



Infirmiers à l'hôpital en voie de disparition : l'autre bombe sanitaire

Table des matières

À propos des auteurs	1
A propos de l'Institut Sapiens	4
A propos de l'observatoire santé et innovation	5
Synthèse des recommandations	6
Introduction	7
I) Un malaise aux causes profondes	8
II) Quelle est l'ampleur du déficit infirmier ?	14
III) Des conséquences importantes et immédiates	18
IV) Les propositions de l'OSI	20

À propos des auteurs



Jean Louis Davet

Président de DENOS, société spécialisée en parcours de soins internationaux, disease management et biotech en oncologie, précédemment Directeur général de groupes d'assurances et de services de santé, et auparavant consultant en stratégie (notamment dans les domaines des nouvelles technologies et de la santé), Centralien et Docteur en mathématiques, très engagé dans les questions de data, d'IA, d'éthique en santé.



Vincent Diebolt

Directeur de F-CRIN, une infrastructure en recherche clinique mise en place dans le cadre du « Programme d'investissements d'avenir/PIA » (F-CRIN est une plateforme de réseaux nationaux thématiques d'investigation et de recherche de pointe) portée par l'Inserm. Il est également partie prenante, en tant qu'associé, du développement d'une Medtech.



Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation. Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



Isabella de Magny

CEO d'Inspiring Futures, fondatrice de GenDH, qui étudie l'impact des innovations en santé sur le système de soins et la société. Auteur du roman « Emma, Naissance d'une biocitoyenne ». Passionnée de prospective, d'éthique et de nouvelles technologies.



Clarisse Pamiès

Normalienne, économiste-statisticienne. Combine depuis 15 ans les perspectives dans le public et le privé en France et à l'international sur la santé et le numérique. Désormais CEO d'une start up deep tech dans prévention ciblée en santé mentale. Profondément convaincue que la technologie bouscule positivement la santé à devenir plus performante et plus humaine - à la condition que la régulation et le financement soient au rendez-vous.



Isabelle Riom

Interne en médecine, présidente du SRP-IMG (Syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale)



Brigitte Saunier

Consultante - Pharmacienne, diplômée en droit de la santé. Un début de carrière en recherche en Biochimie puis plus de trente ans dans l'industrie pharmaceutique au sein de différents laboratoires internationaux dans en charge successivement de différentes activités: marketing, promotion médicale, affaires pharmaceutiques et médicales, affaires réglementaires, et de l'accès au marché. Elle a également été élue à plusieurs reprises au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens (section B).



Erwann Tison

Directeur des études de l'Institut Sapiens. Macro-économiste de formation et diplômé de la faculté des sciences économiques et de gestion de Strasbourg, il intervient régulièrement dans les médias pour commenter les actualités liées au marché du travail, et aux problématiques liées à l'innovation. Il codirige les observatoires "santé et innovation" et "emplois, formation et compétences" de l'Institut Sapiens.



Guy Vallancien

Professeur honoraire de chirurgie, membre de l'académie de médecine, membre du conseil scientifique de l'Office Parlementaire de l'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, Président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM), Spécialiste de robotique chirurgicale. Guy Vallancien est expert Sapiens.

A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées indépendant dont l'objectif est d'éclairer le débat économique et social. Il se veut le premier représentant d'une think-tech modernisant radicalement l'approche des think tanks traditionnels. Il souhaite innover par ses méthodes, son ancrage territorial et la diversité des intervenants qu'il mobilise, afin de mieux penser les enjeux vertigineux du siècle.

Sa vocation est triple :

Décrypter — L'institut Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'être capable d'en comprendre les grandes questions. Nous sommes un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

Décloisonner et faire dialoguer — Nous mettons en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens, ils doivent pouvoir se rencontrer pour réfléchir et dialoguer. Afin d'être réellement représentatifs de toutes les compétences et expériences, les groupes de travail associent systématiquement des personnes d'horizons professionnels divers (de l'ouvrier au dirigeant de société cotée).

Cultiver — Le XXI^e siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Comprendre le monde implique une capacité à faire un retour sur notre histoire, à connaître le mouvement millénaire des idées, à posséder ces Humanités dont l'importance est plus grande que jamais. Parce qu'il veut faire accéder à une compréhension du monde, l'Institut Sapiens se fixe aussi pour objectif de promouvoir cette culture générale sans laquelle il est impossible de comprendre son environnement.

Plus d'informations sur institutsapiens.fr



A propos de l'observatoire santé et innovation

L'Observatoire santé et innovation (OSI) a pour objectif de mettre en avant les innovations transformant le domaine de la santé, tout en proposant des actions pour préparer au mieux leur émergence, leur encadrement et leur déploiement. Composé de chercheurs, d'entrepreneurs, d'experts et de professionnels de la santé, les réflexions de notre observatoire seront articulées autour de quatre thématiques : la distribution territoriale et sociale de la santé ; les innovations médicales et médicamenteuses ; l'organisation politique et financière du système de santé ; les questions financières et éthiques liées aux innovations médicales. À travers les outils de communication et d'expression de l'Institut Sapiens, l'OSI ambitionne de peser dans le débat public. Les analyses, décryptages et propositions innovantes formulées par nos experts visent à optimiser le fonctionnement de notre système de santé dans l'intérêt des citoyens.





Synthèse des recommandations

- 1ère RECOMMANDATION : **Poursuivre l'effort de revalorisation salariale des infirmiers**
- 2ème RECOMMANDATION : **Favoriser une montée en compétences des personnels soignants**
- 3ème RECOMMANDATION : **Prendre soin de ceux qui soignent**
- 4ème RECOMMANDATION : **Améliorer la qualité de vie au travail**
- 5ème RECOMMANDATION : **Renforcer l'attractivité des métiers par la modernisation des outils de travail**
- 6ème RECOMMANDATION : **Infirmier, docteur en soins ? Augmenter l'attractivité du métier en (re)valorisant l'image sociétale de l'infirmier**



Introduction

Peur sur l'hôpital. Alors que déferlent les vagues successives de l'épidémie de Covid-19, une autre crise sanitaire sévit, celle des départs de l'hôpital des personnels infirmiers. Les flux et reflux de l'épidémie et la tension sur l'activité des établissements hospitaliers mettent à nu et amplifient l'impact et les dégâts subis par les structures de soins, établissements hospitaliers comme cliniques privées, victimes de ce désamour infirmier. Véritable bombe sanitaire, l'exode du personnel infirmier hospitalier, pierre angulaire du fonctionnement des services de soins, est un problème à la fois grave et prioritaire. Or cette urgence absolue ne saurait être résolue par les seules promesses de recrutements ou de revalorisations salariales que se contentent de proposer la plupart des candidats à l'élection présidentielle.

I) Un malaise aux causes profondes

La pandémie n'a fait qu'accentuer un phénomène latent depuis de nombreuses années. En effet, alors que la durée d'activité d'une IDE (infirmière diplômée d'Etat) dans le même établissement se comptait en dizaines d'années il y a 30 ans, elle est divisée par deux aujourd'hui¹. C'est donc avec recul et précision que les causes de ce malaise profond doivent être analysées pour tenter d'apporter des solutions à la hauteur des enjeux.

Encadré 1 - Un phénomène sociétal

Ce malaise professionnel n'est pas un phénomène isolé et localisé. Il s'inscrit dans un contexte sociétal d'insatisfaction ou de saturation professionnelle qui touche d'autres métiers, enseignants, magistrats, mais aussi bien d'autres secteurs tels que la grande distribution, la restauration... L'anglicisme « Big quit » ou « Great resignation » en vogue outre-Atlantique reflète de manière imagée ce mouvement de démissions et départs massifs. Cause ou conséquence, le phénomène est sans doute à relier à cette « ruée » vers le statut d'indépendant, qui compte actuellement près de 3.500 inscriptions par jour².

• Une dégradation des conditions de travail, résultat d'un mauvais accompagnement des nécessaires mutations de l'hôpital

Il est nécessaire de rappeler à quel point l'univers des soins à l'hôpital, en particulier public, s'est transformé depuis le début des années 80, avec le souci constant d'augmenter l'efficacité des soins hospitaliers (qualité et coût). On peut citer : la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) ; le virage ambulatoire, avec la montée en puissance progressive des hospitalisations de jour ; l'évolution de la gouvernance et la restructuration hospitalière ; l'émergence

1 <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/chiffres-cles-de-l-etude-defi-metiers.html>

2 <https://www.lesechos.fr/monde/etats-unis/aux-etats-unis-le-mouvement-de-la-grande-demission-setend-au-dela-la-tech-1358168>

de nombreux projets de modernisation et de rationalisation des processus de soins, propres à chaque hôpital, en particulier sur l'optimisation des parcours patients.

Ces évolutions ont porté leurs fruits : diminution par deux de la durée moyenne de séjour entre 1980 et 2000, rationalisation de l'offre de soins et des coûts entre établissements publics d'un même territoire, évolution de leur gouvernance via la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT) au milieu des années 2010, pilotage et management des établissements partir d'indicateurs économiques et financiers.

Mais si beaucoup de ces mutations étaient (et restent) nécessaires pour améliorer la qualité des soins au meilleur coût, le manque de mobilisation et d'accompagnement des professionnels médicaux et des soignants dans ces processus de transformation incessants et complexes se révèle fort problématique. En effet, ce rythme de réforme, depuis 40 ans, n'est soutenable qu'à la condition qu'il s'accompagne de mesures déterminantes : formation de l'ensemble des personnels concernés et pas uniquement de ceux directement impliqués ; augmentation de l'autonomie de gestion et d'adaptation au niveau des équipes sur le terrain, pour permettre des marges de manœuvre ; revue des modes d'évaluation ou encore investissement en personnels additionnel, pour assurer « les travaux pendant que la vente continue ». Or c'est malheureusement tout le contraire que l'on a observé. Le changement a été subi, non préparé et non partagé par ceux qui sont en 1^{ère} ligne pour assurer le fonctionnement des services de soins au quotidien.

Concernant l'hôpital public, les statistiques globales de l'augmentation de l'efficience, sur la durée moyenne de séjour, cachent en réalité une mise sous pression invisible en termes de charge pour les personnels soignants. Comme le souligne la DREES dans ses études statistiques 2020 sur les établissements de santé³, « entre 2008 et 2018, le nombre de lits dédiés aux activités de Maladie, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO) en court séjour a diminué de 22 000, pour atteindre 204 000 lits en 2018. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -8 % pour les établissements publics, contre -17 % pour les cliniques privées et -7 % pour les établissements privés à but non lucratif ». La DREES pointe aussi son corolaire : « Le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement important en MCO. En 2018, plus de 33 000 places sont destinées à ce mode de prise en charge, contre 21 000 en 2006.

3 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2009%20-%20M%C3%A9decine%20chirurgie%20obst%C3%A9trique%20et%20odontologie%20%20activit%C3%A9%20et%20capacit%C3%A9s%20.pdf>

Un peu plus d'un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie, situées dans les établissements privés à but lucratif, et un peu moins d'un tiers, des places de médecine situées dans les hôpitaux publics ».

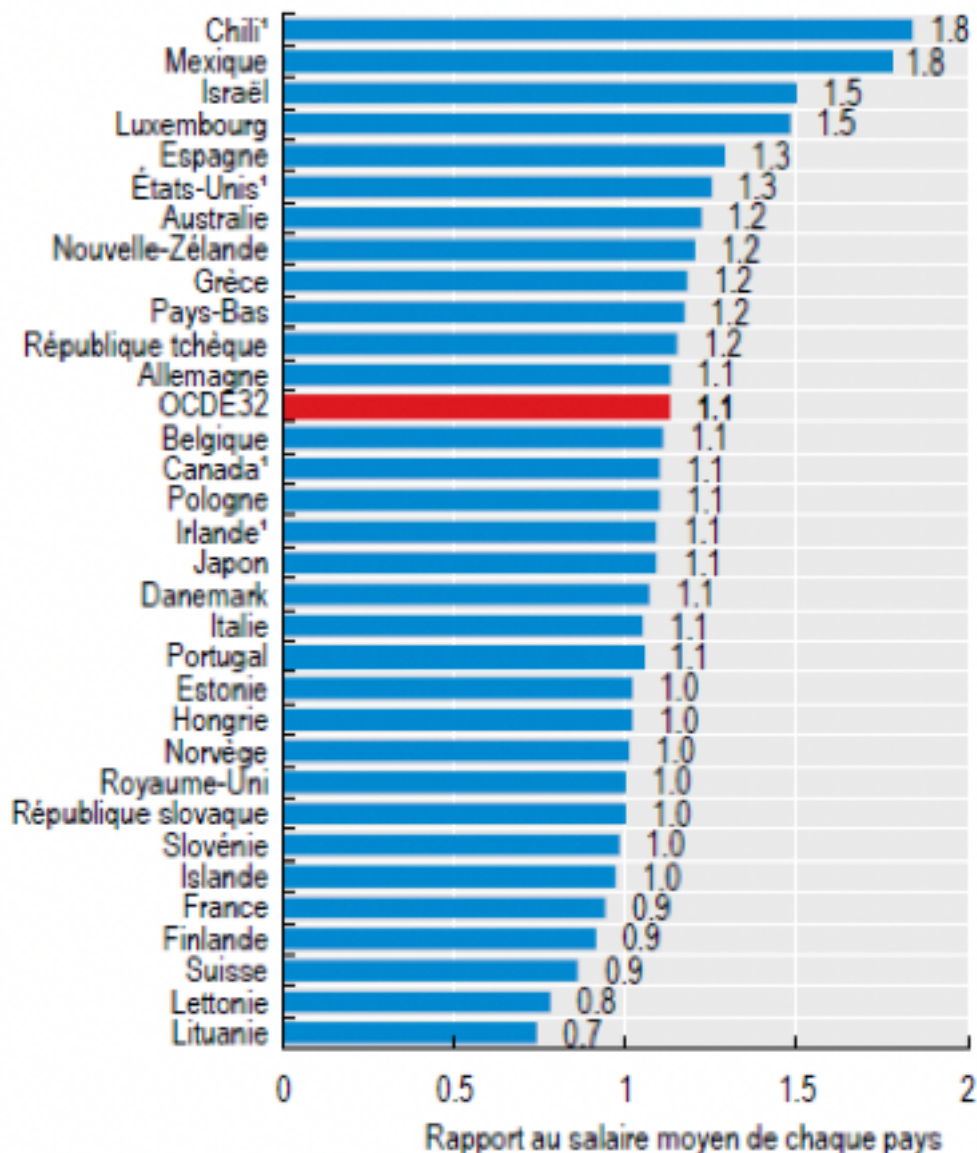
A la lumière de ces chiffres, on devine donc l'évolution qualitative importante des prises en charge de cas plus complexes à l'hôpital public, reconnus par la DREES comme plus sévères en moyenne, donc requérant des séjours et non de l'hospitalisation ambulatoire, en moyenne plus longs. Derrière cette diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, de l'ordre de 10 % sur les années 2000 à 2010 se cache en fait une charge de travail par patient, pour les soignants de l'hôpital public qui augmente.

- **Un manque de considération chronique : rémunérations, carrières, etc.**

Il faut prendre la mesure de la faiblesse de la rémunération des personnels soignants. Pour ce qui concerne la rémunération moyenne des personnels infirmiers par rapport au salaire moyen de la population, la France se situe dans les toutes dernières positions (28ème en 2017 !) des pays de l'OCDE⁴. A ce titre, les revalorisations issues du Ségur de la Santé sont les bienvenues et sont pleinement justifiées, au-delà même de l'effort fourni par les soignants durant la crise sanitaire. Cette revalorisation salariale doit cependant se perpétuer, pour garantir l'attractivité des fonctions de soignant à l'hôpital, tant il est évident que les personnels infirmiers ne sont pas rémunérés à la hauteur de leur contribution sociale.

4 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320

Graphique – Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2017



Au-delà de la faiblesse de la rémunération moyenne, c'est le manque de perspectives offertes en termes de carrière et donc d'augmentation de salaire associée qui participe au déficit infirmier observé actuellement. En effet, les évolutions de carrière des infirmiers se résument à deux options :

- Soit un départ vers le secteur privé ou l'installation en libéral, après deux ans obligatoires en établissement public,
- Soit un statut de cadre de santé, ce qui signifie une réorientation de fonction, le management d'équipes (souvent cantonné au planning) venant se substituer au rôle de soignant. Force est de constater que même l'attractivité du secteur privé souffre de cette situation, comme en témoignent les données sur l'absentéisme et les fermetures de blocs (voir plus bas).

Cette situation explique les nombreux changements de carrière et d'affectations, notamment chez les jeunes professionnels, 2 à 3 ans après leur diplôme. Par exemple, de nombreux professionnels ont été tentés, lors des vagues précédentes de Covid-19, de rejoindre des laboratoires de biologie (pour effectuer des tests) et des centres de vaccination, qui ont proposé des vacances très bien payées (notamment par les municipalités). Au-delà de l'aspect financier, c'est surtout la possibilité de sortir de l'hôpital qui a pu séduire les personnes concernées.

Ce n'est que très récemment et beaucoup trop parcimonieusement qu'est apparu un nouveau statut : Infirmier de Pratique Avancé (IPA), qui permet aux infirmiers, également à l'hôpital, d'évoluer en compétences reconnues, en responsabilité, avec un impact positif à la fois en termes de rémunération et d'épanouissement professionnel. Un statut qu'il faut encourager et développer au maximum (voir infra).

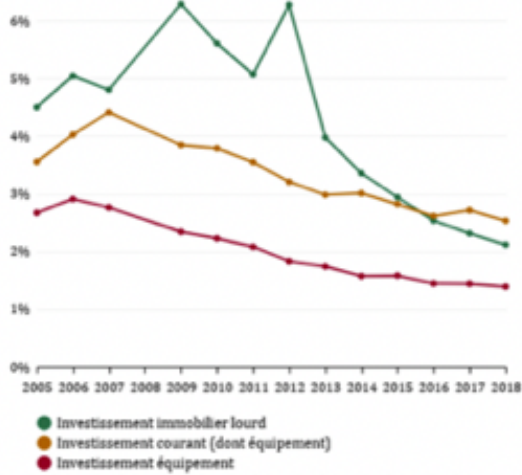
• Une absence de prise en compte de la QVT

Le manque de qualité de vie au travail (QVT) constitue également un facteur important de ce déficit en personnels soignants à l'hôpital. Les témoignages recueillis font ainsi état de nombreux dysfonctionnements matériels dans les hôpitaux : des chariots de matériel délabrés auxquels il manque des roues, du matériel informatique et de soins vétustes, des toits qui fuient, des couloirs inondés ou encore des bâtiments décrépits, des agencements de l'espace (postes de soins au bout du couloir qui nécessitent de nombreux aller-retour des personnels... Ceci reflète le manque d'investissement dans l'équipement et les bâtiments pendant des années, comme l'illustre le graphique ci-dessous. Autant de choses qui accentuent le sentiment de délabrement et poussent de plus en plus de profils à quitter l'hôpital public, pour passer en libéral ou de se diriger vers la pratique des médecines douces, qui représentent de plus en plus de nouvelles voies professionnelles pour les concernés.

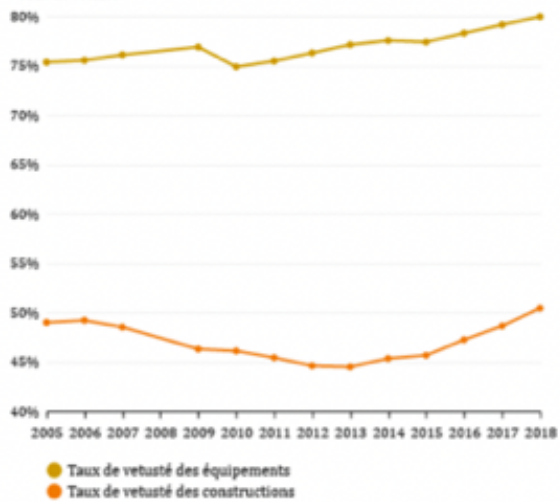
Entre la non-valorisation financière des carrières, l'absence d'évolutions concrètes des carrières des personnels infirmiers, la désorganisation des méthodes de travail, la rigidité des processus, l'absence de confort à l'hôpital et la non-écoute du personnel de terrain, on comprend que les causes de l'exode des infirmiers sont légion et ne sauraient être considérées comme résolues par les mesures décidées lors du Ségur de la Santé.

Intensités d'investissement et taux de vetustés

En % des produits



Taux de vetusté



Source : Calculs Pôle Sciences des données de l'IGF d'après les données Drees

• Un problème de management

Une étude menée par la SHAM⁵ révèle que 35 % des professionnels du secteur sanitaire et médico-social interrogés se déclare « découragés » en débutant leur journée de travail, 34 % « stressés » et 33 % « épuisés ». Face à ces chiffres, la question du management à l'hôpital doit également être reconsidérée. La formation au management en milieu hospitalier est souvent entendue de manière restrictive, comme le management d'une organisation sous l'angle de son efficacité, de la gestion administrative des ressources (techniques et humaines), et de l'environnement normatif hospitalier. Elle est moins souvent abordée sous l'angle du management entendu comme relation entre les cadres de santé et leur équipe. Or les générations qui arrivent dans l'environnement du travail depuis une dizaine d'années, quel que soit le milieu économique de destination, nourrissent des aspirations nouvelles : prise d'autonomie, mise en place d'une relation de confiance, évolution, formation continue, bien-être et qualité de vie au travail...

Appliqué à l'hôpital, une transition est à amorcer pour passer d'un « management hiérarchique et normatif » à un management intégrant la proximité, la capacité de l'établissement à offrir aux personnels des lieux d'échanges collectifs, la valorisation et la reconnaissance des équipes, la montée en compétence par la formation continue. Des initiatives récentes comme la maison des soignants au CH de Versailles ou la « bulle » de Cochin (architecture nouvelles, activités de décontraction...) montrent la voie à suivre.

5 Etat des lieux de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail » Edition 2021, SHAM

II) Quelle est l'ampleur du déficit infirmier ?

Encadré 2 - les chiffres clés du déficit infirmier⁶

- **Quasi doublement** des situations d'épuisement professionnel en quelques mois.
- **Plus d'un tiers des infirmiers salariés** indiquent être en effectifs réduits par rapport à la normale.
- **57 % des infirmiers salariés** estiment ne pas disposer du temps nécessaire pour prendre en charge les patients.
- **2/3 des infirmiers** déclarent que leurs conditions de travail se sont détériorées depuis le début de la crise.
- **Plus de 30 % des infirmiers** exercent des tâches qui sortent de leur champ de compétences réglementaire pour faire face au surcroît d'activité général lié au Covid.
- **43 % des infirmiers** ne savent pas s'ils seront toujours infirmiers dans 5 ans
- **1300 démissions d'étudiants infirmiers** cette année

• De nombreux établissements de santé sont touchés

Le conseil scientifique COVID-19 a donné l'alerte par l'intermédiaire de son Président, le professeur Jean-François Delfraissy : près de 20 % des lits sont fermés dans les hôpitaux publics faute de soignants pour s'en occuper⁷. Un chiffre contesté par le ministre de la Santé, qui n'a cependant pas apporté d'éléments plus précis. De son côté, la Fédération hospitalière de France (FHF) estime que la fermeture

⁶ <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid19-alerte-situation-infirmiere.html>

⁷ <https://www.france24.com/fr/france/20211029-p%C3%A9nurie-de-soignants-le-mod%C3%A8le-hospitalier-fran%C3%A7ais-au-bord-de-la-rupture>

des lits liés à une pénurie de personnels à l'hôpital se situe entre 5 et 10 %. Au-delà de la bataille de chiffres, il est plus qu'inquiétant qu'en pleine crise sanitaire, le ministère de la Santé soit incapable de fournir avec précision une photographie de l'ampleur de la fermeture des lits à l'hôpital. Cette imprécision est d'autant plus dommageable que ces chiffres figurent parmi les principaux critères de déclenchement de nouvelles contraintes sanitaires pour faire face à la cinquième vague épidémique, alors même que la mise en place des plans blancs (déprogrammations de soins programmés, réquisition de personnels et réservation de capacité hospitalières d'accueil) se généralise.

Par ailleurs, le porte-parole du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) estime qu'il y aurait actuellement entre 10 et 15 % de postes infirmiers vacants sur l'ensemble du territoire plaçant de nombreux établissements dans des situations compliquées.

Aux démissions s'ajoute le problème de l'absentéisme, notamment pour raison de santé, y compris hors période de pandémie. Ainsi, dans son enquête annuelle publiée en 2020, la FHF pointait une tendance à la hausse de l'absentéisme, y compris dans les Etablissements Hospitaliers pour Personnes Dépendantes (EHPAD). Il avait ainsi atteint 9,49 % contre 8,43 % en 2019, et on comptait alors 1152 postes d'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) vacants et 816 d'Aides Soignant (AS)⁸. Dans les 39 hôpitaux affiliés à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), on estime que 18 % des 20.000 lits disponibles sont restés fermés après la période estivale, une période propice à des fermetures marginales, pour permettre aux soignants de prendre quelques jours de congés.

- Au Centre hospitalier de Laval, les urgences ont dû fermer quelques nuits entre le 1^{er} et le 9 novembre par manque de personnels⁹. Cet été, l'hôpital comptait par moment un seul praticien pour assurer le service nocturne, une configuration qui a poussé la direction à prendre cette décision drastique.
- À l'Institut Montsouris sur 450 infirmières, 60 postes sont vacants (13 %), du jamais vu auparavant. Le bloc opératoire ne fonctionne qu'à 80 %.
- À l'hôpital André-Grégoire de Montreuil, 38 postes d'infirmiers sont vacants, soit 10 % des effectifs, ce qui entraîne la fermeture de 20 % des lits de néonatalogie¹⁰.

8 <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Actualites/Enquete-FHF-les-ressources-humaines-face-a-la-seconde-vague-Covid-19>

9 <https://www.humanite.fr/sante-les-urgences-de-laval-au-bord-du-gouffre-727356>

10 <https://www.leparisien.fr/societe/sante/lactivite-reprend-et-ca-craque-de-partout-a-lhopital-de-montreuil-faute-dinfirmiers-on-ferme-des-lits-28-10-2021-VO33NBKI6RCXXL2S5B4VXEYOXY.php>

- Au Centre hospitalier Jacques-Cœur de Bourges, on dénombre pour la première fois une vacance de 7 % des postes d’infirmiers de cet hôpital de proximité, qui a entraîné une fermeture de 6 % du total des lits sur le site, et près de 20 % des lits en réanimation¹¹.
- Au Centre hospitalier Robert Ballanger (Seine-Saint-Denis), 60 % des lits du service infectiologie sont fermés pour manque de personnel¹².
- Au CHU de Nancy, près de 30 % des lits sont fermés, à cause d’une augmentation de l’absentéisme de 20 % des personnels (chez les soignants et les responsables de la propreté) et une vacance de 64 postes chez les paramédicaux¹³.
- À l’hôpital Avicenne (Seine-Saint-Denis), 23 % des lits sont actuellement fermés par manque de personnels¹⁴.

La situation est différente selon les territoires. Un communiqué publié le 29 octobre dernier par la Conférence des directeurs généraux et des présidents de communauté médicale de CHU estime que le taux moyen de fermeture de lits varie entre « 1 et 12 % selon les régions ».

Encadré 3 - L’hôpital public n’est pas le seul malade de ses personnels

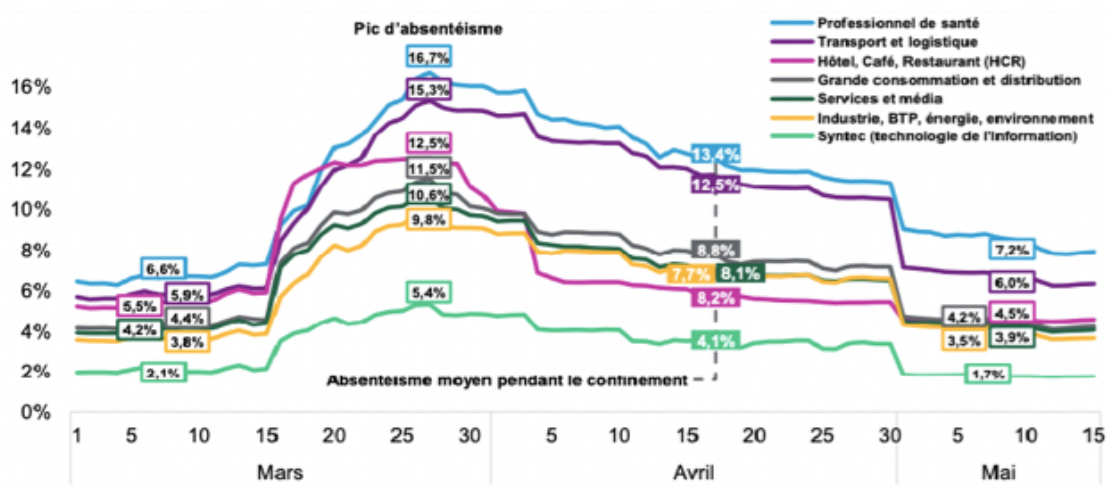
L’étude* portant sur l’absentéisme, menée par l’un des plus importants gestionnaires de garanties arrêt de travail dans le secteur privé, Gras Savoye Willis Towers Watson, indique que c’est parmi les professionnels de santé que l’on dénote le plus fort taux d’absentéisme, devant le transport et la logistique.

11 https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-choix-franceinfo/lits-fermes-penurie-de-medecins-et-d-infirmiers-la-situation-alarmante-de-l-hopital-de-bourges-dans-le-cher_4847493.html

12 https://www.bfmtv.com/sante/fermetures-de-lits-dans-les-hopitaux-qu-est-ce-qui-a-conduit-a-cette-situation_AV-202110290281.html

13 <https://www.lci.fr/sante/hopital-public-les-chiffres-inquietants-des-lits-fermes-faute-de-soi-gnants-2200178.html>

14 <https://www.lefigaro.fr/sciences/face-aux-fermetures-de-lits-l-hopital-public-a-bout-de-souffle-20211101>



*Données issues des caisses primaires d'assurance maladie portant sur les arrêts maladie et arrêts de travail de plus de 3 jours, sur un panel de 498 709 salariés présents en France en 2019 et 2020.

• Le cercle vicieux du déficit infirmier s'auto-alimente

L'augmentation du nombre de burn-out des personnels en place. Selon une enquête en octobre de l'Ordre National des Infirmiers à laquelle ont répondu 60 000 professionnels, les situations d'épuisement professionnel rapportées sont sans précédent. Ce phénomène humain, déjà marquant en soi, a en outre des conséquences indirectes majeures : le *burn out* a un impact démontré sur la diminution de l'empathie, essentielle au soin, et sur l'augmentation de l'irritabilité. Or la suractivité provoquée par la baisse des effectifs sera mécaniquement absorbée par les personnels restants, augmentant ainsi leur stress et leur mal-être, ce qui nourrit *in fine* le cercle vicieux du déficit infirmier : les départs à l'hôpital augmentent le temps de travail des personnels en place, tout en dégradant leurs conditions de travail. Dans une interview le 20 décembre dernier, Agnès Hartemann, chef de service de diabétologie à l'Hôpital « La Pitié-Salpêtrière » à l'AP-HP, donne l'exemple de son service, où « une infirmière doit se charger de 16 malades la nuit et le week-end. Ça la met dans un état de stress majeur. S'il se passe quelque chose dans une chambre, elle n'est pas du tout disponible pour les 15 autres malades »¹⁵.

Le déficit infirmier est ainsi un phénomène auto-amplifiant qui, s'il n'est enrayeré rapidement, ne fera que s'accroître.

15 https://francais.medscape.com/voirarticle/3607942?uac=401861PX&faf=1&sso=true&impID=3888650&src=WNL_mdplsfeat_211220_mscpedit_fr

III) Des conséquences importantes et immédiates

L'absentéisme et la vacance infirmière à l'hôpital, aussi bien dans le public que dans le privé, génèrent de nombreuses conséquences directes et indirectes, nocives pour les patients et les établissements, mais qui ne sont finalement que les reflets des dysfonctionnements du système.

- **Des pertes de chance pour les patients**

Les IBODE (infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat) étant aussi absents, les salles d'opération sont également contraintes à la fermeture, entraînant un retard délétère dans la prise en charge des pathologies sévères. Ce retard dans la prise en charge augmentera dans les prochains mois la mortalité évitable des patients, qui vient s'ajouter aux non-diagnostic. La Ligue contre le cancer estimait ainsi par exemple en février 2021 que près de 100.000 cancers n'avaient pas pu être détectés en 2020, soit un recul de 23% sur l'année¹⁶. Or pour ces pathologies, plus la prise en charge est tardive, moins l'espérance de vie du patient est élevée.

- **Le recours à l'intérim comme phénomène amplificateur**

Le manque de valorisation des carrières, notamment sur le plan financier, et de perspectives d'évolution professionnelle, a poussé de nombreux professionnels à quitter l'hôpital. Pour enrayer ce déficit de personnel, les hôpitaux sont parfois obligés de passer par l'intérim, où le salaire est 2,4 fois supérieur à celui proposé à l'hôpital. Ce mode d'activité est ainsi bien plus attractif et peut aussi inciter des IDE à quitter l'hôpital pour s'y convertir. Dans la mesure où l'attractivité de l'intérim augmente à mesure que le déficit infirmier s'accroît, on comprend que l'hôpital est enfermé dans une boucle cocasse et sans solution, condamné à payer des professionnels plus chers que le tarif « normal » pour compenser les départs des personnels sous-payés.

¹⁶ <https://www.lci.fr/sante/pres-de-100-000-cancers-n-ont-pas-ete-detectes-en-2020-a-cause-du-covid-19-alerte-le-president-de-la-ligue-contre-le-cancer-2177428.html>

- **Une augmentation du risque de (re) confinement**

La diminution du nombre de lits entraîne l'augmentation de la tension hospitalière, créant un goulot d'étranglement pour la nouvelle vague de COVID-19 en cours de montée en puissance. Le président de la République, le jeudi 9 décembre, a annoncé que la tension hospitalière allait devenir le seul indicateur pouvant justifier ou non d'un nouveau confinement national. Le déficit infirmier pourrait ainsi être la cause d'une nouvelle décision de confinement, dans une optique de prévention d'une saturation des services hospitaliers.

IV) Les propositions de l'OSI

Poursuivre l'effort de revalorisation salariale :

Le Ségur de la santé a tenté d'apporter une première réponse dans l'urgence aux professionnels du soins. L'augmentation salariale mensuelle de 183 €, suivie de celle de 107 € au titre de la revalorisation des grilles de catégorie A, pour un infirmier en début de carrière, est un début, mais elle demeure insuffisante au regard des enjeux du secteur et doit donc être poursuivie et régulièrement renouvelée, ceci pouvant s'accompagner de primes spécifiques selon la localisation des établissements, le type de disciplines ou les besoins des services.

Toutefois ne jouer que sur le volet financier ne saurait suffire. L'hôpital et les EHPAD publics ont besoin d'une transformation radicale, un « choc d'attractivité » selon l'expression récente d'une tribune signée par un collectif de près de 1400 médecins de l'AP-HP et des hôpitaux franciliens¹⁷, pour sortir du cercle vicieux. Les experts de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens préconisent ainsi d'utiliser les leviers de revalorisation extra-salariaux suivants :

Favoriser une montée en compétences des personnels

- Permettre aux aides-soignants de devenir IDE, et à ces derniers de basculer vers le statut d'IPA, grâce aux mécanismes de formation continue, tout en poursuivant le mouvement de développement des IPA au sein de la formation initiale. En parallèle, nous préconisons d'augmenter la responsabilisation des IDE, de conférer aux IPA une autonomie réelle à l'hôpital et d'élargir leur champ d'action pour en faire des véritables professionnels du soin à part entière. En développant des mécanismes connexes de valorisation des compétences acquises, on s'assure de l'incitation à la montée en compétences des professionnels par la formation, qui débouchera mécaniquement sur une hausse de leur rémunération, corollaire indispensable.

¹⁷ https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/12/09/l-appel-de-670-medecins-de-l-ap-hp-la-culture-du-chiffre-du-blabla-et-des-process-sape-le-moral-des-personnels-hospitaliers_61-05255_3232.html

- Revisiter le métier infirmier pour redonner du sens à leur activité quotidienne :
 - ◊ En donnant plus d'ampleur au métier d'infirmier, en leur confiant des missions de prévention, de soin et de réhabilitation,
 - ◊ En lui donnant plus de profondeur et de recul, en valorisant la recherche en soins infirmiers, initiée au début des années 50 aux Etats-Unis, et qui vise à produire des savoirs scientifiques pour consolider les prises de décisions infirmières. En France, le PHRIP, appel d'offre annuel du ministère de la Santé, mis en place en 2010, a indéniablement un effet incitatif mais le nombre de projets soumis et sélectionnés (16 en 2010 ; 33 en 2020) reste modeste rapporté au nombre de chercheurs potentiels (479 836 infirmiers en poste au 1er janvier 2020 dans la fonction publique hospitalière selon la DREES). C'est pourtant un élément important de construction d'une science du soin et par là-même d'une fonction de « docteur en soins ».

Prendre soin de ceux qui soignent

- Créer un climat de confiance, en transformant la pratique managériale pour donner plus de marge de manœuvre aux personnels de soins. La culture managériale verticale à l'hôpital doit absolument être cassée. L'évolution du management doit passer par la poursuite de la déconcentration et plus de délégations, afin de favoriser la prise de responsabilité de l'ensemble des personnels. Une politique d'évaluation et de sélection des pratiques est un préalable essentiel pour y parvenir.
- Suivre les aspirations et les tendances du marché du travail, notamment chez les jeunes, en termes de management. L'hôpital est la plus belle des entreprises, au sens collectif de travail produisant des services pour autrui, et doit ainsi adopter des pratiques managériales faisant la part belle au confort et au bien-être de ses salariés / agents. Pour cela, les professionnels pouvant être amenés à exercer des fonctions managériales durant leur carrière (directeurs d'hôpitaux, chefs de service & chefs de pôle, cadres infirmiers) doivent être sensibilisés et formés à la gestion d'équipe. L'ajout de modules management au sein des formations continues et initiales est un impératif, permettant d'aider les bons techniciens à gérer une équipe de la meilleure des façons, en partant des besoins des soignants.
- Rompre avec le principe exclusif de suivi de cadence et de traçage des temps de travail. A titre d'exemple, les temps de transmission

et d'échanges doivent être mieux pris en compte et allongés. Les quotas de personnels par service doivent être ajustés en prenant en compte ces « temps de non-soins », indispensables tant pour le soignant que pour la qualité de la prise en charge du patient (temps de préparation ; transmission ; détente). En finir avec la culpabilisation du temps de détente en horaire de travail, trop souvent assimilé à de l'inactivité.

- Revoir les aménagements spatiaux, en utilisant les 2,5 Mds € d'investissement prévus par le grand plan de relance de l'investissement en santé dans les conclusions du Ségur de la santé, en prévoyant dans les services de soins, de véritables lieux de détente et de « décompression » adaptés pour les personnels.. Il ne s'agit pas de travailler plus mais mieux, en améliorant la collaboration, la coordination.
- Améliorer concrètement « l'expérience soignants » au travers de « Living Lab » ou laboratoire vivant, associant les concepteurs et les futurs utilisateurs. Plusieurs Living Lab sont actuellement hébergés au sein des hôpitaux (AP HP, Hôpital Foch, CH Annecy...), afin de favoriser le développement de solutions techniques et organisationnelles qui répondent aux besoins des infirmiers (aide au levage des patients, équipements ergonomique, amélioration des déplacements, ergonomie des supports IT...). De manière ponctuelle la mise en place de « living lab éphémères » centré sur l'amélioration de la QVT des soignants est à favoriser.
- Définir une véritable politique de logistique hospitalière à court, moyen et long termes, et un plan d'investissement en regard, au niveau de chaque territoire et en tenant compte de l'offre hospitalière privée, (qui a démontré son indispensable apport complémentaire durant la crise sanitaire) : rénovation et /ou réaffectation de bâtiments existants, constructions de nouveaux lieux... De ce point de vue le PLFSS 2022, poursuivant une initiative amorcée en 2021, consacre 500M€ sur les 2 milliards consacré au soutien national à l'investissement en santé à la prise en compte du quotidien dans les établissements de santé.

Renforcer l'attractivité des métiers par la modernisation des outils

Cette recommandation, qui porte sur la maintenance et l'évolution du cadre d'activité à l'hôpital, concerne l'ensemble des professionnels qui exercent à l'hôpital, dont les personnels infirmiers :

- Rénover totalement le parc informatique hospitalier. Représentant à peine 1,7 %¹⁸ des charges d'exploitation des établissements hospitaliers¹⁹, le SIH (système d'information hospitaliers) est obsolète dans de nombreux hôpitaux. Outre les failles de sécurité que cela génère ²⁰, alors même que les rançonnages des établissements de soins se multiplient en France comme dans le monde entier, la vétusté du parc informatique oblige trop souvent les personnels à s'armer d'une feuille et d'un crayon pour consigner leurs actes et surtout de patience et d'astuce pour avoir accès aux informations patients indispensables. Une perte de temps et de sérénité opérationnels et une perte d'informations, qui accentuent encore davantage le mal-être des agents. La modernisation du parc informatique, l'octroi de tablettes et d'ordinateurs performants et la localisation des SI aux mêmes étages que les services, sont des leviers permettant d'accélérer la digitalisation des hôpitaux et d'éliminer au maximum les tâches administratives ou logistiques sans aucune valeur ajoutée qui, en plus d'être chronophages, minent le moral des personnels.
- Accélérer le référencement des technologies d'e-santé en capacité de faciliter la vie des patients et des soignants et d'améliorer la qualité des soins. En parallèle il faudra également développer des outils d'IA de support à la décision de soins, pour apporter de la rassurance aux personnels, sécuriser les décisions dans un contexte de surmenage ou de remplacement au pied levé d'un personnel absent. Néanmoins, avant d'effectuer ce saut technologique, que l'on pourrait qualifier de « quantique » tant il semble éloigné du quotidien, les hôpitaux doivent en finir avec leurs outils d'un autre temps en mettant l'innovation au service de la QVT. De nombreux professionnels hospitaliers sont par exemple encore obligés d'utiliser des thermomètres buccaux plutôt qu'infrarouges, perdant inutilement un temps précieux. Les hôpitaux doivent également s'équiper en appareils répondant aux besoins quotidiens et pragmatiques des soignants, comme les outils dits « de manutention » qui permettent le levage des patients et réduisent drastiquement la pénibilité du travail et les incapacités temporaires de travail (ITT) qui en résultent.

18 Contre 2 à 9% pour les entreprises privées

19 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/atlas-des-systemes-d-information-hospitaliers>

20 <https://www.institutsapiens.fr/les-etablissements-de-sante-doivent-avoir-une-gouvernance-centralisee-de-la-donnee/>

Augmenter l'attractivité du métier en (re)valorisant l'image sociale de l'infirmier

- Promouvoir une nouvelle identité de « professionnels » ou « experts du soin » réunissant l'ensemble des métiers dits « paramédicaux », afin de mettre en évidence leur rôle en matière de prévention, d'accompagnement de l'acte purement médical et de plus en plus en responsabilité, à la place du médecin, là où l'action de ce dernier n'est pas indispensable : actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique. Ce qui doit contribuer à sortir enfin d'un système de santé « médico-centré », axé sur le curatif qui est encore le nôtre aujourd'hui en France. Cette promotion du métier d'infirmier pourra s'effectuer à travers une campagne nationale de communication, reprenant le modèle de celui de l'armée de terre, s'intitulant par exemple « Infirmier, un métier de cœur ».
- Décloisonner les corps professionnels, les compétences et leur déclinaison « métier » : favoriser l'acquisition d'un bloc commun de compétences des professionnels en santé, en créant un parcours commun aux études de santé, dans lequel les 3 premières années d'études forment des infirmiers, et dans lequel la spécialisation interviendra à partir du Master.
- Augmenter le nombre de passerelles entre professions de santé, pour permettre au personnel paramédical de devenir médecin ou d'intégrer les corps de direction hospitalière et permettre aux aides-soignants de devenir IDE, tout en finançant leurs études.
- Poursuivre l'augmentation des capacités de formations en IFSI et IFAS, tout en travaillant sur les conditions d'accueil en stage, la qualité des stages et sur le contenu pédagogique, par exemple en valorisant la recherche infirmière.

Le suivi de ces recommandations aura un impact financier, qui doit aller au-delà ce que prévoyait l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, (13 Mds € sur les 10 prochaines années). Le besoin financier devra faire l'objet d'une concertation spécifique avec l'ensemble des acteurs, partant d'éléments tangibles et d'indicateurs de suivi et d'impact définis collectivement.

Glossaire

- **DREES** : La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques est une direction de l'administration publique centrale française produisant des travaux de statistiques et d'études socio-économiques. Elle dépend des ministères dits « sanitaires et sociaux » et du ministère de l'Économie et des Finances.
- **Chirurgie ambulatoire** : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement.
- **Court séjour** : unités de hospitalières prodiguant des soins de courte durée à des patients sélectionnés et prenant en charge la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO)
- **Hospitalisation complète** : hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit.
- **Infirmier de Pratique Avancé** : l'infirmier diplômé qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé à exercer (définition du Conseil international des infirmiers). Il est en capacité de réaliser des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.
- **IFSI/IFAS** : Institut de Formation en Soins Infirmiers/Institut de Formation d'Aides-Soignants