



## CNR Santé

Monsieur le ministre,

L'AFDS, toujours force de propositions, vous fait part des réflexions de ses adhérents.

Les directeurs des soins sont membres de l'équipe de direction et sont régis par

- Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut de corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière
- Le décret n° 2022-463 du 31 mars 2022 modifiant le déroulement de carrière du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

L'Association Française des Directeurs des Soins regroupe l'ensemble des directeurs des soins adhérents qui ont suivi la formation à l'EHESP (École des hautes études en santé publique).

**Les directeurs des soins sont au cœur de la mise en œuvre de la politique de santé et travaillent en collaboration avec les autres directeurs adjoints, en collaboration avec le président de la Commission Médicale d'Établissement et de groupement sous l'autorité du chef d'établissement.**

Qu'ils exercent en établissement de santé, en instituts de formation, dans les administrations déconcentrées de l'État, ils pilotent et coordonnent les processus de soins ainsi que l'ingénierie des formations paramédicales, l'adaptation des organisations paramédicales aux besoins en soins de la population, le top-management de l'ensemble de la filière paramédicale des établissements de santé et des instituts de formation placées sous leur responsabilité, le développement des compétences des professionnels paramédicaux et des nouveaux métiers soignants, la recherche paramédicale en soins-management-pédagogie, la qualité et la sécurité des soins.

**La contribution au Conseil National de la Refondation Santé de l'Association Française des Directeurs des Soins nous a semblé indispensable** pour apporter ce regard particulier que peuvent partager les directeurs des soins du fait de leur expertise. Cette expertise se déploie dans les organisations paramédicales, du management et de la pédagogie, de l'articulation des processus des prises en charge des patients et résidents dont ils ont une expérience certaine, en collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires médicaux et administratifs, de la mise en adéquation des compétences paramédicales nécessaires aux organisations des soins, qu'elles soient en intra hospitalier, au sein des GHT ou en articulation avec les acteurs libéraux.

Le **CNR Santé** lancé le 3 octobre 2022 au Mans par le Ministre de la Santé et de la Prévention, décline la démarche souhaitée par le Président de la République, qui a pour ambition de revivifier le débat démocratique et faire face aux enjeux forts devant lesquels se trouve le pays. La santé est considérée comme une thématique majeure pour laquelle les professionnels, élus et citoyens sont invités à trouver ensemble des solutions innovantes pour améliorer l'accès à la santé, répondre à des questionnaires et initier des projets dans leur bassin de vie pour le volet santé du CNR. Pour cela, **4 grands défis** ont été identifiés :

- **Donner** un accès à un médecin traitant ou une équipe traitante pour tous et en particulier aux plus fragiles.
- **Garantir** la permanence des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés.
- **Créer** une nouvelle alliance pour une politique de prévention dans le quotidien des français.
- **Mobiliser** les leviers locaux d'attractivité du système de santé.

**Afin de participer à la construction de propositions concrètes, l'Association Française des Directeurs des Soins a formalisé une synthèse des réflexions des membres adhérents autour d'éléments de contexte et de propositions prioritaires.**

En annexe l'ensemble du travail de formalisation, fourni par toutes les contributions des adhérents, est ajouté à la synthèse.

*Recevez, Monsieur le ministre de Santé et de la Prévention, au nom de l'Association Française des Directeurs des Soins, l'assurance de notre respectueuse considération.*

*Laurence Laignel*

Laurence LAIGNEL, présidente

[presidence@afds-directeurs.fr](mailto:presidence@afds-directeurs.fr)

[www.afds-directeurs.fr](http://www.afds-directeurs.fr)



## Contribution AFDS au Conseil National de la Refondation Santé

### Synthèse des réflexions

## Thème 1 : PRÉVENTION

### Éléments de contexte

Le Ministère de rattachement des établissements de santé est le Ministère de la Santé et de la Prévention, soulignant ainsi l'importance de la prévention dans le système de santé.

**Les causes d'échec en matière de prévention et les freins à la mise en place de politiques de prévention efficaces reposent sur 3 principales raisons :**

- Une organisation construite sur un modèle conceptuel biomédical et individuel : ce modèle ne permet pas de penser globalement les prises en charge en dehors d'un schéma séquentiel qui conduit à opposer prévention et soins, à hiérarchiser la place des différents acteurs et à considérer qu'une fois que la maladie est installée, il n'y a plus rien à faire en termes de prévention ;
- Une dispersion des actions et des financements entre les champs sanitaire et médico-social, entre niveau national et niveau local : les actions sont multiples, plus ou moins adaptées aux contextes locaux, financées sur des budgets et des fonds non pérennes. Les organisations reposent en premier lieu sur des initiatives locales, ce qui conduit à une organisation hétérogène sur le territoire, facteur d'accroissement des inégalités sociales.
- Une distinction artificielle entre prévention et soins alors que l'activité de prévention ne peut se développer que si elle est pleinement intégrée aux soins. En termes cliniques, la distinction est d'autant plus inopérante que la frontière entre soins curatifs et soins préventifs est floue, fondée sur une approche théorique qui peut paraître artificielle. Par exemple, la prévention tertiaire relève de la prévention tout en participant aux soins curatifs ; différents actes médicaux, comme la mesure de la pression artérielle ou la mesure de la glycémie, ont une visée à la fois diagnostique dans un but curatif et préventif

### Préconisations des directeurs des soins

- Encourager le travail en commun au travers d'équipes de territoire permettant de faciliter les coopérations hospitalières.
- Intégrer dans les projets de pôles Santé Publique les campagnes de dépistages en lien avec les programmes de santé de la ville, avec les associations de patients, avec l'éducation nationale, l'université, avec la médecine du travail (entreprises).
- Prendre soin de l'équilibre psychique des jeunes et des moins jeunes afin de ne pas tomber dans la maladie mentale (notion d'acculturation à la santé mentale) et développer des compétences psycho-sociales (gestion des émotions, communication non violente, estime de soi...).
- Solliciter des intervenants communautaires pour pouvoir agir au plus près des lieux de vie et toucher les populations les plus précaires (dépistage et repérage des problèmes, orientation précoce dans les dispositifs de prise en charge...).

- Sensibiliser la population à l'intérêt des actions de prévention sur des thématiques diverses telles que l'activité physique, les addictions, la sexualité (contraception, IST), le bien-être au travail, les violences, la communication, l'alimentation, la vaccination, la sensibilisation au bon usage des médicaments notamment des antibiotiques, le temps d'écran, le temps d'écoute (écouteurs et protection auditive), les perturbateurs endocriniens (aliments, cosmétiques), la pollution de l'air et le développement d'un esprit critique (internet, études, médias, lobbies pharmaceutiques, etc...).
- Comme pour l'optique, le dentaire et l'audition, pour lesquels le reste à charge est nul, les consultations avec les diététiciennes ou les psychologues devraient être gratuites pour la population.
- Développer la recherche et l'innovation en prévention.

## Thème 2 : ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

### Éléments de contexte

**Le droit à l'accès aux soins s'impose en tant que droit humain fondamental (Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948).**

L'accès aux soins de santé pour tous ne peut se réaliser que si l'offre est suffisamment adaptée pour atteindre la population dans toute sa diversité. Ainsi, il dépend aussi bien des facteurs contextuels liés à l'offre que des caractéristiques de la demande de soins. Ces facteurs peuvent être classés en 4 dimensions principales :

- La sensibilité aux besoins de santé,
- La disponibilité des soins de santé,
- L'accessibilité financière,
- L'acceptabilité.

L'accès aux soins est **compromis** dès que des difficultés apparaissent dans une ou plusieurs de ces dimensions.

**Concernant la première dimension**, il convient ainsi de pouvoir identifier les problèmes ou risques de santé au sein de chaque territoire (par un dépistage précoce par exemple) pour proposer l'accès primaire (qui correspond à l'entrée dans le système de soins, le premier contact avec les professionnels de santé) et initier l'accès secondaire (qui correspond au déclenchement des soins curatifs ou préventifs après le premier contact puis l'accès au traitement nécessaire dans la prise en charge clinique en fonction des risques individuels de santé).

**La deuxième dimension** suppose que les services soient non seulement atteignables de manière raisonnable (physiquement ou à distance) mais aussi dans un délai raisonnable (30 min par exemple), avec une plage horaire suffisamment étendue (8h-20h ou H24 et 7j/7 selon la l'offre globale sur le territoire et la fréquentation estimée ou réelle après évaluation) et avec une prise de contact aisée par l'ensemble de la population sans discrimination (en tenant compte notamment des patients fragiles, détenus ou en situation précaire), dans des conditions adaptées aux besoins des patients (par exemple en garantissant la communication dans la langue du patient ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite ou présentant un handicap). Cette dimension porte d'une part sur la question quantitative de la régulation de l'offre des prestataires en fonction des besoins de la population et, d'autre part, sur les aspects organisationnels et pratiques de la mise en œuvre des services de santé (la commodité). L'offre doit donc être suffisante et matériellement accessible. La disponibilité est influencée par un ensemble de facteurs

comme la répartition géographique de l'offre sur le territoire, le développement d'une offre de services mobiles, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de RDV est organisée, la façon dont les services communiquent avec les patients via des canaux accessibles et utilisables par l'ensemble de la population, incluant aussi la communication pour faire connaître les services.

**La troisième dimension** correspond au fait que les contributions personnelles sont suffisamment limitées pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé n'expose pas les patients à des difficultés financières en cas de recours. Cela fait écho ici à la couverture des soins par l'assurance maladie et le reste à charge éventuel pris en charge par les mutuelles.

**La quatrième et dernière dimension** correspond au seuil minimum de qualité perçue requis pour que les patients acceptent de recourir aux soins de santé : qualité des soins, confiance dans les compétences des prestataires (formations suivies, diplômes obtenus, expérience professionnelle), réputation des structures de santé, qualité des infrastructures (confort des chambres individuelles avec douche et wc par exemple mais aussi TV et accès wifi) et des équipements, information reçue et communication avec les professionnels de santé.

## Préconisations des directeurs des soins

### Concernant la sensibilité aux besoins de santé

- Considérer davantage les facteurs de risques sociaux, psycho-sociaux et socio-économiques de la maladie afin de ne pas engendrer des inégalités sociales de santé.
- Développer les coopérations entre professionnels de santé (protocoles de coopération locaux et nationaux, pratiques avancées...) pour fluidifier et optimiser les prises en soins (vaccination par les paramédicaux, réalisation de pose de plâtres, compenser la désertification médicale au domicile ou en EHPAD, élargir les actes délégués aux AS selon l'évolution du contenu de formation...

### Concernant la disponibilité des soins de santé

- Pour l'accessibilité aux soins spécialisés : mise en place de numéros dédiés dans les unités de soins avec contact privilégié pour les partenaires de la ville, favorisant les admissions directes sans passage par les urgences.
- Accélérer le développement en interopérabilité des technologies numériques, de la télémédecine, du télésoin, de la télésurveillance et la numérisation des services administratifs, tout en conservant la possibilité d'échanges en présentiel et d'interactions directes et rapides pour des situations individuelles complexes ou atypiques ou en raison d'un manque d'équipement de certaines populations précaires ou publics vulnérables par exemple :
- Rénover les locaux des établissements vieillissants et les adapter à l'accueil des personnes à mobilité réduite ou présentant un handicap.
- Développer les équipes mobiles territoriales.

### Concernant l'accessibilité financière

- Renforcer la couverture médicale pour tous (SDF, personnes sans papier, travailleurs non déclarés...).
- Rembourser davantage des soins de santé identifiés comme ayant une plus-value thérapeutique significative (certains médicaments, lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires, etc...).
- Accès direct IPA
- Téléconsultation pour infirmières hospitalières avec cotation et rémunération adaptée



## Concernant l'acceptabilité

- Lutter contre les comportements discriminatoires ou de certaines représentations erronées à l'égard de certains groupes sociaux minoritaires qui présentent des caractéristiques différentes du reste de la population (personnes présentant un trouble mental, personnes âgées fragiles, personnes en situation de handicap...) ou du point de vue social (SDF, personnes d'origine étrangère, prostituées, homosexuels...)
- Elargir les dispositifs de soutien aux personnes qui se retrouvent dans l'incapacité temporaire ou chronique d'organiser leurs soins (par exemple en cas d'épisode dépressif)

## Thème 3 : ATTRACTIVITÉ - FIDÉLISATION

### Éléments de contexte

Dans un contexte de métiers en tension, de perte de sens au travail, de fatigue chronique résultant de la crise covid19 (même si les symptômes étaient déjà présents auparavant) et face à l'arrivée des nouvelles générations de professionnels de santé, les établissements de santé doivent faire face à des difficultés d'attractivité dans leur recrutement et de fidélisation des professionnels de santé. Si les ressources humaines représentent le premier poste des dépenses d'un établissement de santé, elles constituent avant tout sa première richesse également. Il semble possible d'agir sur certains leviers d'attractivité et de fidélisation en proposant des actions extrinsèques (valorisation statutaire par exemple) mais aussi des actions intrinsèques (en entreprenant des actions sur le management, l'ambiance et les conditions de travail, la santé et sécurité, la formation ainsi que sur la rémunération selon par exemple les possibilités d'intéressement ou de progression statutaire).

Il serait peut-être intéressant dans un premier temps de s'inspirer de l'approche américaine d'hôpital magnétique (magnet hospital) qui s'appuie sur cinq axes d'évaluation centrés sur le corps infirmier mais que l'on peut transférer sur toute la filière paramédicale voire la communauté des professionnels de santé dans son ensemble :

- Le leadership transformationnel,
- La reconnaissance structurelle,
- Des pratiques professionnelles exemplaires,
- Le développement de nouvelles connaissances, des innovations et une amélioration des pratiques professionnelles,
- Des résultats qualitatifs empiriques.

### Préconisations des directeurs des soins

- Proposer des primes d'exception géographique pour les métiers en tension dans les territoires sous-denses.
- Arrêter de dénigrer l'hôpital dans les médias (hôpital Bashing) et promouvoir plutôt des messages positifs.
- Redonner du sens au travail des professionnels en privilégiant une rémunération fondée davantage sur la valeur et revaloriser davantage les métiers de la Santé qui exercent à l'hôpital et en EHPAD.
- Ouvrir la porte à l'hybridation managériale afin de mettre fin à la consanguinité professionnelle et culturelle qui existe dans le système de santé hospitalier.

- Reconnaître la pénibilité du travail de nuit, WE et jours fériés par une revalorisation du tarif horaire.
- Faciliter l'accès à des logements de proximité et à des solutions adaptées de gardes d'enfants.
- Aménager le temps et l'environnement de travail : éviter les réunions de travail avant 8h30 et après 18 heures, accorder également davantage de souplesse sur les modalités et horaires de travail, notamment en fonction des contraintes familiales.
- Recourir à des formations spécifiques au-delà des seules formations obligatoires : gestes et postures, PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique), prévenir le risque addictif en milieu professionnel, Sauveteur Secouriste du Travail, gestion du stress, améliorer sa communication, prévention des risques psychosociaux...

## Thème 4 : CONTINUITÉ DES SOINS ET PERMANENCE DES SOINS

### Éléments de contexte

**La PDS (Permanence Des Soins) est une mission de service public inscrite dans la loi.** Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés (la nuit, le WE et les jours fériés). La France est divisée en territoires sur lesquels un tour de garde est mis en place entre médecins installés volontaires. Même si les médecins salariés, retraités et remplaçants peuvent participer au tour de garde, leur implication est de plus en plus rare. Le tableau de garde recense les médecins affectés à chaque territoire de PDS, est établi au niveau départemental sur la base du volontariat. En cas de souci, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins cherche des solutions et en informe l'ARS. Si le tableau de garde des effecteurs n'est pas rempli, le préfet peut théoriquement intervenir, s'il le juge nécessaire, pour réquisitionner des praticiens mais cette possibilité est rarement utilisée. La diminution de l'effectif libéral se poursuivant d'année en année, et la création des Maisons Médicales de Garde (MMG) se ralentissant (elles ne couvrent en fait que moins d'un tiers des territoires de PDS), les patients sont alors orientés vers les services d'urgence.

**Les raisons de l'érosion de cette PDS sont multiples et les recommandations sociales pour éviter la poursuite de cette érosion sont :**

- Proposer un système intégré basé sur la régulation médicale via le 15 ou un numéro dédié qui peut réorienter soit vers un effecteur fixe en cabinet ou en MMG pour des consultations, avec une pharmacie de garde proche de l'effecteur et la possibilité pour la patient de solliciter des transports conventionnés (taxis, VSL ou navette sociale) vers cet effecteur fixe, soit vers un effecteur mobile pour les visites incompressibles, avec l'utilisation de transports sanitaires vers les services d'urgences.
- Mettre en place des mesures d'accompagnement : éduquer la population dès l'enfance du bon usage des soins et comment bien utiliser le système de soins en conciliant , organisation de campagnes d'information des usagers sur le dispositif de la PDS (exemple : malade, blessé, avant de vous déplacer, appelez le ...), dispense d'avance des frais pour les actes de PDS en ville comme à l'hôpital, coordination avec les services d'urgences (et non une vision concurrentielle), homogénéisation des budgets dédiés d'une région à l'autre et corrélés à l'importance de la mission, meilleure concertation entre ARS, Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et les médecins de terrain).

- Proposer des axes de réflexions complémentaires : professionnalisation de l'effectif, développement de la télémédecine, renforcement des coopérations interprofessionnelles (notamment en EHPAD).

Au niveau de l'hôpital, pour le directeur des soins, la question de la continuité des soins la nuit se pose en lien avec la difficulté de trouver des personnels paramédicaux qui acceptent de travailler de nuit, les WE et jours fériés, car cela est peu payé et difficilement compatible avec l'équilibre vie professionnelle et vie privée. Peu d'EHPAD disposent d'infirmiers de nuit, nécessitant de transférer certains soins techniques la journée. Les aides-soignants sont alors seuls pour assurer les soins de nursing la nuit, mettre en œuvre des protocoles d'urgences et appeler la régulation médicale en cas d'urgence.

## Préconisations des directeurs des soins

- Rendre plus attractif de manière générale et notamment via la rémunération, et l'évolution statutaire le métier d'infirmier et d'aide-soignant.
- Proposer des nuits plus courtes pour éviter une usure des personnels de nuit.
- Valoriser de manière très significative la majoration horaire lors des nuits, WE et jours fériés.
- Mettre au moins un infirmier la nuit dans chaque EHPAD ou groupement d'EHPAD.

## Thème 5 : AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE

### Éléments de contexte

Outre les préconisations précédemment évoquées relatives au nécessaire développement de la prévention, au renforcement de l'accessibilité aux soins, à l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé, la permanence des soins, qui sont déjà des pistes pour améliorer le système de santé, la question qui sera évoquée ici de manière plus précise est celle des leviers qui permettraient de sortir de la crise à l'hôpital.

De par sa place centrale dans le système de santé français, **l'hôpital est un acteur essentiel des réformes** mais force est de constater qu'il est actuellement en crise : crise des vocations, crise des moyens, crise du sens donné à l'action. Si celle-ci existait depuis déjà quelques années, elle s'est renforcée après deux années de pandémie de COVID-19 qui a mis la communauté hospitalière à genoux, complètement essoufflée par les efforts consentis pour tenir bon et continuer à faire « *tourner la boutique* ». Que reste-t-il des applaudissements aux balcons au moment de la gestion de la crise COVID ? Certes, une revalorisation salariale de certains professionnels de santé a depuis été menée, mais déjà prévue par le gouvernement avant l'épidémie, elle n'a pas suffi aux espoirs de reconnaissance des acteurs hospitaliers et n'a pas vraiment permis de modifier le ressenti d'abandon ou le besoin en bras supplémentaires pour améliorer les conditions de travail et de prise en charge des patients.

### Des facteurs humains et financiers responsables de la crise à l'hôpital

#### Concernant les facteurs humains

Les soignants font face à une instabilité accrue des équipes qui érode le sens du collectif, ainsi que la réduction des temps de transmission de consignes entre deux équipes. Les cadres de santé indiquent quant à eux consacrer une part croissante de leur temps aux réaménagements de planning et aux rappels de personnels



en repos ou congé pour remplacer les absents et devoir constamment gérer des injonctions contradictoires, entre les exigences de qualité des soins et les contraintes liées au sous-effectif en soignants. Une tension du même ordre est ressentie par beaucoup de cadres de direction.

Les preuves scientifiques selon lesquelles un effectif infirmier plus élevé est associé à de meilleurs résultats pour les patients – incluant un nombre moins élevé d'infections nosocomiales, une durée de séjour plus courte, de moindres réadmissions et un épuisement professionnel du personnel infirmier plus faible – continuent d'augmenter. Les premières mises en œuvre de politiques de ratio « *patients par infirmier* » sont intervenues dans les États de Victoria, en Australie, et de Californie, à la fin des années 1990. Depuis, le Pays de Galles, l'Irlande et l'État du Queensland en Australie ont mis en œuvre de telles politiques. Étudiant spécifiquement le Queensland, McHugh et al. (2021) ont trouvé que diminuer d'une unité le ratio « patients par infirmier » en le fixant à 4 patients pour une journée (et 7 pour une nuit) – comme l'ont fait 27 des 55 hôpitaux du Queensland en 2016 – entraînait une chute de la mortalité à 30 jours de 7 %, une baisse de 7 % des réadmissions dans la semaine, et une durée de séjour 3 % moins élevée. Financièrement, cette stratégie a été payante puisque les 33 millions de dollars australiens dépensés sur deux ans pour employer 167 infirmiers ont permis de gagner 69 millions en coûts évités.

## Concernant les facteurs financiers

Les tensions qui affectent le système hospitalier s'accroissent alors même que les comparaisons internationales placent plutôt la France parmi les pays qui consacrent le plus de moyens à leurs hôpitaux en proportion de leur PIB, et dont les capacités hospitalières par habitant sont les plus élevées.

L'activité hospitalière a augmenté de 9,2 % entre 2013 et 2019, soit une augmentation d'environ 1,3 % par an. Cette progression est nettement supérieure à celle du personnel, qui a augmenté de 1,8 % sur la même période. Les situations sont différentes selon les catégories de personnel. Les effectifs d'aides-soignants salariés de l'hôpital public n'ont augmenté que de 0,7 % entre 2013 et 2019, ce qui est inférieur à la progression de l'activité sur une seule année. Les infirmiers de l'hôpital public ont augmenté de 2 % entre 2013 et 2019, ce qui reste un rythme très inférieur à celui de l'activité. L'augmentation du personnel médical salarié, de 7,6 % de 2013 à 2019, est en revanche plus proche de celle de l'activité. La faible progression des effectifs au regard de l'activité peut dès lors conduire à accentuer les situations de surcharge de travail.

Le niveau plutôt favorable, comparé à d'autres pays, des indicateurs globaux de capacités et de moyens des hôpitaux français masque une situation de pression financière qui s'est accentuée au milieu des années 2010. Celle-ci s'est répercutée sur leur principal poste de dépenses – la masse salariale – avec des effets très sensibles sur les conditions de travail des équipes de soins, dans un contexte d'augmentation continue de l'activité. Cette pression n'est pas tant due, comme on l'entend souvent, à l'introduction de la tarification à l'activité comme mode principal de financement des établissements, qu'à la façon dont celle-ci a été réduite à une simple clef de répartition d'une enveloppe prédéfinie, arrêtée trop indépendamment des tendances lourdes des besoins en soins hospitaliers.

## Préconisations des directeurs des soins

- Mettre en place par le Ministère de moyens de mesure précise et de suivi des postes vacants, des flux de départ, des résultats du recrutement ou des fermetures de lits liées à un déficit en personnel (ne pas se borner à des enquêtes partielles et ponctuelles comme c'était le cas jusqu'à présent).
- Renforcer les responsabilités et les capacités d'initiative des équipes de soins en donnant aux équipes de soins une prise tangible sur les choix qui les concernent,

en assurant une meilleure prise en compte de leurs projets et en accordant à celles qui le souhaitent une réelle marge d'autonomie.

- Relancer la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail et diffuser les principales préconisations de l'ONQVT (Observatoire National de la Qualité de Vie au Travail) auprès des établissements de santé.
- Alléger la charge administrative des soignants en développant des outils numériques plus performants : question de l'interopérabilité, de la délégation de tâches à des secrétaires ou techniciens (ou des personnels en cours de reclassement ou en postes aménagés ?).
- Renforcer la formation continue, y compris par le tutorat, en l'inscrivant dans des perspectives de carrières plus motivantes (et en y associant les professionnels volontaires proches de la retraite ou en postes aménagés).



ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DES SOINS  
[www.afds-directeurs.fr](http://www.afds-directeurs.fr) - [secretariat@afds-directeurs.fr](mailto:secretariat@afds-directeurs.fr)



@AFDS\_Officiel

