion", en mars 1989 -après le conflit- les classe parmi les "travailleurs à la traîne"; et distingue les infirmières "victimes du statut" et les aides soignantes "damnées de la terre", "celles qui cumulent tous les handicaps, à commencer par un "salaire de misère".

(1) Voir notamment :

- *Le Nouvel Observateur* : les vrais salaires des Français - 8 janvier 1988.
- *Le Point* : la colère des prolétaires de l'Etat - 3 octobre 1988.
- *L'Expansion* : qui n'est pas assez payé ? 16 mai 1989.

Le Nouvel Observateur, en janvier 1988 -avant le conflit- donne quelques évaluations de salaires, et évoque certaines situations particulièrement décourageantes (1).

Les évaluations données ci-après sont fournies à titre indicatif.

(1) "Avec un sésame comparable, soit trois années d'études après le bac, le traitement de Sophie L., 23 ans, shampouineuse dans un salon de coiffure huppé du faubourg Saint-Honoré, est très différent de celui de Colette M., 25 ans, infirmière débutante dans un hôpital de Clamart. La première touche déjà 16.000 francs, compte tenu des pourboires généreux. Sa camarade de classe, moins chanceuse, perçoit trois fois moins, 5.720 francs très exactement !"

Source : Le Nouvel Observateur - Les vrais salaires des Français - 8 janvier 1988.

L'ÉCHELLE DES REVENUS

(en francs par mois)

10 000	• Magistrat (1 ^{er} grade) • VRP (D)
9 000	• Agent RATP (FC) • Mineur de fond • Réparateur automobile
8 000	• Professeur agrégé (D) • Infirmière (FC) • Adjudant • Gardien de la paix • Gendarme (15 ans d'ancienneté)
7 000	• Employé de banque (D) • Architecte (D) • Secrétariat de direction (D)
6 000	• Taxi • Caporal-chef • Infirmière (D) • Instituteur (D) • Maître auxiliaire • Assistant de recherche (CNRS)
5 000	• Sapeur-pompier
4 000	• Pasteur
3 500	• Prêtre
	• FC fin de carrière • D débutant

Le Nouvel Observateur - 8 janvier 1988

Rémunération moyenne nette des agents de l'État

(en francs)

Tous ministères, métropole,
DOM-TOM et étranger

Ensemble	8 100
Hommes	8 700
Femmes	7 300
Titulaires	8 400
Non-Titulaires	6 800
Métropole seule	7 900

Source : Insee - Economie et statistique - septembre 1986.

Salaire mensuel brut d'une infirmière

Début de carrière	5 600 F
Dix ans d'ancienneté	7 200 F
Fin de carrière	9 400 F

Le Point - 30 octobre 1988

De telles références, l'abondance d'informations concordantes, expliquent que le malaise des infirmières -et de l'ensemble des personnels soignants non médicaux- se soit, au départ, cristallisé sur le problème des salaires. D'ailleurs *"quels que soient les pouvoirs publics ou les médias, nous avons toujours mis l'accent sur nos revendications salariales"* (Audition de la Coordination infirmière - 21 février 1989).

Cette impression générale de paupérisation a été en outre alimentée par le sentiment d'un "décrochage" par rapport aux autres professions de la fonction publique.

B. LES SALAIRES DES PERSONNELS SOIGNANTS NON MÉDECINS COMPARÉS À CEUX DES AUTRES PROFESSIONS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Outre une appréciation relative de la situation des infirmières dans l'ensemble du corps social, des comparaisons peuvent être faites avec les salaires du secteur public et en particulier ceux des instituteurs.

1. Les salaires du secteur public en général

Ce n'est certainement pas un hasard si certaines professions, parmi lesquelles les infirmières anesthésistes ont procédé à des comparaisons de leurs salaires avec ceux versés par les entreprises publiques et les collectivités locales.

Le tableau ci-après a été communiqué par les infirmières anesthésistes. Les comparaisons portent sur les entreprises publiques.

**Comparaison des salaires
dans le secteur public**
(sélection - source : document remis
à la mission sénatoriale par
la coordination des infirmières anesthésistes)

	Catégories	Diplômes demandés	Salaire brut débutant	Salaire brut fin de carrière	Primes Début/fin de carrière 13e mois
S.N.C.F.	Agent d'entretien des voies	C.A.P.	4.402 F	7.711 F	1.020-1473 F 13e mois
	Agent de maîtrise	BAC	6.999 F	10.562 F	1.442-2.005 F 13e mois
	Cadre	Licence ou DEUG	9.077 F	16.934 F	1.870 F 13e mois
R.A.T.P.	O.S. (en atelier)		5.551 F	7.808 F	463 F
	Conducteur de métro	BEPC	7.569 F	10.740 F	748-1.074 F
	Cadre (inspecteur adjoint)	BAC + 4	10.583 F	20.058 F	780-1.085 F
E.D.F.-G.D.F.	Ouvrier	CAP	5.511 F	10.359 F	13e mois
	Agent technique	BTS ou DUT	6.792 F	15.286 F	13e mois
	Cadre	BAC + 4	10.776 F	30.963 F	13e mois
P.T.T.	Préposé	Examen d'entrée	5.180 F	7.000 F	756-900 F
	Contrôleur	BAC	6.000 F	10.300 F	500-730 F
	Receveur de 1ère classe	Licence	Variable	14.500 F	2.500 F
ENSEI- GNANTS	Instituteur	BAC + DEUG	Indice 304 6.972 F	Indice 491 11.261 F	Résidence 209-337 F
	Professeur certifié	Par concours CAPES + Licence	Indice 339 7.775 F	Indice 651 14.931 F	Résidence 233-447 F
	Professeur agrégé	Concours agrégation	Indice 370 8.486 F	Indice 814 18.624 F	Résidence 245-558 F
INFIR- MIERES	Infirmière diplômée	Diplôme d'Etat BAC + 2 ou 3 Dérogations possibles (inf. psychiatrique)	6.645 F	10.042 F	Prime Veil 350 F Prime de 13e heure 517 F pour débutants

Autre exemple : les puéricultrices se sont comparées aux attachés communaux et aux professions sanitaires et sociales voisines (éducateurs, assistantes sociales).

Tableau comparatif des échelles indiciaires des puéricultrices et des fonctionnaires des collectivités locales

Age	Puéricultrice (bac + 4 + 1 an de spécialisation)	Attaché communal (bac + 2)	Educateur jeunes enfants (bac + 2)	Assistante sociale Educateurs spécialisés (bac + 3)
20	-	374	243	
21	-	404	265	312
22	-			
23	283	431	285	331
24	297			
25	312	446	309	359
26	-			
27	324	476		
28	340	508	342	423
29	-			
30	358	558	360	453
35	395	633	381	456
38	430	701	440	520
42	460			
45	480	741	453	551
50	533	801		593

Tableau reconstitué à partir d'informations communiquées à la mission sénatoriale par le Syndicat national des puéricultrices diplômées d'Etat (S.N.P.D.E.).

2. La comparaison avec les salaires des instituteurs

La référence aux instituteurs est fréquente. Cela s'explique par une utilité sociale voisine et collectivement reconnue, des niveaux de rémunération comparables, mais aussi la rémunération pendant la durée des études.

"Les 2.000 francs demandés correspondent à quelque chose de précis : depuis 1988, le salaire des infirmiers était aligné sur celui de la grille indiciaire des instituteurs ; en 1983 et 1984, on a revalorisé le salaire des instituteurs, mais pas celui des infirmiers". (Audition de la C.G.C. 7 février 1989).

Même si la différence réelle de salaires entre les deux professions n'est pas aussi accentuée, il est vrai que les instituteurs ont bénéficié de reclassements périodiques alors que jusqu'à décembre 1988, la dernière revalorisation infirmière avait été l'instauration de la prime Veil en 1975.

La plus récente revalorisation des salaires des instituteurs, en avril 1989, a été plus progressive (avec une application sur trois ans), plus complète, (avec la refonte totale du système indemnitaire), et financièrement plus avantageuse (écart de 1.200 F et 3.000 F en début et fin de carrière entre la situation actuelle et la situation en 1992 - Source : Le Monde 8 avril 1989). Cela contribue à creuser encore l'écart.

Si la situation de l'ensemble des professions soignantes dans la société est relativement mal connue, en revanche, la place des différentes professions les unes par rapport aux autres au sein même du monde hospitalier est beaucoup mieux définie.

II. ELEMENTS D'APPRECIATION DU NIVEAU DES REMUNERATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT NON MEDECIN

A. LE SECTEUR PUBLIC

Deux éléments principaux interviennent dans le calcul des rémunérations : le salaire brut établi conformément à la grille et les primes et indemnités. A cela peuvent s'ajouter divers compléments et accessoires de rémunération.

1. Les rémunérations

En septembre 1988 (point à 22,93 F), le traitement brut indiciaire d'une infirmière diplômée d'Etat s'échelonne entre 5.984 F-début de carrière, 9 241 F-fin de carrière, pour le premier niveau. En mai 1989 (point à 23,16 F), les traitements sont respectivement de 6.531 F et 9.542 F (fin du premier niveau). Le dernier indice du grade de surveillant porte la rémunération brute à 11 117 F.

Certains chiffres avancés notamment par l'Assistance publique sont parfois légèrement différents. Le tableau ci-après reprend les revendications formulées par la coordination infirmière en octobre 1988.

Revendications de la coordination (grille de l'Assistance publique de Paris)

SITUATION ACTUELLE			REVENDEICATIONS DE LA COORDINATION		
Echel.	Durée	Net	Net + 20% F	Primes revalorisées	Total à payer
1	1 an	5 931	7 099	1 264	8 364
2	1 an 1/2	6 281	7 531	1 295	8 826
3	1 an 1/2	6 449	7 738	1 324	9 062
4	1 an 1/2	6 744	8 092	1 347	9 439
5	1 an 1/2	6 948	8 334	1 366	9 700
6	2 ans	7 238	8 682	1 391	10 073
7	2 ans	7 538	9 042	1 421	10 463
8	2 ans	7 856	9 424	1 450	10 874
9	2 ans	8 151	9 791	1 477	11 268
10	3 ans	8 451	10 141	1 523	11 664
11	4 ans	9 173	10 913	1 571	12 484
12		9 400	11 280	1 592	12 872

Dans cette grille (1^{er} janvier 1988), la carrière est étalée sur 25 ans, en douze échelons. Les primes revalorisées intègrent la revalorisation de la prime Veil depuis 1973 (indice INSEE) et la revalorisation des treize heures supplémentaires (perte de 10 % environ depuis 1980).

Source Le Monde - 30 septembre 1988

Les retenues de cotisations sociales se composent

- . d'une cotisation d'assurance-maladie : 5,15 % du traitement brut,
- . d'une cotisation vieillesse : 7,92 % du traitement brut,
- . d'une cotisation chômage : 1 % du salaire net.

2. les primes et indemnités

A ce traitement brut indiciaire s'ajoutent différentes primes et indemnités, qui peuvent être classées en trois catégories principales (taux en vigueur en mars 1989) :

- **les indemnités représentatives de frais de localisation :**
 - . indemnité de résidence - entre 1 et 3 % du traitement de base selon la zone
 - . indemnité de transport (Paris)
 - . indemnité de déplacement ou mission
 - . prime spéciale d'installation (Paris et Lille)

- **les indemnités représentatives de prestations :**
 - . prime de service : 17 % du traitement brut
 - . indemnité pour sujétion spéciale dite prime de 13^{ème} heure = 13/1900 du total du traitement brut annuel et de l'indemnité de résidence
 - . indemnité pour travaux supplémentaires
 - . indemnité pour travail de nuit : 0,39 F/heure
 - . indemnité pour travail intensif de nuit : 4,96 F/heure
 - . indemnités pour travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants : entre 0,83 F et 5,68 F selon les travaux
 - . indemnité pour toilette mortuaire et mise en bière : 4,40 F par prestation
 - . indemnité pour autopsie : 3 F par autopsie.

- **Primes et indemnités à certains personnels :**
 - . prime spécifique à certains agents (dite prime Veil) : 350 F
 - . indemnité du personnel de laboratoire
 - . indemnité pour agent affecté aux quartiers de sûreté des centres hospitaliers psychiatriques : 16,50 F/jour
 - . prime de sujétion spéciale aux aides soignants : 10 % du traitement brut
 - . prime spécifique aux surveillants, animatrices et directrices d'écoles d'infirmières.

Les primes et indemnités représentent de 8 à 25 % du traitement brut.

A titre indicatif, il est proposé de reproduire les chiffres publiés par l'Assistance publique dans une brochure intitulée "Devenez infirmière de l'Assistance publique".

"Les infirmières sont recrutées en qualité d'infirmières stagiaires au 2ème échelon. Le traitement net de base versé s'élève à :

<i>. équipe de jour :</i>	<i>6940,00 F</i>
<i>. équipe de garde :</i>	<i>7110,00 F</i>
<i>. équipe de veille :</i>	<i>7680,00 F.</i>

A ces salaires, s'ajoute un supplément de 128,85 F pour chaque dimanche de travail et jour férié.

Le traitement net de base pour une infirmière :

. à l'échelon exceptionnel (échelon terminal) de la classe normale s'élève à 9862 F (équipe de jour)

. à l'échelon terminal de la classe supérieure s'élève à 10665 F (équipe de jour)."

3. Les revenus complémentaires ou les aménagements portant sur les rémunérations

Les situations indiciaires décrites ci-dessus sont des "situations types" moyennes. Dans la réalité quotidienne de l'hôpital, il existe une grande variété de situations.

L'examen des conditions de rémunération des personnels amène à considérer certaines pratiques, qui dans des cas exceptionnels, mais réels, atténuent, semble-t-il, la rigueur salariale et les difficultés matérielles résultant du faible niveau des rémunérations. Trois cas peuvent être évoqués :

Les revenus complémentaires. On ne peut tout à fait exclure, dans des cas exceptionnels, et pour des spécialités qui s'y prêtent, diverses pratiques telles que pourboires, existence d'une clientèle privée à domicile, exercice dans deux établissements différents, voire même une double activité (travail de jour en hôpital, travail de nuit en clinique privée).

L'administration elle-même pourrait, pour certaines catégories spécifiques (haute technicité), disposer d'une certaine latitude pour majorer les rémunérations (attribution de la prime Veil à des agents hors champ, calcul d'heures supplémentaires non effectuées, recrutement à temps partiel à conditions privilégiées...).

Ces différents exemples qui ne touchent que des cas rares ou des spécialités isolées, ne remettent nullement en cause le bien-fondé des revendications. Au contraire, il les appuie avec force ; ces aménagements témoignent avant tout d'un dysfonctionnement du système hospitalier et en particulier des problèmes posés par le niveau des rémunérations.

B. LA SITUATION DES PERSONNELS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVÉS

En dépit de situations extrêmement diversifiées rendant difficiles des comparaisons globales, les rémunérations et les avantages sociaux du personnel soignant non médecin exerçant dans le secteur hospitalier privé seraient dans l'ensemble inférieurs à ceux des personnels du secteur public.

Il s'agit là d'un cas singulier tout à fait exceptionnel dans les comparaisons privé/public, qui mérite une approche prudente et une attention particulière. Trois points seront abordés : les différentes observations de fond que suscite un tel constat, le régime juridique applicable au secteur privé, une tentative d'évaluation de la différence des rémunérations proposées.

1. Les observations préalables

Quatre remarques doivent être faites.

Il faut rappeler en premier lieu la solidarité des personnels soignants, quels que soient leur situation et leur secteur d'exercice. La grève de l'automne a été la grève d'une profession, non celle du seul secteur public. Dans l'ensemble, toutes les infirmières ont été solidaires du mouvement de grève de l'automne 1988.

Les situations réelles des personnels du secteur privé sont très disparates, selon les conventions collectives, la localisation (Paris-Provence), la vocation ou la renommée de l'établissement, les spécialités ou les catégories professionnelles concernées. Ainsi, les cadres hospitaliers ou certaines professions (manipulateurs radio, orthophonistes...) se verraient offrir dans le secteur privé des rémunérations supérieures à celles versées par les hôpitaux publics.

La situation des personnels des établissements privés est évolutive. S'il est vrai qu'il y a une disparité des rémunérations dans l'ensemble peu favorable au privé, dans les années récentes, la situation évolue très rapidement, et pourrait même se retourner en raison des difficultés de recrutement du secteur public comme du secteur privé.

En dépit d'une situation souvent peu favorable -sur le plan financier- les personnels du secteur privé semblent trouver des compensations non négligeables, en terme de cadre de vie, d'ambiance de travail, d'horaires, de responsabilités. En revanche, les personnels du secteur privé souhaiteraient obtenir la retraite à 55 ans, comme bon nombre des personnels du secteur public.

2. Le régime juridique des personnels soignants des établissements privés

Les personnels des établissements d'hospitalisation privés relèvent de conventions collectives. A défaut d'avenants, régulièrement signés, les établissements appliquent de leur propre autorité, des recommandations formulées par leur syndicat.

Les négociations salariales sont particulièrement difficiles. Le faible niveau des salaires explique certainement en partie ces difficultés. Lors de la transmission à ses adhérents du dernier avenant signé (29 mars 1988), l'Union hospitalière privée (U.H.P.) faisait d'ailleurs observer *"il n'est pas indifférent de noter que l'avenant signé par quatre centrales syndicales (F.O. - C.F.D.T. - C.G.C. - C.F.T.C.) met fin à une longue période de désaccord (...), aucun accord n'ayant été passé depuis décembre 1982"*.

En raison de ces difficultés, les fédérations d'établissements privés sont souvent amenées à faire des recommandations. Ce fut le cas en décembre 1988, l'U.H.P. indiquait alors que *"face à l'échec (de la commission mixte paritaire de travail), compte tenu de la situation générale dans la branche d'activité concernée et devant le désarroi de certains établissements (... l'U.H.P.) a décidé de diffuser une recommandation unilatérale d'augmentation de salaire. Toutefois, ainsi que le précise le syndicat, il ne s'agit que d'une "Recommandation que les établissements concernés n'ont en aucun cas l'obligation d'appliquer"*.

Il y a là un réel problème dont les pouvoirs publics doivent prendre la mesure.

Les avenants ou recommandations s'inspirent largement des modifications de grilles de la fonction publique, sous réserve d'adaptations. (modulation des indices en fonction du nombre d'agents surveillés) ; en revanche, l'hétérogénéité qui résulte du nombre de conventions collectives est tout à fait frappante.

A titre d'exemple, le tableau ci-dessous compare les différents salaires proposés à la profession de masseur kinésithérapeute selon les différentes conventions collectives. Les écarts sont très importants. Le salaire proposé pour un débutant s'établit entre 6.196 F et 10.310 F. Des écarts sensibles existent aussi pour les autres catégories professionnelles, infirmières spécialisées notamment.

**Salaires des masseurs kinésithérapeutes (MK)
dans différentes conventions collectives
(salaires bruts, janvier - septembre 1988)**

Nature ou rattachement de l'établissement	Date de la convention collective	Salaire MK début de carrière	Salaire MK fin de carrière
F.I.E.H.P. - Centres privés de réadaptation fonctionnelle	4.02.1983	10.310	12.784
S.N.E.R.P. - Etablissements de réadaptation privée	14.10.1970	8.171	10.704
U.H.P.	23.02.1972	7.250	8.990
F.I.E.H.P.	4.02.1983	6.196	7.688
F.S.N.E.S.E.I. - Enfance inadaptée	15.03.1966	7.564	12.805
C.R.F. - Croix Rouge française	07.07.1988	8.563	11.870
F.F.E.S.C.P.E. - Soins, cure et prévention pour enfants	26.08.1965	7.746	10.404
F.N.C.L.C.C. - Centre de lutte contre le cancer	01.01.1971	9.411	14.234
U.C.A.N.S.S. - Organisme de sécurité sociale	02.02.1957	7.260	10.164
F.N.E.M.E.A. - Etablissements pour enfants et adolescents	12.06.1975	7.719	10.807
Cabinets médicaux	14.10.1981	6.680	8.016
Fonction publique *		7.531	10.989

* (Salaires bruts toutes primes et indemnités-assiduité 7,5 %, sujétion 8,21 %)

3. une tentative de comparaison entre les rémunérations proposées aux personnels soignants non médecins dans le secteur privé et dans le secteur public

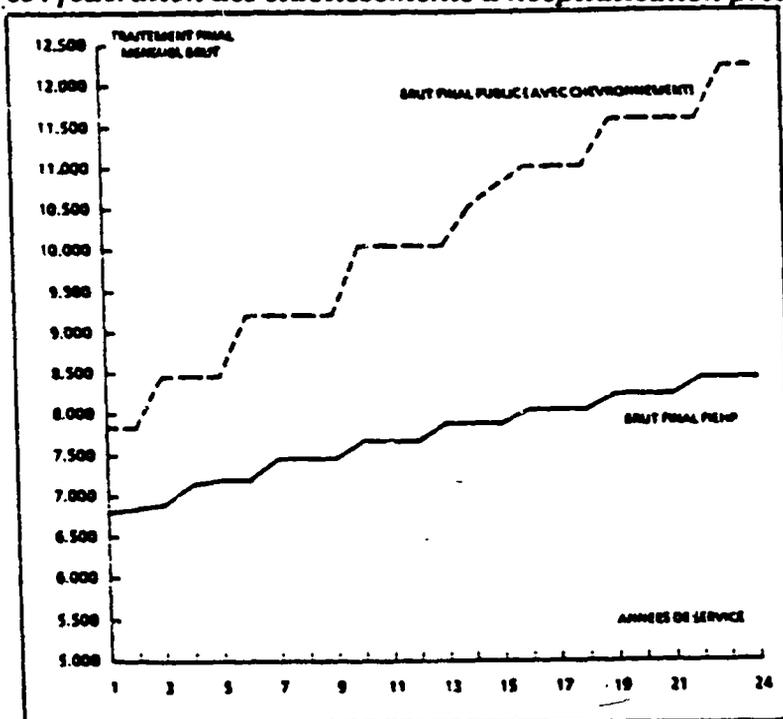
L'idée, selon laquelle les rémunérations pratiquées dans le secteur privé seraient, dans l'ensemble, inférieures, a été confirmée par la plupart des personnes auditionnées appartenant au secteur public.

L'évaluation chiffrée fournie par les organisations auditionnées (UHP - FIEHP) donne un écart de 15-30 % au détriment du secteur privé. En outre, il est important de rappeler que les prélèvements sociaux sont supérieurs dans le privé à ce qu'ils sont dans le public (de l'ordre de 3 à 5 % du salaire brut (1), et que par conséquent l'écart entre les rémunérations nettes est plus prononcé que celui entre les rémunérations brutes.

Le tableau ci-dessous a été établi à partir de données communiquées par la F.I.E.H.P.

Comparaison des salaires - personnel soignant non médecin - public/privé

(Source : fédération des établissements d'hospitalisation privés)



(1) retenues secteur public : 14,05 % du traitement brut indiciaire retenues secteur privé, entre 16,7 et 21,8 %, du salaire total brut, soit un "taux représentatif pour le secteur envisagé d'environ 19,4 %.

Source : Syndicat national des Masseurs Kinésithérapeutes salariés (S.N.M.K.S.)
1er mars 1989

III. LES REVENDICATIONS PARTICULIÈRES : LES PERSONNELS SOIGNANTS NON MÉDECINS DANS L'HÔPITAL

S'il est vrai que "l'important c'est le regard de l'autre", l'autre, en l'espèce, c'est aussi -et peut-être même surtout- le collègue d'une profession voisine. Chacun observe l'autre, sans animosité, mais aussi sans concession.

Avant de présenter l'origine et de donner des exemples de revendications catégorielles résultant de la grille salariale actuelle, quelques observations générales paraissent nécessaires.

A. OBSERVATIONS LIMINAIRES

Le mouvement collectif de l'automne exprime, sur le plan salarial, la juxtaposition d'une revendication générale et de revendications catégorielles. Ces revendications ont, un moment, fusionné.

Trois courtes remarques peuvent être faites à ce sujet :

Le conflit -amorcé par les infirmières anesthésistes et lancé par les infirmières diplômées d'Etat- s'est progressivement étendu aux autres catégories professionnelles de l'hôpital.

Parmi la profession elle-même, la démarche est contrastée. Il est clair que, pour de nombreuses catégories qui s'estimaient pénalisées depuis de nombreuses années, le mouvement des infirmières, de surcroît soutenu par l'opinion publique, a été une occasion exceptionnelle de s'exprimer.

Tel ce manifeste du collectif national des kinésithérapeutes-ergothérapeutes, syndiqués, non syndiqués salariés : *"Le mouvement des infirmières a créé une première brèche dans le discours gouvernemental. A nous de l'élargir, conjointement aux autres catégories, afin de faire aboutir nos justes revendications spécifiques !"*

Les infirmières ont parfaitement pris conscience de cette extension. Avec certaines réserves sans doute. *"La coordination des infirmières a cultivé son particularisme en refusant que ses revendications soient noyées dans celles de l'ensemble des personnels hospitaliers"* (Le Monde 11 janvier 1989).

Enfin, il doit être noté que des revendications catégorielles ont d'abord été exprimées par les personnels soignants non médecins ; la comparaison de leur situation

matérielle par rapport à celle des médecins fut tout à fait exceptionnelle.

Cependant, l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et élèves (A.N.F.I.I.D.E.), dans son manifeste de novembre 1988, y fait allusion et rappelle le memorandum de la Fédération hospitalière de 1974 ; *"Il faut honorer la profession d'infirmière à sa juste valeur, celle qui touche à la vie. Pourquoi y aurait-il toujours un écart de 1 à 10 ou 15 entre la rémunération de l'infirmière et celle de son "patron" médecin ? Une société plus juste dont on nous a tant parlé doit atténuer cette différence rapidement et de façon sensible"*.

Outre que l'écart mentionné est sans aucune commune mesure avec la réalité des rémunérations des médecins hospitaliers, il semble que les revendications aient porté bien davantage sur les professions voisines.

B. PRÉSENTATION DES REVENDICATIONS CATEGORIELLES

A travers la multiplication des revendications catégorielles de chacune des dix-huit professions, trois idées se dégagent des auditions auxquelles la mission a procédé :

- de nombreuses professions cherchent à se différencier des professions voisines,
- la formation et la rémunération sont liées,
- les points de comparaison entre les professions sont divers.

1. De nombreuses professions cherchent à se différencier des professions voisines

Les caractéristiques particulières des sages-femmes sont bien connues. Une formation longue, des responsabilités lourdes, une pratique valorisante génèrent ou entretiennent un profil, voire une culture propre. La réaction -les protestations- des intéressées à l'idée d'un rapprochement avec les puéricultrices peut être rappelée pour mémoire (*"pas de puéricultrices dans les maternités, c'est clair"*).

L'exemple des pédicures-podologues, représentés par une fédération et un syndicat, illustre le désir d'une identité bien définie de la part d'une profession numériquement modeste (en hôpital : 34 à temps plein, 219 à temps partiel) : *"Nous avons discuté*

longuement sur l'amalgame entre la profession de pédicure-podologue et d'autres professions qui sont uniquement auxiliaires de médecine. Un tel amalgame n'est pas acceptable." (audition du Syndicat national des podologues - 5 avril 1989).

Le cas des aides soignantes est autrement plus délicat tant les clivages paraissent profonds et importantes les conséquences budgétaires de leurs revendications. Les aides-soignantes demandent une revalorisation de leur condition dans la mesure notamment où elles estiment effectuer parfois les tâches relevant des infirmières.

2. Le lien entre la formation et la rémunération

Quelques exemples peuvent être donnés.

"Les responsabilités des infirmières et leur niveau d'études par rapport aux aides-soignantes ne se traduisent pas dans les salaires : exemple :

- IDE	BAC + 3	7.500 brut/mois (début de carrière)	
- IDE spécialiste	BAC + 5	7.500 brut/mois	"
en anesthésie réanimation			
- IDE spécialiste	BAC + 4	7.500 brut/mois	"
en puériculture			
- AS	BEPC + 1	6.500 brut/mois	"
- ASH	CEP	5.700 brut/mois	"

Il n'apparaît d'après ce tableau aucune différence de salaire entre IDE et IDE spécialisée." (Document remis à la mission sénatoriale lors de la rencontre avec les personnels soignants non médecins de l'hôpital de Gien - 20 avril 1989).

Les citations reproduites ci-après sont toutes extraites des comptes-rendus sténographiques de la mission sénatoriale.

Les psychologues

"Nous sommes les seuls fonctionnaires du système de santé à bénéficier d'une formation de troisième cycle. C'est la raison pour laquelle nous occupons une place spécifique. Nous bénéficions d'une formation à bac +5 au minimum et souvent à bac +6 ou +7. En conséquence, nous souhaiterions que nos rémunérations soient

harmonisées avec celles des ingénieurs et des pharmaciens des hôpitaux. A l'heure actuelle, nous en sommes loin." (audition des associations, fédération, syndicat et coordination des psychologues - 5 avril 1989).

Les infirmières anesthésistes

Les infirmières anesthésistes se comparent volontiers aux infirmières diplômées d'Etat et mettent en avant leur niveau de spécialisation, la durée et l'effort que représentent des études supplémentaires, les horaires pénibles.

"Je ne dis pas que leur travail soit plus dur que celui des infirmières, mais elles ont davantage de contraintes (...) deux personnes qui ont des niveaux de formations différents (bac +5 ou bac +3) terminent au même indice. Ce n'est pas logique." (audition du S.N.I.S.A.R. - 21 février 1989).

Dès lors, *"pourquoi une infirmière diplômée d'Etat se spécialiserait-elle si c'est pour un déroulement de carrière peu différent de celui d'une infirmière DE ?"* (Coordination nationale des infirmières anesthésistes - audition du 21 février 1989).

Les puéricultrices

"A l'heure actuelle, la formation des puéricultrices n'est pas reconnue dans leur rémunération. Une puéricultrice en fin de carrière est au même indice qu'une infirmière" (document remis après l'audition des puéricultrices - 1er mars 1989).

La reconnaissance de la formation dans la fixation des rémunérations est une revendication constante et souvent exprimée avec vigueur. Mais dans la fonction publique, les écarts de rémunération ne traduisent pas toujours les niveaux de formation, comme chez les enseignants ; il apparaît cependant que certaines spécialités semblent encore mal valorisées (les infirmiers anesthésistes en constituent le cas le plus évident).

3. la diversité des points de comparaison entre les professions

Ces références fréquentes aux professions voisines concernent les grilles salariales, le déroulement des carrières, la

rémunération pendant la formation, l'âge de la retraite et, d'une façon générale, tout élément ayant une incidence salariale directe.

Les quelques exemples ci-dessous illustrent cette affirmation.

Les sages-femmes

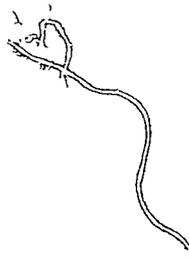
"J'aimerais rappeler les indices d'autres professions qui, si elles sont particulièrement importantes dans le fonctionnement de l'hôpital, n'ont pas à assumer les responsabilités qui sont les nôtres. Par exemple, une assistante sociale démarre, en début de carrière, un peu au-dessus des sages-femmes, et termine largement au-dessus du projet de statut des sages-femmes de base. Cela n'est pas acceptable. Une assistance sociale chef termine au même niveau que les sages-femmes surveillantes chefs. Or, les responsabilités légales et médicales d'une sage-femme sont bien supérieures à celles d'une assistance sociale, fût-elle chef." (audition des sages-femmes - 1er mars 1989).

Les orthophonistes

"Nous réclamons l'assimilation au cadre A, notamment eu égard à la similitude entre l'exercice professionnel des orthophonistes et celui des psychologues (pendant la phase du diagnostic) et à la formation. En outre, au début de leur exercice en milieu hospitalier, les orthophonistes ont été assimilés aux psychologues, puis se sont trouvés ramenés, en novembre 1973, au cadre B" (document remis à la mission sénatoriale par la Fédération nationale des orthophonistes - 16 mars 1989).

Les puéricultrices

"La différence de salaire (entre les deux spécialités) s'accroît avec la carrière (...). Un certain nombre de sages-femmes suivent une formation de puéricultrice pour compléter leurs études, mais redeviennent sages-femmes pour ne pas diminuer leur salaire (...). La puéricultrice, en passant en classe supérieure, redevient infirmière au point de vue indiciaire, même si elle a un diplôme de sage-femme." (audition de l'association des auxiliaires de puériculture - 19 avril 1989).



Les laborantins

"Nous n'avons pas la prime Veil parce que nous sommes considérées comme du personnel non soignant, et que des gens dans les bureaux ont un jour décidé que nous n'avons pas de contact avec les malades. Mais nous avons des contacts avec la maladie ! tuberculose il y a 15 ans, Sida aujourd'hui" - (entretien avec les personnels du groupe hospitalier La Pitié-La Salpêtrière - 13 juin 1989).

Les ergothérapeutes

"L'âge de la retraite est fixé à 60 ans pour les ergothérapeutes. Lorsqu'ils arrivent à cet âge, ils sont vraiment épuisés par leur travail. Les kinésithérapeutes bénéficient de la retraite à 55 ans, ce qui est une amélioration certaine." (audition du collectif des ergothérapeutes - 21 février 1989).

Les laborantins

"Nous avons changé de statut à la fin des années 60, et nous avons été considérées comme personnel administratif, avec la retraite à 60 ans, contre 55 pour les infirmières : on se sent à l'écart". (entretien avec le personnel du groupe hospitalier La Pitié-La Salpêtrière - 13 juin 1989).

Les aides-soignantes

"Les aides soignantes sont pénalisées pour la retraite. Elles partent avec 60 % de leur salaire brut alors que les autres agents des établissements hospitaliers ont la garantie de 80 %." (audition du groupe d'étude, de recherche et d'action pour la formation d'aides-soignantes - 19 avril 1989).

Au-delà de leur caractère parfois parcellaire, ces témoignages accumulés montrent bien que chacun est tour à tour acteur et modèle, demandeur et référence, ce qui souligne et illustre la complexité des problèmes salariaux des personnels soignants non médecins.

C. LES MULTIPLES VERROUS DES GRILLES INDICIAIRES

Les différentes grilles indiciaires, qui inspirent également le plus souvent les conventions collectives, sont le symbole et contribuent à ces blocages, résultat des *"hasards et maladroites codificatoires"* (M. J.B. Auby - Droit social, février 1989). Les échelons de début de carrière divergent dès le départ, comme pour une course. Les échelons de fin de carrière sont différents. Les progressions sont plus ou moins rapides. Les courbes de carrières s'enchevêtrent, les unes s'arrêtent quand d'autres continuent... créant *"un gigantesque échafaudage incompréhensible. Voilà l'image de la grille salariale de la fonction publique hospitalière"* (C.F.D.T. Magazine : le salaire des infirmières - décembre 1988).

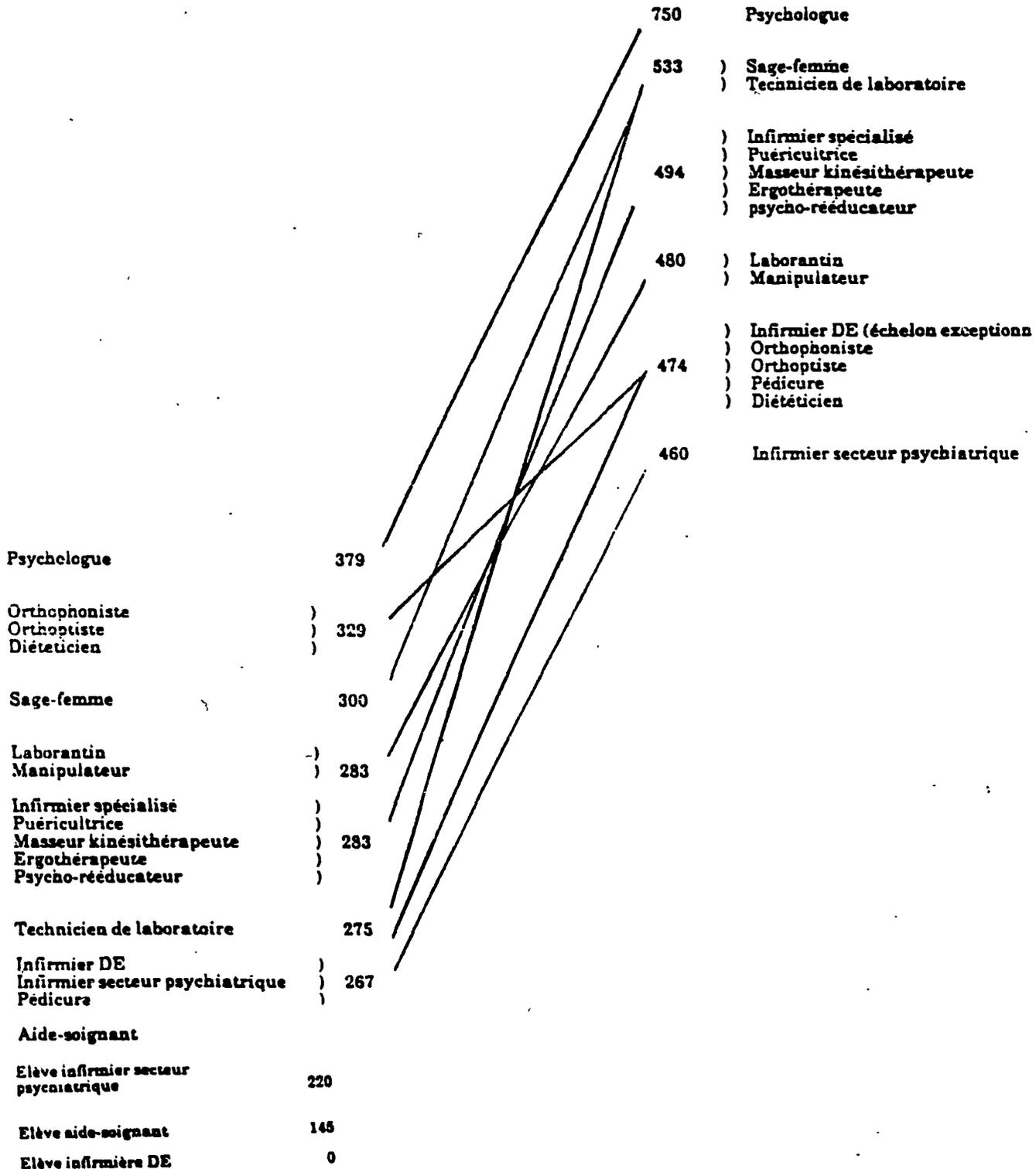
Le schéma ci-après permet de visualiser la diversité et l'inégalité des situations.

Le schéma ci-après permet de visualiser la diversité et l'inégalité des situations.

Tableau de synthèse des carrières des personnels hospitaliers soignants non médecins (Source : ministère de la Santé avant accord novembre 1988)

Indices début de carrière

Indices fin de carrière



Ce tableau aide à situer l'origine de l'amertume de certaines catégories qui débutent au même niveau mais n'ont pas accès aux mêmes indices (infirmiers du secteur psychiatrique - infirmiers D.E.), ou qui culminent au même indice en démarrant différemment (orthophonistes, orthoptistes, infirmiers D.E.), le tout sans aucun lien logique avec les conditions d'accès aux professions et la durée des formations.

La révision des grilles, telles qu'elle a été entamée à la fin de l'année 1988 aurait dû tenir compte de cet état de fait et y remédier.

CONCLUSION

PROPOSITIONS DE LA MISSION SENATORIALE POUR LES PERSONNELS SOIGNANTS NON MEDECINS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

I. - LA FORMATION

A - La formation initiale

Constat : l'éclatement des formations

Les professions de soignants non médecins ont des formations hétérogènes. Cette atomisation, non dictée par la qualité des soins, n'est pas toujours réellement justifiée par la spécificité de telle ou telle profession.

Le rattachement des formations à l'université est souvent réclamé. Il supposerait de régler le problème du financement de ces formations et, par ailleurs, celui de l'amélioration des cours théoriques. La question des équivalences de diplômes est à examiner.

Proposition n° 1 : regrouper les formations

Réunir dans des tronc communs la formation initiale d'un maximum de professions de soignants non médecins. La création de quatre tronc communs pourrait être envisagée :

- un pour les infirmières, réalisant la fusion de la formation des infirmières psychiatriques avec celle des infirmières diplômées d'Etat (infirmières en soins généraux et infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation, en salle d'opération, en puériculture et aussi en urgence et en gériatrie) ;

- un pour les rééducateurs (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues) ;

- un pour les personnels médico-techniques (manipulateurs en électro-radiologie médicale et en électro-encéphalographie, laborantins d'analyses médicales, techniciens spécialisés en circulation extra-corporelle...).

- un pour les auxiliaires de soins (aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques).

Des unités de valeur permettraient d'acquérir une formation spécialisée.

Elles s'obtiendraient, tant au cours du tronc commun qu'immédiatement après celui-ci ou ultérieurement au cours de la carrière et intégreraient des réponses aux besoins nouveaux (ex. unités de valeur de psychologie et d'animation pour la gériatrie, unités de valeur spécifiques pour l'urgence ...)

Constat : l'absence de formation au travail en équipe

Les personnels soignants ne sont pas formés au travail en équipe qui constitue pourtant la réalité quotidienne de leurs fonctions ; ils ont en particulier une connaissance insuffisante des autres personnels soignants.

Proposition n° 2 : Mieux faire connaître à chaque professionnel de santé l'ensemble des professions soignantes

Introduire dans les études de tous les personnels soignants -médecins et non médecins- une connaissance des autres professions constituant l'équipe de soins et une initiation à la communication et à la gestion des ressources humaines au sein de l'équipe médicale.

Constat : la multiplicité des diplômes

L'hétérogénéité de la sanction des études, des homologations ou des passerelles génère des ressentiments.

Proposition n° 3 : harmoniser les titres de fin d'étude

Harmoniser les titres de fin d'études, les homologations des diplômes et les passerelles entre professions (voir les tableaux pages 12 à 16 du présent rapport).

Constat : le financement des écoles d'infirmières

Ces écoles connaissent d'importantes difficultés financières. L'essentiel de leur budget de fonctionnement est alimenté -pour les écoles hospitalières- par la subvention d'équilibre reversée par l'hôpital qui augmente alors que la dotation financière de l'Etat diminue.

Proposition n° 4 : multiplier les sources de financement des écoles d'infirmières

Faire participer l'ensemble des employeurs au financement de la formation des infirmières (cliniques privées, entreprises employant des infirmières), les financements publics (Etat, voire région ...) devant être assurés, conformément à la répartition des compétences.

B - La formation continue

Constat : l'insuffisance de tous les moyens alloués à la formation continue

Le budget consacré à la formation continue des personnels soignants non médecins n'est pas à la mesure des exigences liées à l'évolution rapide des techniques médicales et au vieillissement des personnels en activité.

La formation continue concerne des individus isolés, ce qui diminue son efficacité.

Certains personnels sont exclus des plans de formation pour des motifs d'organisation du service liés aux insuffisances d'effectif de remplacement ce qui provoque de nombreuses insatisfactions chez les personnels empêchés d'accéder à l'épanouissement individuel et professionnel auquel ils aspirent.

Proposition n° 5 : améliorer les crédits, les méthodes et augmenter les effectifs des bénéficiaires de la formation continue

Remplacer dans leur service les personnels en congé de formation.

Accroître de manière significative les fonds consacrés à la formation continue et promouvoir des méthodes de formation destinées à l'équipe tout entière et dispensée sur le lieu de travail. Favoriser l'intégration des personnels "faisant fonction" et des personnels de nuit dans les plans de formation.

Constat : les limites de la formation professionnelle

De nombreux personnels soignants sont contraints de renoncer à des actions de promotion professionnelle en raison d'une prise en charge sociale et financière insuffisante, voire inexistante.

Proposition n° 6 : généraliser la contractualisation des actions de promotion professionnelle

Assurer la prise en considération des annuités de promotion professionnelle dans le calcul des droits à la retraite.

Favoriser la prise en charge contractuelle de la rémunération par les établissements hospitaliers des personnes en congé de promotion professionnelle ; l'assortir d'un "engagement de servir" l'hôpital de la part de l'intéressé pendant une durée proportionnelle à celle de la formation.

II. - LE STATUT, LES COMPETENCES ET LES MODALITES DE REPRESENTATION DES PERSONNELS

A - Le statut des personnels soignants non médecins

Constat : l'insuffisante compatibilité des statuts et des compétences

Le statut dit de catégorie B type est souvent inadapté.

Proposition n° 7 : étudier la possibilité d'élaborer un statut propre aux personnels soignants

Mener une étude en vue de l'élaboration d'un statut spécifique des personnels soignants qui serait comparable, dans son schéma général, à celui des médecins hospitaliers, sans que soit pour autant remis en cause le statut de la fonction publique hospitalière auquel une part non négligeable des personnels s'est montré attachée.

Constat : l'insuffisance des perspectives de carrière

Les principes du statut de la fonction publique ne permettent pas la prise en compte de la spécificité des fonctions de certains personnels ni d'offrir à ceux-ci des perspectives de carrière suffisamment attractives -participant ainsi à la démotivation des personnels que la mission a jugée dangereuse pour l'avenir de l'hôpital en France-. La récente suppression du grade de surveillant-chef vient de montrer les dangers qu'il y avait à méconnaître la spécificité des fonctions de l'encadrement.

Proposition n° 8 : redonner une place de premier plan à l'encadrement

Revaloriser la notion d'encadrement par la création d'un corps d'encadrement relevant de la catégorie A.

B - Les compétences des personnels soignants non médecins

Constat : l'évolution de la répartition des compétences

Les compétences des uns et des autres, notamment au sein de l'équipe soignante, ne sont pas toujours identifiées ; ainsi à titre d'exemple, les infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation pratiquent, semble-t-il, dans certaines situations et par délégation, des actes médicaux.

Proposition n° 9 : préciser les compétences des infirmiers-anesthésistes

Dans l'intérêt du service et des personnels concernés, revoir le décret du 17 juillet 1984 modifié dans le but de prendre acte du rôle joué en fait par les infirmiers-anesthésistes.

C - La représentation des personnels

Constat : la place limitée des personnels soignants non médecins dans les instances représentatives des fonctionnaires ou des salariés

Les différents collèges, au sein desquels les personnels sont représentés en leur qualité de fonctionnaires ou de salariés, ne permettent pas la représentation des personnels soignants non médecins en tant que tels. Le taux de syndicalisation des personnels soignants non médecins est particulièrement faible.

Proposition n° 10 : assurer dans les instances la représentation des personnels soignants non médecins

Prévoir un représentant au moins des personnels soignants non médecins au sein de chacun des collèges : conseil d'administration, comité technique paritaire, commission administrative paritaire, conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, conseil supérieur des hôpitaux.

Constat : l'absence de représentation des personnels soignants non médicaux en tant que tels au sein de l'établissement

La mission observe que les personnels soignants, à l'exception des sages-femmes, ne sont pas représentés en tant que soignants, dans le cadre de l'établissement.

Proposition n° 11 : favoriser l'expression des personnels soignants non médecins, à l'échelon du service.

Instituer la participation de ces personnels à des échanges de vues périodiques au sein du service.

III. - LES CONDITIONS DE TRAVAIL : PREOCCUPATION PREMIERE DES PERSONNELS

**Un préalable : la connaissance de la réalité
hospitalière**

*Constat : l'inadéquation des critères d'évaluation du
travail à l'hôpital*

**Les choix effectués en matière de gestion des personnels
soignants reposent trop souvent sur des critères ne prenant pas
suffisamment en compte la réalité du travail hospitalier.**

*Proposition n° 12 : se donner réellement les moyens
d'évaluer l'activité des personnels soignants et des services*

**Faire porter l'effort sur la mise en place d'outils
permettant d'évaluer la charge de travail des équipes
soignantes.**

*Proposition n° 13 : utiliser les ressources de l'ergonomie, de
l'épidémiologie et des médecins du travail*

**Encourager les études ergonomiques ou
épidémiologiques et renforcer le rôle des médecins du travail,
en vue de diminuer la pénibilité du travail hospitalier et ses
conséquences sur l'absentéisme.**

A - Les effectifs

Constat : la demande générale de renforcement des effectifs

**Unanimentement ressenti par les personnels soignants, le
sous-effectif dans les établissements est une réalité incontestable,
bien que les facteurs en soient multiples et l'ampleur très variable.
Cette situation appelle un effort prioritaire et des réponses
diversifiées.**

Proposition n° 14 : renforcer les effectifs

Ce renforcement doit obéir à trois priorités : le remplacement des absences pour congés, la création de postes dans les services où la situation est la plus dégradée (urgences, transplantations d'organes, long séjour...), l'amélioration du secrétariat médical.

Proposition n° 15 : améliorer la mobilité des personnels

La mobilité des personnels soignants doit intervenir dans de meilleures conditions, en se limitant à des services aux activités connexes, afin que les personnels puissent mieux s'épauler.

Proposition n° 16 : améliorer qualitativement les "pools" de remplacement

La formation des personnels des "pools" de remplacement doit être améliorée et, au niveau de chaque établissement, des mesures incitatives doivent être instaurées afin d'y attirer des personnels expérimentés. Mettre en place, là où la taille de l'hôpital le permet, des "pools" de remplacement multiples, centrés sur des activités voisines (médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales, maternité et pédiatrie).

B - La cohésion et l'efficacité de l'équipe de soins

Constat : la mauvaise circulation de l'information au sein des services

La trop grande parcellisation des tâches, la succession des équipes au cours de la journée et les obstacles à la communication au sein du service sont autant de facteurs qui diminuent la motivation des personnels soignants et l'efficacité du travail auprès du malade.

Proposition n° 17 : rendre plus effective la mise en place du dossier de soins infirmiers

Le dossier de soins infirmiers doit être adapté aux particularités de chaque service, en veillant à ce que toutes les catégories de soignants participent à sa tenue.

Proposition n° 18 : instituer un chevauchement minimal

Qu'un chevauchement minimal soit réellement appliqué et consacré au passage des consignes, à la réflexion sur le cas des malades et à la diffusion des informations intéressant l'ensemble du personnel du service.

Proposition n° 19 : mieux intégrer les équipes de nuit et le personnel à temps partiel

Améliorer le fonctionnement des équipes de nuit, en renforçant l'encadrement et, lorsqu'il n'existe pas de rotation des équipes, en organisant régulièrement des recyclages pour la formation des personnels. Une action analogue pourrait être étendue au personnel à temps partiel.

Proposition n° 20 : associer pleinement à l'activité du service l'ensemble des personnels soignants non médecins

Permettre une meilleure prise en compte par l'équipe de soins (médecins et non-médecins) des professions extérieures au service au sens restreint (rééducateurs, psychologues, personnels médico-techniques) en sensibilisant les personnels à une approche pluridisciplinaire de la santé.

C - La participation des personnels et la communication au sein de l'hôpital

Constat : le manque de participation et de communication au sein de l'hôpital

Cette déficience est ressentie par la grande majorité des personnels. Elle est de nature à accentuer les risques de démotivation.

Proposition n° 21 : assurer une véritable circulation de l'information

Favoriser toute initiative permettant d'informer le personnel soignant des projets de la hiérarchie administrative comme médicale et de décloisonner les différents services de l'hôpital.

Proposition n° 22 : imaginer de nouvelles méthodes de communication

Développer, là où elles sont encore insuffisantes, les possibilités d'expression du personnel soignant, au niveau de l'équipe comme de l'hôpital.

IV. - LES REMUNERATIONS

A - Les perspectives de carrière

L'augmentation des salaires est une revendication souvent exprimée en premier ou peut-être plus souvent en second après l'augmentation des effectifs.

Elle recouvre des cas fort divers et il est impossible d'y apporter une solution du type 1.000 F de plus pour tout le monde qui ne répond pas à la demande réelle.

Constat : la stagnation des salaires à certaines étapes des carrières est mal supportée

Souvent des personnels se sont plaints de l'absence de toute augmentation de salaire ou de promotion arrivés à un certain échelon, ainsi des personnes ayant accompli normalement le cursus de leur catégorie se voient verser le même salaire pendant les 10 ou 15 années qui les séparent encore de la retraite. Il est évident qu'une telle stagnation associée à des conditions de travail difficiles est fortement démotivante et explique en partie la brièveté des carrières des infirmières.

Proposition n° 23 : veiller à une évolution dynamique des rémunérations

Prévoir à toutes les étapes de la vie professionnelle des personnels soignants non médecins des perspectives de carrière et donc de rémunération.

Revoir en conséquence les indices en tenant compte des niveaux et de la technicité des diverses professions les unes par rapport aux autres.

B - La rémunération des infirmières durant leurs études

Constat : les études se composent de périodes de scolarité et de stages à l'hôpital

Les infirmières en soins généraux participent à de nombreuses tâches dans les services hospitaliers au cours de leurs études.

Proposition n° 25 : rémunérer les infirmières durant leurs études ou, à tout le moins, indemniser leurs périodes de stages

Cela devrait permettre d'attirer des jeunes en nombre plus important vers cette profession en échange bien entendu d'un engagement d'une durée minimale -proportionnelle à la durée des études- avec les établissements hospitaliers d'y travailler à la sortie des études. Cela assurerait en outre la possibilité d'adapter les flux des effectifs en général et par spécialisation, aux besoins.

C - Les primes ou les congés spécifiques

Constat : les contraintes des personnels soignants non médecins

Les personnels soignants non médecins se plaignent souvent de contraintes particulières propres à un service ou à une période de l'année.

Proposition n° 26 : imaginer des primes et des congés adaptés aux contraintes

Prendre en considération la réalité même de la charge de travail et la tension nerveuse qui en résulte et attribuer des primes ou des congés spécifiques. Dès à présent, augmenter la prime de nuit.

*

* *

Les propositions ci-dessus énoncées forment un ensemble. Il est toutefois possible de dissocier certaines d'entre elles, de cet ensemble, mais d'autres propositions sont inapplicables sans la mise en oeuvre préalable ou simultanée d'un certain nombre des réformes préconisées. Par exemple, les personnels ne peuvent faire pleinement valoir des exigences en matière de rémunération que si leur formation initiale et continue est adaptée à leurs fonctions et si leur participation à l'équipe de soins est à la hauteur de l'exigence légitime du malade.

Les propositions de la mission sénatoriale ont pour but de contribuer à atténuer le malaise réel, profond et persistant des personnels soignants non médecins. Les mesures catégorielles prises jusqu'à présent n'ont pas été à la mesure de cet enjeu essentiel. C'est pourquoi les réformes à entreprendre dès à présent doivent l'être en profondeur afin d'enrayer le phénomène de démotivation progressive des personnels en vue d'assurer aux malades accueillis dans les établissements hospitaliers français un excellent niveau de qualité des soins dans l'Europe de demain.

A N N E X E S

ANNEXE I - Liste des personnalités et des organisations entendues par la mission d'information au cours des auditions

ANNEXE II - Liste des rencontres avec les personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers

ANNEXE III - Chronologie des mouvements revendicatifs des personnels soignants des établissements hospitaliers

ANNEXE IV -

1 - Protocole d'accord du 21 octobre 1988

2 - Avenant au protocole du 21 octobre 1988

ANNEXE I

Liste des personnalités et des organisations entendues par la mission d'information au cours d'auditions

A. MINISTRES ET PERSONNALITES

- M. Claude EVIN, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale
- Mme Michèle ANDRE, secrétaire d'Etat chargé des droits des femmes (commission sur la place et le rôle de l'infirmière)
- M. Adolphe STEG, rapporteur du Conseil économique et social sur "L'urgence à l'hôpital"

B. REPRESENTANTS DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION

- Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés à but non lucratif (F.E.H.A.P.)
- Fédération hospitalière de France (F.H.F.)
- Fédération française intersyndicale des établissements d'hospitalisation privés (F.I.E.H.P.)
- Union hospitalière privée (U.H.P.)

C. CORPS MEDICAL

- conférence des présidents des commissions médicales d'établissement (CME) des centres hospitaliers universitaires
- conférence des présidents des (Commissions Médicales d'Etablissement) des hôpitaux généraux
- Mme ESTRYN-BEHAR, médecin du travail, auteur d'une étude sur "Les pathologies des personnels hospitaliers féminins et les conditions de travail"

D. SYNDICATS

- Fédération nationale des syndicats des services de santé et des services sociaux (C.F.D.T.)

- Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé sociaux (C.F.T.C.)
- Fédération française des professions de santé et de l'action sociale (C.G.C.)
- Fédération de la santé et de l'action sociale (C.G.T.)
- Fédération des personnels des services publics et des services de santé (F.O.)

E. CADRES HOSPITALIERS

- Syndicat national des cadres hospitaliers (S.N.C.H.)

F. PSYCHOLOGUES

- Association nationale des psychologues des hôpitaux publics (A.N.P.H.P.)
- Coordination nationale des regroupements et syndicats de psychologues praticiens (C.N.R.S.P.P.)
- Fédération nationale des étudiants en psychologie (F.N.E.P.)
- Syndicat national des psychologues (S.N.P.)

G. SAGES-FEMMES

- Association des directrices et monitrices des écoles de cadres sages-femmes et de sages-femmes
- Association des sages-femmes de l'assistance publique de Paris
- Association nationale d'enseignement et de recherche pour la formation des étudiants sages-femmes
- Commission permanente d'étude des problèmes professionnels
- Association nationale des sages-femmes surveillantes-chefs
- Regroupement national des sages-femmes occupant un poste d'encadrement
- Fédération nationale des associations de sages-femmes
- Organisation nationale des syndicats de sages-femmes
- Union nationale des syndicats de sages-femmes
- Fédération nationale des associations d'information continue des praticiennes de l'obstétrique

H. INFIRMIERES

- Association des directeurs des écoles de formation infirmières et cadres hospitaliers de l'Assistance publique à Paris (ADEFIC)
- Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et élèves (A.N.F.I.I.D.E.)
- Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres (C.E.E.I.E.C.)
- Coordination nationale des infirmières
- Coordination nationale des infirmiers anesthésistes
- Fédération nationale des infirmières
- Syndicat national des infirmiers et des surveillants anesthésistes et réanimateurs (S.N.I.S.A.R.)
- Union nationale des associations et des syndicats d'infirmières et d'infirmiers français (U.N.A.S.I.I.F.)

I. PUERICULTRICES

- Association nationale des puéricultrices diplômées d'Etat
- Syndicat national des puéricultrices

J. ERGOTHERAPEUTES, MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

- Association nationale française des ergothérapeutes (A.N.F.E.)
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés (A.N.K.S.)
- Collectif national des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes salariés (S.N.H.K.S.)
- Union nationale des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs handicapés visuels (U.N.H.K.R.H.)

K. ORTHOPHONISTES, PSYCHOMOTRICIENS ET ORTHOPTISTES

- Collectif des orthophonistes et des psychomotriciens
- Fédération française des psychomotriciens
- Fédération nationale des orthophonistes
- Fédération des orthophonistes de France

- Syndicat national autonome des orthoptistes

L. MANIPULATEURS D'ELECTRO-RADIOLOGIE ET LABORANTINS

- Association française du personnel paramédical d'électro-radiologie**
- Coordination médico-technique**

M. DIETETICIENS

- Association des diététiciens de langue française**
- Syndicat national professionnel des diététiciens**

N. PODOLOGUES

O. AIDES-SOIGNANTS ET AUXILIAIRES DE PUERICULTURE

- Groupe d'études de recherche et d'action pour la formation d'aides-soignants**
- Association des auxiliaires de puériculture**
- Fédération nationale des podologues**
- Syndicat national des podologues**

ANNEXE II

Liste des rencontres avec les personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers

- 20 avril 1989 :** **Hôpital Général de Gien : services de médecine, de chirurgie et de maternité.**
Hôpital spécialisé de Fleury-les-Aubrais (psychiatrique).
- 24 mai 1989 :** **Hôpital Boucicaut à Paris : service de cardiologie et de micro chirurgie.**
Hôpital de Saint-Cloud (service de long séjour).
- 7 juin 1989 :** **Maternité régionale Adolphe Pinard à Nancy : services d'accouchement et de néonatalité.**
Centre hospitalier régional et universitaire de Nancy : services d'accueil, de neurochirurgie, de chirurgie cardiovasculaire (transplantation) et de gastroentérologie.
- 13 juin 1989** **Groupe hospitalier La Pitié - La Salpêtrière : services de biologie, de radiologie et de cardiologie.**
- 14 juin 1989** **Centre médico-chirurgical de la Porte de Choisy : services de chirurgie.**

ANNEXE III

CHRONOLOGIE DES MOUVEMENTS REVENDICATIFS DES PERSONNELS SOIGNANTS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1988

Fin juin - début juillet

Grève d'infirmières et de personnel hospitalier à Ivry sur Seine et Vitry (Val de Marne).

29 septembre

Grève nationale des infirmières.

6 octobre

Grève des infirmières, à l'initiative des coordinations qu'elles ont créées. M. Claude Evin engage des négociations avec les seuls syndicats.

7 octobre

Manifestations des infirmières, dans plusieurs villes.

13 octobre

Manifestations organisées à Paris par la coordination nationale des infirmières (80.000 personnes) et les syndicats (15.000 personnes). Les négociations reprennent au ministère de la Santé.

21 octobre

Protocole d'accord relatif aux infirmières signé par les syndicats C.F.D.T., C.F.T.C. et F.O..

23 octobre

La coordination des infirmières vote la reprise du travail.

24 octobre

M. Claude Evin signe avec trois syndicats (la C.F.D.T., la C.F.T.C. et F.O.) un accord sur la revalorisation de leur carrière : propositions rejetées par la coordination.

3 novembre

Manifestation des infirmières à Paris, à l'appel de la coordination nationale et de la C.G.T.

1989

24 février

La coordination nationale des infirmières se constitue en association selon la loi de 1901.

28 février

Accord entre la coordination des syndicats de praticiens hospitaliers et le ministre de la santé.

1er mars

Grève des médecins et des psychiatres.

Les biologistes se rendent en délégation au ministère, avec les pharmaciens.

Les anesthésistes refusent d'assurer les gardes et astreintes.

3 mars

Grève des masseurs-kinésithérapeutes.

6 mars

Grève des infirmières anesthésistes

8 mars

Manifestation des internes.

Grève des infirmières anesthésistes.

25 mai

Manifestation de cadres hospitaliers et d'élèves infirmières

28 mai

Demande de réouverture du dossier des infirmières

31 mai

Début de la grève des puéricultrices dans les crèches parisiennes.

1er juin

Grève des cadres hospitaliers.

4 juin

4 % de personnel en grève dans les hôpitaux parisiens.

ANNEXE IV

1. Le protocole d'accord du 21 octobre 1988

2. L'avenant au protocole d'accord du 21 octobre 1988

21 octobre 1988

PROTOCOLE D'ACCORD FAISANT SUITE
AUX REUNIONS DE TRAVAIL TENUES LES 7, 10, 11, 12 ET 13 OCTOBRE
AU MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE,
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Les réunions plénières ayant eu lieu sous la présidence du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement.

- Le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Porte-Parole du Gouvernement.
- La Fédération de la santé et de l'action sociale - CGT -
- La Fédération des personnels des services publics et des services de santé - FORCE OUVRIERE -
- La Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux - CFDT -
- La Fédération nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et services sociaux - CFTC -
- La Fédération française santé action sociale - CFE-CGC -

Après avoir étudié les différents problèmes posés :

1) par les personnels infirmiers en fonction dans les établissements hospitaliers publics,

2) par les aides soignants de ces mêmes établissements,

Sont convenus de ce qui suit :

.../....

I - STATUT ; REMUNERATIONS ; INDEMNITES

PERSONNELS INFIRMIERS

1) Le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière sera saisi d'un projet de statut concernant les infirmiers diplômés d'Etat, les infirmiers de secteur psychiatrique, et les infirmiers spécialisés (dont les puéricultrices).

Le futur statut qui entrera en application à compter du 1er décembre 1988, s'organisera autour du schéma suivant : la carrière se déroulera sur trois grades, les deux premiers grades concernant le déroulement de carrière des infirmiers en application du principe de la distinction du grade et de l'emploi ; le troisième grade demeurera un grade fonctionnel réservé aux surveillants et aux surveillants-chefs.

2) Le premier grade sera affecté d'une échelle indiciaire comportant sept échelons. Cette échelle débutera à l'indice brut 274 (INM 261) et se terminera pour les infirmiers diplômés d'Etat à l'indice brut 487 (INM 412). Elle se terminera pour les infirmiers psychiatriques à l'indice brut 460 (INM 393). En outre, elle sera assortie d'un échelon exceptionnel 493 brut (INM 416) accessible aux infirmiers spécialisés autres que ceux spécialisés en anesthésie-réanimation et d'un échelon exceptionnel 507 brut (INM 428) accessible aux infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation. Chacun de ces échelons est accessible après trois ans d'ancienneté au septième échelon.

Les bonifications d'ancienneté suivantes seront accordées : six mois pour les infirmiers de secteur psychiatrique, un an pour les infirmiers diplômés d'Etat.

En ce qui concerne les infirmiers spécialisés autres que ceux spécialisés en anesthésie-réanimation, une bonification supplémentaire de six mois sera accordée lors de leur nomination en cette qualité ; cette bonification sera portée à un an pour les infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation.

La situation des infirmiers de secteur psychiatrique sera revue lors de l'harmonisation du diplôme d'Etat d'infirmier et du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Le deuxième grade sera affecté de l'échelle de rémunération correspondant au deuxième niveau de la catégorie B type. Cette échelle débutera à l'indice brut 418 (INM 360) et se terminera à l'indice brut 533 (INM 447). Elle comprendra cinq échelons et se déroulera sur une durée moyenne de treize ans.

Le passage à ce deuxième grade sera accordé dans la limite de 28 % de l'effectif des deux premiers grades aux agents du premier grade ayant accompli 15 ans de fonction dans ce grade ou à un agent lorsque le pourcentage n'est pas applicable. La montée en charge se fera progressivement de telle sorte que, dès 1989, 6 000 agents soient promus, et, dès 1990, 5 000 agents supplémentaires. Priorité sera donnée aux infirmiers ayant atteint le dernier échelon actuellement accessible.

Le troisième grade sera affecté de l'échelle de rémunération correspondant au troisième niveau de la catégorie B type. Elle débutera à l'indice brut 384 (INM 341) et se terminera à l'indice brut 579 (INM 480). Cette échelle comprendra sept échelons et se déroulera sur une durée moyenne de treize ans.

3) Primes et indemnités :

a) Le montant de la prime spécifique prévue par l'arrêté du 28 avril 1975 sera porté à 350 F par mois pour tous les infirmiers, quelle que soit leur ancienneté de service.

b) Une indemnité égale à vingt points d'indice nouveau majoré sera attribuée aux surveillants-chefs. Cette indemnité donnera lieu à retenue pour pension.

L'ensemble des mesures ci-dessus prendront effet au 1er décembre 1988.

c) En outre, une prime supplémentaire sera accordée aux infirmiers se trouvant aux échelons correspondant soit à l'indice brut 274, soit à l'indice brut 306. Cette prime sera attribuée en deux étapes : 100 F par mois au 1er décembre 1989 et 100 F au 1er décembre 1990, soit à cette dernière date 200 F par mois. Elle sera indexée sur l'évolution des traitements dans la fonction publique.

L'ensemble des reclassements seront effectués, compte tenu de la situation actuelle à indice égal ou immédiatement supérieur. Le futur statut présenté au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière précisera pour chaque grade et chaque échelon les modalités de conservation d'ancienneté.

LES AIDES-SOIGNANTS

Le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière sera saisi d'un projet de statut particulier concernant les aides soignants. Par rapport aux dispositions actuelles, ce projet prévoira que la carrière des aides soignants (classés au groupe III de rémunération) se poursuivra dans un grade d'avancement classé au groupe IV de rémunération avec possibilité d'accès au groupe V selon les règles applicables aux personnels des niveaux C et D des établissements hospitaliers publics.

Ce grade d'avancement pourrait être créé avec l'appellation "aides soignants principaux". Il sera ouvert à 15 % de l'effectif des aides soignants (ou à un agent dans les établissements où cette proportion ne pourra pas être appliquée).

Pourront être promus les fonctionnaires ayant atteint le 7ème échelon du groupe IV de rémunération, groupe auquel peuvent normalement accéder les agents classés dans le groupe III. Des instructions seront données pour que soient nommés, en premier lieu, dans le nouveau grade les fonctionnaires ayant atteint le 10ème échelon du groupe IV de rémunération. La mesure sera applicable dès le 1er décembre 1988.

II LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les établissements hospitaliers connaissent depuis plusieurs années des évolutions profondes dues aux progrès de la médecine et à la mise en oeuvre de technologies nouvelles dans de nombreux secteurs.

Ce mouvement permanent dans les hôpitaux doit être répercuté dans un domaine aussi important que celui des conditions de travail des personnels.

1) Développer les relations sociales dans les établissements :

a) Les comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail verront leur rôle et leurs missions réaffirmés ; des précisions seront apportées dans une instruction sur leur composition et la périodicité de leurs réunions ; les moyens financiers seront donnés aux établissements pour que les membres des CHSCT soient formés de façon à jouer efficacement leur rôle (sur la base de 335 francs par jour de formation) ; rappelons que le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés dans l'établissement ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, que cette institution est composée presque exclusivement de représentants des salariés, qu'elle a la possibilité de procéder ou faire procéder à des enquêtes en cas d'accidents ou de maladies professionnelles graves ou répétitifs, qu'elle peut procéder à des inspections sur les lieux de travail et doit être consultée avant toute décision modifiant les conditions d'hygiène de sécurité et de conditions de travail.

b) Pour améliorer l'analyse des charges de travail élément déterminant de l'organisation du travail et notamment de la répartition des effectifs, une méthodologie spécifique d'analyse des charges de travail à l'hôpital sera élaborée avec l'appui technique d'organismes agréés et spécialisés en matière d'analyse des situations de travail.

Par ailleurs les études faites périodiquement sur les relations entre santé et conditions de travail chez les personnels soignants seront intensifiées ; ces études ont pour objectif d'éclairer sur les conséquences à moyen terme des différents facteurs de pénibilité et d'observer les évolutions de ces différents facteurs.

c) Une instruction rappellera la nécessité d'élaborer dans chaque établissement un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail ; ce programme sera désormais fondé sur les enseignements tirés des rapports annuels constitués dans le cadre de l'application du décret sur le bilan social.

2) Promotion du dialogue entre les différents partenaires au sein des établissements

a) Une instruction rappellera la nécessité et l'obligation d'organiser au moins une fois par an dans les services des rencontres associant les infirmières et les autres catégories de personnel à la définition des objectifs du service, de ses projets, et de ses choix.

b) Une incitation sera faite pour que l'encadrement soignant suive des formations lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour faire évoluer l'organisation et les relations de travail à l'intérieur des équipes soignantes grâce à une réflexion collective sur le fonctionnement actuel ; ces compétences devront être acquises lors du certificat cadre ou au travers de modules de formation continue destinés à l'encadrement en fonction.

c) Soixante dix postes de médecins du travail seront créés afin que la médecine du travail puisse effectivement remplir la mission qui lui est assignée d'analyse des postes de travail dans les services sur un tiers de son temps.

3) Améliorer la représentation des personnels non médicaux dans les instances délibérantes

Le Ministre s'engage à augmenter de façon significative le nombre de représentants du personnel dans les conseils d'administration des établissements : le nombre de ces représentants passera de 1 à 3 dans les C.H. et de 2 à 5 dans les C.H.U..

La représentation des personnels au sein du Conseil Supérieur des hôpitaux sera augmentée de façon significative ; le nombre de représentants passera de un à trois.

4) Il sera entrepris une réflexion avec les professionnels au sein de groupes de travail organisés par le ministère afin de recenser, d'étudier et de promouvoir les innovations en matière d'organisation du travail et de planification des soins infirmiers. Dans ce cadre, une réflexion sera également menée sur la place de l'infirmière dans l'hôpital.

5) Redéploiement de personnel : les préfets de département et de région organiseront chaque année des réunions des représentants du personnel hospitalier pour leur présenter un bilan des redéploiements (état des procédures, évaluation des effets) et exposer les orientations futures.

6) Travail de nuit : les personnels bénéficiaires de la majoration spécifique pour travail intensif de nuit se verront accorder une augmentation de 10 % du montant de cette majoration.

7) Organisation du travail : seront envisagés les moyens d'assurer dans de meilleures conditions les remplacements des congés.

A cet effet, seront dégagés les crédits nécessaires à la rémunération de 1 500 postes dans le cadre du budget de 1989.

Les crédits correspondant à la rémunération de ces postes se présenteront sous forme de mensualités de remplacement, et éventuellement sous forme de création de postes budgétaires.

Cette mesure a pour objectif d'éviter deux phénomènes :

. les demandes de remplacement de dernière minute qui viennent perturber la vie extra professionnelle déjà difficile à organiser des personnels soignants

. les fonctionnements en effectifs réduits qui alourdissent la charge de travail et amènent à une autocensure en matière de demande de formation.

Pour tenir compte de la diversité des situations, ces crédits seront répartis de la manière suivante : 2/3 au prorata des enveloppes régionales des dépenses de personnel venant s'ajouter à la marge de manoeuvre régionale, 1/3 constituant une réserve gérée par l'administration centrale pour répondre aux situations ponctuelles et spécifiques.

III FORMATION

A - LA REVALORISATION DE LA FORMATION INITIALE DES INFIRMIERES

1° Redéfinition de nouvelles conditions d'admission dans les écoles d'infirmières.

Afin d'obtenir de meilleures garanties quant à la qualité des candidats postulant à une formation infirmière, les dispositions de l'arrêté du 23 décembre 1987 seront modifiées avant la fin de cette année.

En dehors des candidats issus de la promotion professionnelle hospitalière, pourront se présenter au concours d'entrée les candidats :

- titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme reconnu équivalent ;
- ayant cinq années d'activité professionnelle et pré-sélectionnés par une commission vérifiant et validant les acquis de formation des intéressés.

Cette mesure permet de s'assurer du niveau au concours d'entrée tout en ne fermant pas les possibilités de promotion professionnelle autre que hospitalière.

2) Adaptation des formations afin de parvenir à une plus grande polyvalence des infirmières.

Le Ministre s'engage à réaliser au cours des deux prochaines années un rapprochement des deux filières de formation en vue de la création d'un diplôme d'Etat pour les soins généraux comme pour les soins psychiatriques. Les nouvelles dispositions qui seront arrêtées tiendront compte des orientations de la Communauté Européenne actuellement en cours d'élaboration.

Au cours de cette période une analyse objective et exhaustive sera conduite pour mieux appréhender les besoins de formation en infirmiers de secteur psychiatrique.

B - LA REVALORISATION DE LA FORMATION CONTINUE ET DE LA PROMOTION PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERES ET DES PERSONNELS HOSPITALIERS

1) Promouvoir une formation continue adaptée à la réalité des pratiques

- a) Simplification de la réglementation relative à la formation continue.

Une refonte des textes actuels sera entreprise au cours du 1er semestre 1989 en étroite concertation avec le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. L'objectif en la matière est de parvenir à des simplifications réglementaires comparables à celles en vigueur pour la fonction publique d'Etat ou territoriale.

- b) Instauration pour tous les établissements hospitaliers d'une obligation minimale de 1 % des rémunérations affectées au financement de la formation continue

Le Gouvernement s'engage à procéder, dès 1989, aux modifications réglementaires nécessaires afin que le 1 % réservé à la formation continue soit mis en place dans tous les établissements hospitaliers et ne constitue plus un plafond mais un plancher.

Cette mesure permettra aux établissements de pouvoir développer des actions de formation dans le cadre de leur budget, au delà de la limite actuelle du 1 %. Elle permettra d'éviter dans certains établissements un report dans le temps des actions de formation, pour utiliser les crédits correspondants.

Cette mesure est une avancée très importante pour les agents comme pour les établissements et devrait permettre une évolution rapide en matière de formation continue.

c) Mise en place de nouvelles procédures participatives en matière d'élaboration des programmes de formation continue

Il convient en la matière de mieux associer les personnels à l'élaboration du contenu de ces programmes afin de tenir compte :

- des besoins individuels,
- des besoins collectifs des services ou départements hospitaliers,
- des besoins liés aux objectifs de l'établissement.

A cet effet, la confection d'un guide méthodologique d'élaboration des plans de formation sera entreprise prochainement en concertation avec les organisations professionnelles concernées.

Il est également nécessaire d'instaurer une meilleure association et participation des représentants des personnels à l'élaboration des plans et à la mise en place de nouvelles procédures d'évaluation des actions de formation.

Pour ce faire, diverses mesures seront prises dans les prochains mois afin que les comités techniques paritaires des établissements jouent un rôle accru dans la démarche d'élaboration des plans de formation grâce à un meilleur calendrier de mise en oeuvre afin d'améliorer la compréhension des objectifs poursuivis.

d) Mise en place du congé individuel de formation

Son financement sera assuré par une obligation de mutualisation de 0,1 % de la masse des rémunérations versées par les établissements ; le financement à hauteur de 0,1 % vient s'ajouter au 1 % visé au § b. Les crédits ainsi dégagés seront utilisés selon des modalités proches de celles de la fonction publique de l'Etat ou de la fonction publique territoriale.

Cette mesure va offrir à l'ensemble des agents hospitaliers, la possibilité de demander en vue de leur formation personnelle un congé individuel de formation ; pendant la durée de ce congé qui ne pourrait excéder douze mois l'agent resterait en position d'activité et percevrait dans la limite des crédits disponibles une indemnité forfaitaire correspondant à 85 % de son traitement brut et de l'indemnité de résidence ; le montant de cette indemnité ne pourrait excéder le traitement brut et l'indemnité de résidence afférents à l'indice brut 379 d'un agent en fonction à Paris.

Ce congé peut être utilisé en une seule fois ou réparti au long de la carrière.

L'ensemble des modalités d'application seront précisées lors de la refonte des textes relatifs à la formation continue, mais resteront en tout état de cause proches de celle de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale.

2) Réactivation d'une politique de promotion professionnelle en faveur des personnels infirmiers, paramédicaux, administratifs, techniques et ouvriers

a) Remise à niveau de la part de la promotion interne dans le recrutement des infirmières

Au cours des quatre dernières années, ce mode de recrutement est passé de 10 % à 3 %.

Le Gouvernement s'engage, dans le cadre d'un plan de redressement de 5 ans, à réajuster à 10 % le recrutement des infirmiers par promotion interne des aides soignantes notamment.

Cette disposition devrait permettre à l'avenir d'éviter que des agents soient préparés au concours d'entrée des écoles d'infirmières, puis ne soient pas pris en charge par la promotion professionnelle lorsqu'ils sont reçus et que des débouchés existent dans l'établissement.

b) Développer l'accès des agents des services hospitaliers à la profession d'aide soignante

Outre la possibilité offerte par le congé individuel de formation et afin d'atteindre à terme et progressivement le quota recommandé par le ministère d'une ASH pour trois aides soignantes, des mesures seront également étudiées afin d'inciter les établissements à promouvoir des débouchés pour les ASH, dans le cadre du "1 %", par des actions de mise à niveau préalable aux études d'aide soignante.

c) Pour ce qui concerne les catégories C et D, et les personnels des services techniques et généraux concernés par des évolutions techniques, voire des reconversions, des études seront entreprises pour définir les formations adaptées à ces changements.

CALENDRIER

L'élaboration des projets de statuts des agents des services hospitaliers, des infirmières générales adjointes et infirmières générales, des autres personnels paramédicaux et médico-techniques, des sages femmes, des personnels des écoles sera entreprise à partir du début du mois de novembre 1988.

Les projets de statuts des personnels techniques ouvriers des services généraux, des personnels administratifs seront présentés aux commissions spécialisées du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière à partir du début de l'année 1989.

Les projets de statuts des personnels sociaux éducatifs visés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 seront également présentés aux commissions spécialisées du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière à partir du début de l'année 1989.

Les annexes n° 1, n° 2 et n° 3 sont jointes au présent protocole.

Fait à Paris, le

La Fédération de la santé
et de l'action sociale
CGT

La Fédération des personnels
des services publics et des
services de santé
FORCE OUVRIERE

La Fédération nationale des
syndicats des services de santé
et services sociaux
CFDT

La Fédération nationale des
syndicats chrétiens des
personnels actifs et retraités
des services de santé et
services sociaux
CFTC

La Fédération française santé
et action sociale
CFE - CGC

Le Ministre de la Solidarité,
de la Santé et de la Protection
Sociale,
Porte-Parole du Gouvernement

ANNEXE N° 1 du Protocole d'accord du 21 octobre 1988
 INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT
 INFIRMIERS DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

<u>Ancienne situation</u>				<u>Nouvelle situation</u>			
	Durée	IB	INN	Durée	IB	INN	
3 ^{ème} NIVEAU 6 échelons 15 ans <u>Surveillants chefs</u>		<u>579</u>	<u>480</u>	2 1/2	579 547	480 456	* 7 échelons 13 ans <u>surveillants chefs</u> <u>surveillants</u>
	4	547	456	2 1/2	510	430	
	3	510	430	2	479	406	
	3	485	411	2	448	383	
	3	461	394	2	423	365	
	2	438	376	2	384	341	
2 ^{ème} NIVEAU 7 échelons 20 ans <u>Surveillants</u>	4	<u>533</u> 501	<u>447</u> 423				** 5 échelons 13 ans Niveau accessible aux infirmiers après 15 ans au 1 ^{er} niveau
	4	472	402		<u>533</u>	<u>447</u>	
	4	438	376	4	501	423	
	3	415	358	3	473	402	
	3	390	346	3	441	378	
	2	367	328	3	418	360	
1 ^{er} NIVEAU 12 échelons 25 ans <u>Infirmiers</u>	4	<u>474</u> 460	<u>403</u> 393				7 échelons 18 ans IDE 14 ans infirmiers psychiatriques. Lors du recrutement les bonifications d'ancienneté sui- vantes sont accordées : 1an pour les IDE 6 mois pour les I. psychiatriques (1) fin de carrière des infirmiers psychiatriques. (2) fin de carrière des I.D.E.
	3	430	370				
	3	395	348				
	3	377	335				
	3	360	323		(2) 487	412	
	2	342	309	4	(1) <u>460</u>	<u>393</u>	
	1 1/2	328	298	4	425	366	
	1 1/2	315	289	4	375	334	
	1 1/2	301	278	3	339	306	
	1 1/2	<u>289</u>	<u>269</u>	2	<u>306</u>	<u>282</u>	
	1	274	261	1	274	261	

* pour les surveillants chefs une indemnité égale à 20 points d'indices nouveaux majorés et donnant lieu à retenue pour pension est attribuée dès la nomination en cette qualité.

** le passage au deuxième niveau sera accordé dans la limite de 28 % au choix, tant aux infirmiers IDE qu'aux infirmiers psychiatriques, de l'effectif des deux premiers niveaux. Les infirmiers au 1^{er} niveau devront au minimum avoir accompli 15 ans de fonction dans ce niveau.

ANNEXE N° 2 du Protocole d'accord du 21 octobre 1988
 INFIRMIERS SPECIALISES AUTRES QUE CEUX
 SPECIALISES EN ANESTHESIE REANIMATION

Ancienne situation

Nouvelle situation

	Durée	IB	INM	Durée	IB	INN	
3ème NIVEAU 6 échelons 15 ans <u>Surveillants chefs</u>		<u>579</u>	<u>480</u>	2 1/2	<u>579</u> <u>547</u>	<u>480</u> <u>456</u>	* 7 échelons 13 ans <u>surveillants chefs</u> <u>surveillants</u>
	4	547	456	2 1/2	510	430	
	3	510	430	2	479	406	
	3	485	411	2	448	383	
	3	461	394	2	423	365	
	2	438	376	2	384	341	
2ème NIVEAU 7 échelons 20 ans <u>Surveillants</u>	4	<u>533</u> 501	<u>447</u> 423				** 5 échelons 13 ans Niveau accessible aux infirmiers après 15 ans au 1er niveau
	4	472	402	4	<u>533</u> 501	<u>447</u> 423	
	4	438	376	4	473	402	
	3	415	358	3	441	378	
	3	390	346	3	418	360	
	2	367	328	3			
1er NIVEAU 12 échelons 21 ans <u>Infirmiers</u>	3	<u>480</u> <u>460</u>	<u>407</u> 393				7 échelons + 1 échelon Par rapport aux IDE, une bonification supplémentaire de 6 mois est accordée soit d'emblée, lors recrutement en qual d'infirmier spéciali soit en cours de car rière, lorsque la spécialisation est postérieure au recru tement en qualité d'
	3	430	370				
	3	395	348				
	3	377	335		<u>493</u>	<u>416</u>	
	2	360	323	3	487	412	
	1 1/2	342	309	4	460	393	
	1 1/2	328	298	4	425	366	
	1 1/2	315	289	4	375	334	
	1 1/2	301	278	3	339	306	
	1	<u>289</u>	<u>269</u>	2	306	282	
			1	274	261		

* pour les surveillants chefs une indemnité égale à 20 points d'indices nouveaux majorés et donnant lieu à retenue pour pension est attribuée dès la nomination en cette qualité.

** le passage au deuxième niveau sera accordé au choix dans la limite de 28 %, de l'effectif des deux premiers niveaux. Les infirmiers au 1er niveau devront en plus avoir accompli 15 ans de fonction dans ce niveau.

ANNEXE N° 3 du Protocole d'accord du 21 octobre 1988

INFIRMIERS SPECIALISES EN ANESTHESIE-REANIMATION

	<u>Ancienne situation</u>			<u>Nouvelle situation</u>			
	Durée	IB	INM	Durée	IB	INM	
3 ^{ème} NIVEAU 6 échelons 15 ans <u>Surveillants chefs</u>							•
		579	480	2 1/2	579 547	480 456	7 échelons 13 ans
	4	547	456	2 1/2	510	430	<u>surveillants chefs</u>
	3	510	430	2	479	406	<u>surveillants</u>
	3	485	411	2	448	383	
	3	461	394	2	423	365	
	2	438	376	2	384	341	
2 ^{ème} NIVEAU 7 échelons 20 ans <u>Surveillants</u>							**
	4	533 501	447 423				5 échelons 13 ans
	4	472	402	4	533	447	Niveau accessible aux infirmiers
	4	438	376	3	501	423	après 15 ans au 1er niveau
	3	415	358	3	473	402	
	3	390	346	3	441	378	
	2	367	328	3	418	360	
1 ^{er} NIVEAU 12 échelons 25 ans <u>Infirmiers</u>							***
	4	494 480	417 407				7 + 1 échelon 21 ans
	3	460	393				Par rapport aux IDE une bonifica- tion supplémentaire
	3	430	370		507	428	d'un an est accordée soit d'emblée lors du recrutement en
	3	395	348				qualité ISAR soit en cours de carrière
	3	377	335				lorsque la spéciali- sation est postérieure au recrutement en
	2	360	323	3	487	412	qualité d'IDE.
	1 1/2	342	309	4	460	393	
	1 1/2	328	298	4	425	366	
	1 1/2	315	289	4	375	334	
	1 1/2	301	278	3	339	306	
	1	289	269	2	306	282	
				1	274	261	

• pour les surveillants chefs une indemnité égale à 20 points d'indices nouveaux majorés et donnant lieu à retenue pour pension est attribuée dès la nomination en cette qualité.
 • le passage au deuxième niveau sera accordé au choix dans la limite de 28 %, de l'effectif des deux premiers niveaux.
 Les infirmiers au 1er niveau devront au minimum avoir accompli 15 ans de fonction dans ce niveau.
 *** échelon fonctionnel accessible aux infirmiers spécialisés en anesthésie réanimation.

PARIS, LE 21 octobre 1988

AVENANT AU PROTOCOLE DU 21 OCTOBRE 1988

- La bonification indiciaire soumise à retenue pour pension mentionnée au I- 3ème b du protocole est portée à trente points d'indice nouveau majoré.

- Il est inséré les précisions suivantes au grand I du protocole d'accord du 21 Octobre 1988 :

. Pour le reclassement des Infirmiers Diplômés d'Etat et des Infirmiers de Secteur psychiatrique classés au 3ème échelon (avant 9 mois), 5ème échelon (avant 1 an), et 7ème échelon (avant 2 ans et 6 mois), lors du reclassement, trois échelons intermédiaires provisoires seront créés permettant aux intéressés d'anticiper le gain indiciaire qui aurait été obtenu, au maximum respectivement après 9 mois, 1 an et 2 ans et 6 mois. La durée respective de ces échelons provisoires sera de : 9 mois, 1 an et 2 ans et 6 mois.

. Pour les Infirmiers Diplômés d'Etat au 11ème échelon (avant 2 ans), une solution ayant des effets analogues sera recherchée et sera soumise simultanément au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

. Pour les Infirmiers Spécialisés, une même méthode de reclassement provisoire sera opérée pour les agents suivants :

- . Infirmiers de salle d'opération)
- . Puéricultrices) 2ème, 4ème et 6ème échelons
- . Infirmiers Spécialisés en)
- Anesthésie-Réanimation) 6ème échelon

- Le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale s'engage ouvrir une concertation avec les partenaires sociaux concernés sur les problèmes conventionnels du secteur privé à but non lucratif, dès le début du mois de novembre 1988.

- Le Ministre demandera aux gestionnaires des Etablissements que s'ouvrent dès le début du mois de Novembre des négociations au niveau de chaque hôpital, portant sur l'organisation et les conditions de travail, ainsi que sur l'évolution des postes budgétés et non pourvus. Un bilan de ces concertations sera présenté devant le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, au cours du 1er trimestre 1989.

- Le Ministre s'engage à organiser, tant au niveau des Etablissements hospitaliers qu'au plan régional et national, une réflexion concertée avec l'ensemble des personnels des services de soins, sur le rôle et la place de l'infirmière dans l'organisation des soins. A cette occasion, un groupe de travail national sera plus particulièrement chargé de présenter au Ministre une synthèse finale dès le mois de Février 1989.

- Les jours de grève donneront lieu à retenue dans la limite de 50% du 30ème de la rémunération mensuelle jusqu'au 21 Octobre 1988 inclus. Un 30ème par jour de grève à compter du 22 Octobre 1988.

Fait à Paris, le 24 octobre 1988

Fédération de la Santé et
de l'Action Sociale C.G.T.

Fédération des Personnels des
Services Publics et des Services
de Santé FORCE-OUVRIERE

Fédération Nationale des
Syndicats des Services de
Santé et Services Sociaux
Santé C.F.D.T.

Fédération Nationale des Syndicats
Chrétiens des Personnels Actifs
et Retraités des Services de
et Services Sociaux C.F.T.C.

Fédération Française Santé
Action Sociale C.F.E. - C.G.C.

Le Ministre de la Solidarité, de la Santé
et de la Protection sociale