

COUR DES COMPTES
20 décembre 2017

Intervention de Jean-Marie BARBOT
(Président de l'ADRHESS)

Sur la situation des personnels infirmiers dans les
établissements publics de santé

Situation des personnels infirmiers dans les établissements publics de santé: Enjeux , problématiques, tendances

1. Données démographiques
2. Attractivité /Rémunération
3. Recrutement/carrière
4. Organisation du travail
5. Formation initiale et continue
6. Pratiques avancées et transferts de compétences
7. Territorialisation (GHT):quelles conséquences ?

1. Données démographiques

(sources: DREES/ADELI)

600 170 infirmier(e)s, dont:

306 213 en EPS

32 991 en ESPIC

64 168 en EPBL

Soit:

405 372 IDE en établissements de santé

REPARTION PAR AGE/PUBLIC - PRIVE

Public

Privé

- -de 25 ans à 34 ans: 31,8% 38,5%
- de 35 ans à 49 ans: 34,4% 33%
- De 50 ans à 65 ans (et +) 33,8% 28,5%

Trois caractéristiques principales:

A) Un effectif global qui a doublé en 25 ans:

1990: 304 000

2002: 411 000

2014: 600 170

Une évolution largement liée à l'augmentation des quotas IFSI

Une augmentation qui profite davantage au libéral

B) Un personnel très majoritairement féminin : 87 % (86,5% dans les EPS)

C) Un âge moyen de 43,3 ans (42,7 ans dans les EPS)

2. Attractivité/Rémunération

Attractivité:

- Une situation hétérogène selon les régions, les établissements, les disciplines
- Des besoins qui restent importants pour les postes d'infirmiers spécialisés

- Une mobilité :

comparable à celle des autres professions de santé (ex: situation de l'IDF)

propre à la profession infirmière (carrière discontinue)

2. Attractivité/Rémunération

Rémunération 2017

Evaluation rémunération nette mensuelle intégrant indemnités et prime de service (personnel titulaire)

Sans et avec HS (15h /mois)

	sans HS	avec HS
Début de carrière	1830	2034
Milieu de carrière	2225	2480
Fin de carrière	2750	3070

Rémunération des infirmiers en milieu hospitalier : un regard international

(Etude OCDE 2017)

- Dans la plupart des pays développés ,les infirmiers hospitaliers ont une rémunération au minimum légèrement supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs du pays
- Ainsi aux EU ,l'écart est de + 20%
- En France ,l'écart est de-10%, ce qui nous place ,selon l'OCDE, en bas du tableau, juste devant la Finlande, la Hongrie et la Lettonie.

3. Recrutement /carrière

RECRUTEMENT

Une réglementation identique (ex: FPH /statut 1986):

CDD/CDI

Stage

Titularisation

Des pratiques différentes (ex: contrats, délais de mise en stage) selon les établissements, surtout liées à la disparité du marché de l'emploi et à la situation financière des EPS

-une tendance à la précarisation?

-l'apparition du chômage après le plein emploi?

NB: Selon l'enquête nationale ATIH ,28% des hôpitaux déclarent le métier infirmier comme « sensible »(contre 62% pour celui de M.kiné)

3. Recrutement /carrière

CARRIERE

Depuis la réforme de 2009 qui a « universitarisé » une partie de la formation (LMD), les IDE ont accès à la catégorie A (revalorisation des rémunérations)

La « sédentarisation » implique le report de 55 à 60 ans du départ à la retraite et de 60 à 65 ans de la limite d'âge

Les principales possibilités d'évolution (spécialisation ou promotion) sont conditionnées à l'obtention d'un diplôme, la formation étant généralement prise en charge au titre des « études promotionnelles »(ANFH):

Puéricultrices (17 211)

IADE (8 841)

IBODE (6 584)

Cadres (12 609)

4. Organisation du travail

- Des horaires « atypiques » (ex: travail de nuit et de WE)
- Des besoins importants liés à la continuité des soins (1 poste H24= +de 6ETP)
- Un impact fort de la RTT mise en place en 2002 (15 jours de RTT en moyenne)

La gestion du temps de travail

- La FPH et l'annualisation du temps de travail
- La difficile mise en place des 35h à l'hôpital
- Une réglementation généralement respectée dans les EPS (rapport Laurent 2016)
- Des horaires en 12h qui se développent pour le personnel soignant ,notamment infirmier

Des conditions de travail qui se dégradent

- La mise en place de la T2A a conduit à une course à l'activité , à une plus forte rotation des malades ,à un alourdissement de la charge en soins
- Les tensions financières ont des répercussions sur l'emploi
- L'absentéisme (8% en moyenne en 2015)est plus élevé chez les soignants (surtout chez les AS)

5. Formation initiale et continue.

- Formation initiale (3 ans)

Le dispositif:

- une offre de formation très (trop?) éclatée (326 IFSI)
- une centaine de GCS /IFSI mis en place à partir de 2010
- GHT et formation continue: quelle coordination?

Le « nouveau » programme (2009)

- un bilan contrasté
- des nouveaux diplômé(e)s ayant une meilleure formation théorique mais qu'il faut davantage accompagner.

- Formation continue:

- une gestion financière assurée par les délégations régionales de l'ANFH

- un effort financier de 2,9% de la masse salariale

- une partie du financement (0,6%) sanctuarisé pour les études promotionnelles (principalement : IDE/IADE/IBODE, cadre de santé)

- une coordination devant désormais être assurée au sein du GHT: des possibilités importantes de mutualisation

6. Pratiques avancées et transferts de compétences

Le constat:

- un champ de compétences infirmières plus limité en France que dans d'autres pays (Canada, Suisse...)
- un positionnement historique de l'infirmier(e) en qualité « d'auxiliaire du médecin » (agit sur prescription)
- une pénurie médicale qui s'aggrave du fait de la démographie et qui touche (inégalement)les hôpitaux

Une discipline sinistrée :la médecine du travail

Une nécessité :développer les compétences et diversifier les pratiques soignantes

Les pratiques avancées

- **Objectifs:**

Renforcer et valoriser l'expertise infirmière dans différents domaines:

- activités d'orientation, d'éducation ,de prévention et de dépistage

- actes d'évaluation et de surveillance clinique

- prescription d'examens complémentaires, renouvellement

Disciplines principalement concernées:

Cancérologie, diabétologie, maladies du vieillissement

- **Le dispositif:**

- vise à reconnaître au niveau statutaire et financier le nouveau grade d'IPA qui sera conditionné à une formation complémentaire niveau master
- instaure une nouvelle compétence infirmière qui s'ajoutera donc au métier « socle », aux spécialités et à l'encadrement

Un cadre juridique posé par la loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016)

Des modalités qui restent à préciser ,le décret devant être publié au printemps 2018

Les transferts de compétences

« Coopération des professions de santé »

Origine : rapport Berland (2003)

Dispositif officialisé par la loi HPST (2009)

Il s'agit de permettre à des infirmiers (ainsi qu'à des manipulateurs radio) spécialement formés et agissant par délégation d'un médecin de réaliser des actes médicaux dans un cadre juridique déterminé (autorisation par l'ARS après avis de l'HAS)

Exemples : pose de cathéter, prélèvement de cornée, pose de chambre implantable, échographie

7. Territorialisation (GHT) : quelles conséquences pour le personnel infirmier hospitalier?

Une réforme structurante , une territorialisation en marche:

- Au 1^{er} juillet 2016, 850 hôpitaux ont été regroupés au sein de 135 GHT
- Organisation d'une offre de soins territoriale graduée
- Un projet médical et un projet de soins partagés
- Organisation en commun du plateau technique (imagerie, laboratoires)
- Coopération médicale et soignante

Des transferts de compétences au profit de l'établissement support , « navire amiral » d'un groupement dépourvu de personnalité morale

GHT: coopération ou pré-fusion ?

Les conséquences pour le personnel soignant :

- Réorganisation de l'offre de soins
- Mutualisation des moyens
- Equipes de territoire
- Mobilité (mise à disposition)
- Harmonisation des pratiques RH (GTT...)
- Parcours professionnel

GHT : menace ou opportunité?