



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE

ASSISTANCE PUBLIQUE-
HOPITAUX DE PARIS
(75)

Enquête sur le « personnel infirmier »

Exercices 2011 et suivants

Observations
délibérées le 8 novembre 2018

TABLE DES MATIÈRES

1	RAPPEL DE LA PROCÉDURE	7
2	L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT	8
2.1	La présentation de l'établissement	8
2.2	L'organisation de l'AP-HP	8
2.3	Le contexte dans lequel se déroule l'enquête.....	11
3	LES EFFECTIFS INFIRMIERS AU SEIN DE L'HÔPITAL.....	12
3.1	L'évolution des effectifs	12
3.2	Les déterminants de l'évolution de la masse salariale	14
3.2.1	Les déterminants structurels : un effet volume qui l'emporte sur l'effet prix	14
3.2.2	Les déterminants conjoncturels : les réformes.....	15
3.2.3	Les déterminants géographiques : les différents hôpitaux de l'AP-HP	16
3.3	Évolution des effectifs au regard de l'activité : une densification du temps de travail.....	18
4	LA GESTION DES PERSONNELS INFIRMIERS	22
4.1	L'organisation de la gestion des personnels infirmiers à l'hôpital.....	22
4.1.1	Les rôles respectifs de la DRH et de la coordination générale des soins.....	22
4.1.2	La représentation des personnels infirmiers	23
4.1.3	L'adéquation entre l'offre infirmière et le besoin.....	25
4.1.4	La gestion des personnels infirmiers dans leur parcours professionnel.....	30
4.2	Les politiques de recrutement et de fidélisation des infirmiers.....	37
4.2.1	L'appréciation des besoins en personnels infirmiers.....	37
4.2.2	La stratégie d'attractivité et de fidélisation	43
5	L'EXERCICE DU MÉTIER INFIRMIER	46
5.1	L'organisation du travail infirmier.....	46
5.1.1	La refonte de l'organisation du temps de travail en 2016, une réforme ambitieuse.....	46
5.1.2	Un décalage entre la durée horaire légale annuelle et la durée effective.....	47
5.1.3	L'apparition de deux dispositifs problématiques.....	48
5.1.4	Des choix d'organisation du temps de travail différenciés selon les catégories d'infirmiers... ..	49
5.1.5	Le travail en douze heures : une décision locale	50
5.1.6	Un nombre croissant de jours stockés dans les comptes épargne-temps	51
5.2	Les personnels infirmiers au sein des équipes hospitalières	52
5.2.1	Les outils de travail	52
5.2.2	La stratégie de lutte contre les événements indésirables et le développement d'une culture de l'erreur.....	55
5.3	L'absentéisme	58
5.3.1	Un absentéisme en augmentation récente.....	58
5.3.2	La lutte contre l'absentéisme, une stratégie balbutiante	60
5.4	La condition infirmière	61
5.4.1	Les infirmières, une population exposée aux risques professionnels	61
5.4.2	La prévention des risques professionnels, une démarche complète et aboutie.....	61
5.4.3	Le nouveau diplôme infirmier de 2009 et le changement de profil des infirmiers sortis d'école	63
5.4.4	Le « malaise » infirmier, patent pour une minorité et latent pour la profession.....	64

6	LA FORMATION DES PERSONNELS INFIRMIERS	67
6.1	La formation professionnelle	67
6.1.1	L'effort de formation conséquent consenti par l'AP-HP.....	68
6.1.2	Le droit individuel à la formation (devenu compte personnel de formation), peu mobilisé car subsidiaire.....	70
6.1.3	Des dépenses de formation supérieures aux obligations réglementaires.....	71
6.1.4	D'importantes lacunes dans le suivi des formations obligatoires.....	71
6.2	Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)	75
6.2.1	Des effectifs stables et une sélectivité accrue.....	75
6.2.2	Des relations suivies entre chaque IFSI et son hôpital de rattachement mais lâches au niveau de l'ensemble de l'AP-HP.....	77
6.2.3	La gouvernance des IFSI.....	77
6.2.4	Une « universitarisation » inachevée.....	79
6.2.5	Une facturation insuffisamment cadrée et contrôlée	81
6.2.6	Des conditions d'études inégales selon les IFSI.....	82
	ANNEXES.....	84

SYNTHÈSE

- (i) Au sein de l'AP-HP, les personnels infirmiers (hors cadres de santé) représentaient en 2016, 20 384 équivalents temps plein, soit environ un quart du personnel total et 40 % des personnels soignants non médicaux et la masse salariale correspondante s'élevait à 13 % des dépenses de l'AP-HP. Au cours de la période 2011-2016, la croissance de la masse salariale s'est avérée modérée (2,5 % par an) au regard de la croissance et de la modification de l'activité, caractérisée par un virage ambulatoire, une augmentation de la sévérité des séjours et de l'âge moyen des patients en hospitalisation complète et une contraction de la durée moyenne de séjour. Le travail s'est donc densifié, et les outils de gestion sont encore en cours d'adaptation. Ainsi la charge de travail infirmière reste difficile à mesurer, et la concordance entre temps médical et paramédical se met en place de manière laborieuse.
- (ii) L'AP-HP n'éprouve pas de difficulté particulière pour recruter des infirmiers diplômés d'État, mais les effectifs contenus relativement à la croissance de l'activité ne permettent pas de satisfaire aux ratios de personnels légalement exigibles pour les services normés. L'établissement rencontre en revanche des tensions sur les infirmiers spécialisés et les cadres. Le principal vivier de recrutement est interne, constitué des diplômés sortis d'IFSI et des agents en promotion professionnelle. L'AP-HP encourage ces parcours de promotion professionnelle mais une meilleure mobilisation des potentiels féminins permettrait d'alléger les tensions sur ces métiers. De manière générale, l'AP-HP mène une politique d'attractivité tant pour recruter de nouveaux infirmiers que pour les conserver via des dispositifs dédiés dont l'un s'est révélé discriminatoire.
- (iii) Au cours de la période examinée, le métier infirmier a évolué dans le sens d'un élargissement des attributions au-delà du décret d'actes infirmier via les protocoles de transfert de tâches et les pratiques avancées qui traduisent une montée en gamme du métier. Cependant, l'élargissement des tâches ne se traduit pas par une reconnaissance monétaire ni une construction de carrière dans l'attente de la mise en place des modes de reconnaissance prévus pour la pratique avancée. L'universitarisation de la formation demeure inachevée et les IFSI ne disposent pas d'un budget rassemblant l'ensemble de leurs dépenses et de leurs recettes ce qui limite l'analyse de leur performance.
- (iv) Si les effectifs restent contenus, la quantité de travail fourni a crû du fait de la réforme de l'organisation du temps de travail menée en 2016, qui a permis de supprimer la plupart des jours de congés irréguliers.
- (v) La démarche n'a cependant pas été menée au bout de sa logique, car demeure un jour de congé irrégulier pour l'obtention d'une médaille du travail. Le temps de travail annuel effectif reste toujours inférieur au temps de travail légal pour certains régimes horaires, alors même que la quantité d'heures supplémentaires non récupérées ni rémunérées effectuées par les personnels infirmiers demeure conséquente. Le nombre de jours d'absence a également crû. Or jusqu'à une date récente, l'AP-HP ne disposait pas de plan de lutte contre l'absentéisme au niveau central, laissant cette question au niveau local.

- (vi) Le métier infirmier se fait donc plus dense et plus exigeant. Cette évolution est accompagnée par l'AP-HP qui a investi tant dans l'amélioration des pratiques infirmières que dans la prévention des risques professionnels, de façon très aboutie. Ainsi les outils de prise en charge, en particulier les outils informatiques, ont progressé. L'AP-HP fournit un suivi méthodologique des pratiques et procédures de soin remarquable, et a opéré un changement de paradigme vers une culture de « l'erreur positive » qui contribue à améliorer la qualité des soins infirmiers.
- (vii) Un effort considérable a ainsi été réalisé pour sécuriser l'administration des médicaments en comblant par une action de formation énergique les lacunes constatées sur les calculs de doses. Cependant, malgré un effort de formation quantitativement important, d'autres formations essentielles à la sécurité des soins, qui doivent légalement être régulièrement suivies, ne le sont qu'insuffisamment si bien qu'une majorité d'infirmiers ne se conforme pas aux obligations de formation.

RECOMMANDATIONS ET RAPPELS AU DROIT

Au terme de ses travaux, la chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section.

Les rappels au droit suivants sont formulés:

- Rappel au droit n° 1 : Cesser d'appliquer, contrairement aux dispositions réglementaires, le protocole PPCR aux infirmiers contractuels..... 15
- Rappel au droit n° 2 : Respecter les normes d'infirmiers au lit imposées par le code de la santé publique dans l'ensemble des services concernés. 28
- Rappel au droit n° 3 : Supprimer les critères de nationalité et de situation familiale dans l'attribution des logements temporaires du dispositif Infirmière Capitale.
..... 45
- Rappel au droit n° 4 : Supprimer les gratifications accordées aux agents au titre des médailles communale, départementale et régionale..... 47
- Rappel au droit n° 5 : Aligner l'ensemble des régimes horaires sur les durées réglementaires de travail 48
- Rappel au droit n° 6 : Supprimer le forfait de 18 heures supplémentaires accordés aux agents passés au régime horaire de 7h30 de jour par l'arrêté d'organisation du temps de travail. 49
- Rappel au droit n° 7 : Veiller au respect par les infirmiers des formations obligatoires que sont la formation à la sécurité incendie et l'AFGSU à la fréquence requise, en assurant le suivi de ces formations et en formant au plus vite les infirmiers contrevenant actuellement à la réglementation..... 74
- Rappel au droit n° 8 : Définir avec les universités une métrique de facturation transparente et mettre en œuvre une facturation détaillée afin d'assurer la correcte liquidation. 81
-

Les recommandations adressées par la chambre sont les suivantes :

- Recommandation n° 1 : Veiller au suivi de l'adhésion des personnels infirmiers à l'ordre national infirmier afin que cette formalité obligatoire soit remplie et clarifier le caractère obligatoire et normatif du code de déontologie. 24
- Recommandation n° 2 : Poursuivre l'élaboration de standards capacitaires de ratios au lit de présence infirmière au-delà des seuls services de médecine..... 26
- Recommandation n° 3 : Étudier les causes de l'inégalité de genre constatée à travers le nombre et la durée des promotions professionnelles, et proposer des actions susceptibles d'y remédier..... 34
- Recommandation n° 4 : Accroître le nombre de formations labellisées DPC afin d'assurer l'obligation de formation triennale de tous les infirmiers..... 74
- Recommandation n° 5 : Finaliser la mise en place d'un budget par IFSI comprenant l'ensemble des recettes et des dépenses de celui-ci..... 79
- Recommandation n° 6 : Renforcer au sein du centre de formation et de développement des compétences la coordination entre les IFSI pour harmoniser les conditions d'études et affermir le positionnement des IFSI face aux universités. 83
-

*« La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen*

OBSERVATIONS

1 RAPPEL DE LA PROCÉDURE

Dans le cadre d'une enquête commune à la Cour des comptes et à 11 chambres régionales des comptes sur les personnels infirmiers à l'hôpital, un examen de gestion de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, consacré exclusivement à ce sujet, inscrit au programme de la chambre régionale des comptes Île-de-France pour 2017, a été conduit pour les exercices 2011 et suivants, jusqu'à la période la plus récente.

Il a été notifié le 17 mai 2017 à l'ordonnateur actuel, M. Martin Hirsch, directeur général, ainsi qu'à sa prédécesseur, Mme Mireille Faugère, et à Mme Anne Hidalgo, présidente du conseil de surveillance.

L'entretien d'ouverture de contrôle avec M. Hirsch a eu lieu le 30 mai 2017.

L'entretien prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières s'est tenu le 10 avril avec M. Hirsch, et le 18 avril avec Mme Faugère, ancienne ordonnatrice.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé le 27 juin 2018 à M. Hirsch, directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, qui en a accusé réception le 28 juin 2018.

Un extrait a été adressé le 27 juin 2018 à, Mme Faugère, unique prédécesseur de M. Hirsch sur la période contrôlée. Le courrier a été retiré le 28 juin 2018.

D'autres extraits ont été adressés aux tiers mis en cause suivants, tous adressés le 27 juin 2018 :

- Mme la Présidente de la Région Île-de-France
- M. le Président de l'Université Paris-Est-Créteil
- M. le Président de la Sorbonne-Université
- M. le Président de l'Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

M. Hirsch, directeur général de l'AP-HP a répondu par courrier enregistré au greffe le 7 septembre 2018. Mme Péresse, présidente de la Région Île-de-France a répondu par courrier enregistré au greffe le 12 septembre 2018.

Dans sa séance du 8 novembre 2018, la chambre régionale des comptes Île-de-France a arrêté les observations définitives ci-après développées après avoir pris en compte les réponses reçues.

Ont participé au délibéré, présidé par Mme Florence Bonnafoux, présidente de section, Mmes Anne-Christine Priolet et Sarah Birden, première conseillère ainsi que M. Gilles Duthil, premier conseiller et M. Philippe Lavastre, conseiller.

Ont été entendus :

- En son rapport, Mme Sarah Birden, première conseillère, assistée de Mmes Martine Burg et Fanny Mangin, vérificatrices des juridictions financières
- En ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Luc Héritier, procureur financier.

Mme Viviane Barbe, auxiliaire de greffe, assurait la préparation de la séance de délibéré et tenait les registres et dossiers.

La réponse du directeur général de l'AP-HP, M. Hirsch, au rapport d'observations définitives qui lui a été adressé le 7 décembre 2018, a été reçue par la chambre le 9 janvier 2019. Cette réponse est jointe en annexe au présent rapport.

2 L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

2.1 La présentation de l'établissement

L'AP-HP constitue l'unique CHU d'Île-de-France et gère 39 établissements hospitaliers. Sa principale caractéristique réside dans sa taille : premier établissement de santé ainsi que premier centre universitaire d'Europe, et premier employeur francilien.

Sur un territoire dynamique en termes démographiques et économiques, qui regroupe près de 12 millions d'habitants, la capacité d'accueil de l'AP-HP s'établissait en 2016 à 20 517 lits exploitables, dont 11 993 lits de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et 2 016 places d'hôpital de jour, ce qui représente 30 % de l'offre hospitalière publique francilienne et près de 10 % de l'offre hospitalière publique française. A la même date, 1 344 396 séjours avaient été comptabilisés. Le montant total des dépenses tous budgets confondus de l'établissement s'élevait à 7,848 milliards d'euros, dont 7,513 milliards¹ pour le seul budget principal.

Dans sa position de centre de recours pour l'Île-de-France, l'APHP offre le plus large panel d'activités médicales en France (soins aigus de MCO, oncologie, psychiatrie, rééducation et soins de suite, 25 services d'urgences...) et l'établissement se révèle parfois être la seule institution en France à même de traiter certaines maladies rares ou de pratiquer certaines interventions médicales spécifiques.

L'AP-HP est le principal centre de formation médicale et paramédicale en France, au titre de sa collaboration avec les unités de formation et de recherche (UFR) en médecine et pharmacie des universités en sa qualité d'unique CHU francilien et par le biais de ses 40 centres d'enseignement (instituts de formation en soins infirmiers, écoles spécialisées, institut de formation des cadres de santé). L'établissement est donc en position favorable pour le recrutement des personnels médicaux, paramédicaux et soignants.

L'AP-HP est aussi le principal pôle français de recherche et de publications médicales, facteur d'attractivité notamment auprès des praticiens médicaux.

En 2016, l'AP-HP employait près de 100 000 collaborateurs correspondant à 81 000 équivalents temps plein rémunérés (ETPR), dont 7 593 ETPR de personnel médical, 50 273 de personnel soignant non médical, 1 050 de personnel socio-éducatif, 9 939 de personnel administratif et de direction et 6 165 de personne ouvrier et technique.

2.2 L'organisation de l'AP-HP

L'AP-HP est composée de 12 groupes hospitaliers regroupant 36 hôpitaux (indépendants et directement rattachés au siège avant 2011) et de trois hôpitaux hors groupe hospitalier, auxquels il convient d'ajouter l'hospitalisation à domicile.

¹ Source : AP-HP

Les services généraux (tels que l'agence générale des équipements et produits de santé, la blanchisserie et les transports sanitaires) constituent des « pôles d'intérêt commun ».

Les instances de décision ou de consultation prévues par la loi (conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement central, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques et commission centrale de concertation avec les usagers) siègent au niveau central.

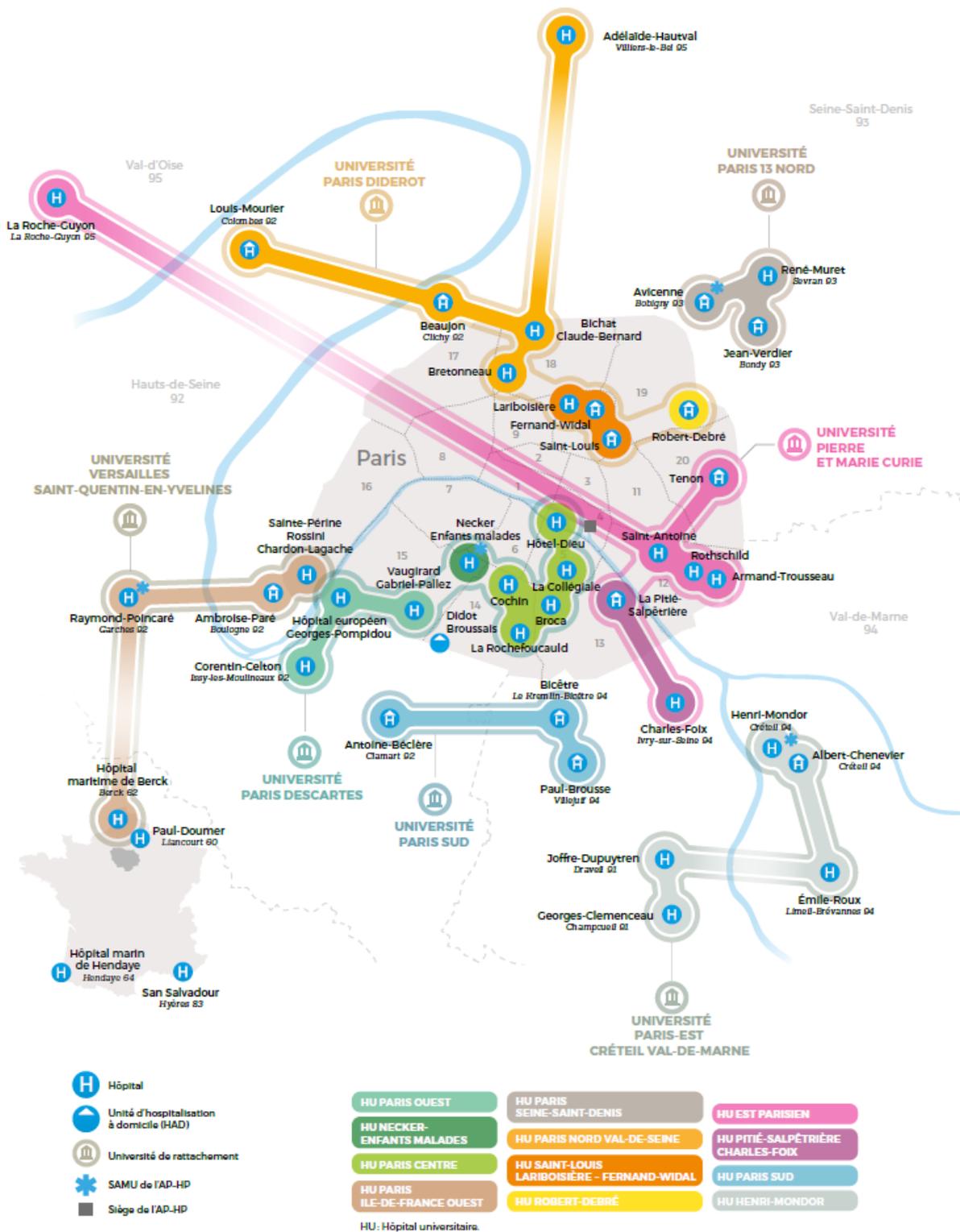
Au niveau du groupe hospitalier, la politique de l'institution est déclinée par une équipe de direction placée sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier, les instances locales (conseil exécutif, commission locale de surveillance, commission médicale d'établissement locale, comité technique d'établissement local, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) n'étant que consultatives.

Les 12 groupes hospitaliers sont constitués des hôpitaux suivants :

- les Hôpitaux universitaires (HU) Est Parisien, des hôpitaux Tenon (Paris 20^e), St-Antoine (Paris 12^e), Rothschild (Paris 12^e), Armand-Trousseau (Paris 12^e) et La Roche Guyon (95),
- les Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor, des hôpitaux Henri-Mondor (Créteil 94), Albert-Chenevier (Créteil 94), Emile-Roux (Limeil-Brévannes 94), Joffre-Dupuytren (Draveil 91) et Georges-Clémenceau (Champcueil 91),
- les Hôpitaux Universitaires Necker-Enfants Malades, de l'hôpital Necker-Enfants Malades (Paris 15^e),
- les Hôpitaux Universitaires Paris Centre, des hôpitaux Broca (Paris 13^e), Cochin (Paris 14^e), Hôtel Dieu (Paris 4^e), La Collégiale (Paris 5^e) et La Rochefoucauld (Paris 14^e),
- les Hôpitaux Universitaires Paris Île-de-France Ouest, de l'hôpital Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt 92), de l'hôpital maritime de Berck (62), et des hôpitaux Raymond-Poincaré (Garches 92) et Saint-Périne Rossini Chardon Lagache (Paris 16^e),
- les Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine, des hôpitaux Bichat-Claude-Bernard (Paris 18^e), Beaujon (Clichy 92), Louis-Mourier (Colombes 92), Bretonneau (Paris 18^e) et Adélaïde-Hautval (Villiers-le-Bel 95),
- les Hôpitaux Universitaires Paris Ouest, de l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris 15^e) des hôpitaux Corentin-Celton (Issy-les-Moulineaux 92) et Vaugirard-Gabriel-Pallez (Paris 15^e),
- les Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, des hôpitaux Avicenne (Bobigny 93), Jean-Verdier (Bondy 93) et René Muret (Sevran 93),
- les Hôpitaux Universitaires Paris Sud, des hôpitaux Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre 94), Paul-Brousse (Villejuif 94) et Antoine-Béclère (Clamart 92),
- les Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, des hôpitaux Charles-Foix (Ivry-sur-Seine 92) et La Pitié-Salpêtrière (Paris 13^e),
- les Hôpitaux Universitaires Robert Debré, de l'hôpital Robert Debré (Paris 19^e),
- et les Hôpitaux Universitaires Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal des hôpitaux Fernand-Widal (Paris 10^e), Lariboisière (Paris 10^e) et Saint-Louis (Paris 10^e).
- L'hôpital Paul-Doumer (Liancourt 60), l'hôpital marin de Hendaye (64), l'hôpital San-Salvador (Hyères 83) et l'Unité d'hospitalisation à domicile n'ont pas été inclus dans un groupe.

L'enquête a porté une attention particulière aux hôpitaux Ambroise Paré, Henri Mondor et Tenon, établissements retenus en concertation avec l'AP-HP comme échantillon du fait de leurs localisation, taille et activité différenciées, et de la disponibilité de leurs directions des ressources humaines respectives.

Carte n° 1 : Organisation des hôpitaux de l'AP-HP



Source : AP-HP

2.3 Le contexte dans lequel se déroule l'enquête

Le contexte dans lequel est examinée la gestion des personnels infirmiers à l'AP-HP est caractérisé par la fréquence des restructurations internes et une situation financière fragile.

La constitution des groupes hospitaliers à l'AP-HP a modifié de façon significative les organisations hospitalières.

Elle a eu pour conséquence de conduire à une réorganisation des pôles autour des groupes hospitaliers, ce qui a entraîné de nombreuses restructurations d'activités entre sites ou entre pôles. En ce qui concerne les hôpitaux retenus au sein de l'échantillon, pour les Hôpitaux Universitaires Est Parisien, la pneumologie et les activités d'onco-gynécologie ont été transférées de Saint-Antoine à Tenon et pour les Hôpitaux Universitaires Paris Île-de-France Ouest, les blocs opératoires des sites Ambroise Paré et Raymond Poincaré ont été rattachés au même pôle.

D'autres regroupements de services répondent à un souci de modernisation et de rationalisation de l'offre de soins. On relève à Tenon, l'ouverture du bâtiment Dominique Meyniel (en 2012), l'agrandissement et la modernisation de la maternité (en 2016) ; à Ambroise Paré, la création d'une unité de médecine ambulatoire et la rénovation du service de réanimation (en 2016) ; à Henri Mondor, la mise aux normes de la réanimation et de la surveillance continue.

En 2016, le résultat comptable consolidé (tous budgets confondus) était positif de 55 126 244 € (mais négatif de 43 468 839 € pour le seul budget principal)².

Dans le cadre de son dernier plan financier à moyen terme (PGFP) pour la période 2017-2021, l'AP-HP ciblait le maintien de ce résultat consolidé positif et une amélioration graduelle du résultat du budget principal, qui devait devenir positif à partir de 2020.

En 2017 le déficit a atteint finalement 175 467 601 € (dont 198 689 426 € pour le seul budget principal)³, l'activité ne s'étant pas redressée en fin d'année comme escompté. Les remèdes proposés incluent le gel d'une partie de la masse salariale et la vente des deux bâtiments historiques, situés avenue Victoria et rue Saint-Martin.

La commission médicale d'établissement a rejeté le 5 décembre 2017 le plan global de financement pluriannuel 2018-2022. Celui-ci prévoyait 757 M€ d'économie dont 144 M€ sur les charges. En 2018, une réduction des effectifs non médicaux est envisagée pour une économie anticipée de 7,5 M€.

Le plan d'investissement comportant à partir de 2018 d'importants projets de restructurations, le taux d'endettement atteindrait 36,37 % en 2021 (contre une valeur considérée comme satisfaisante de 30 %), et le taux d'indépendance financière, 66,95 % (le seuil d'alerte étant dépassé au-delà de 50 %).

² Source : AP-HP

³ Source : AP-HP

3 LES EFFECTIFS INFIRMIERS AU SEIN DE L'HÔPITAL

Le personnel infirmier à l'hôpital inclut les infirmiers en soins généraux désignés par l'acronyme IDE (infirmier diplômé d'État) ainsi que les infirmières de spécialité que sont les puéricultrices, les infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et les infirmières anesthésistes (IADE). Ces deux dernières catégories correspondent à un diplôme spécifique postérieur au diplôme d'État d'infirmier. Les personnels infirmiers sont encadrés par des cadres de santé et cadres supérieurs de santé, qui accomplissent également un cursus ultérieur à leur cursus infirmier.

3.1 L'évolution des effectifs

Au cours de la période examinée, les effectifs infirmiers (hors cadres infirmiers) ont augmenté de 6,3 % soit une croissance annuelle moyenne de 1,2 %.

Tableau n° 1 : Évolution des effectifs infirmiers 2011-2016 (hors cadres de santé)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	évol
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD	16 861	16 820	17 480	17 728	17 802	17 933	6,6%
IDE exerçant une activité psychiatrique		423	453	462	482	490	15,8%
IDE exerçant une activité en EHPAD		51	49	56	55	57	11,8%
puéricultrices	519	598	629	658	659	666	11,4%
IBODE	526	521	516	504	494	481	-7,7%
IADE	748	765	752	735	736	757	-1,1%
Total	18 655	19 178	19 879	20 143	20 228	20 384	6,30%

Source : AP-HP

Comme les données fournies pour l'année 2011 ne distinguaient pas les infirmiers non spécialisés, travaillant en psychiatrie ou en EHPAD, les comparaisons suivantes ont donc, sauf indication contraire, été effectuées sur la période 2012-2016.

L'augmentation la plus marquée est relevée pour les effectifs des infirmières de soins généraux travaillant en psychiatrie qui ont crû de 16 %, suivis de ceux des infirmiers généralistes travaillant en EHPAD et des infirmières puéricultrices qui enregistrent une croissance respective de 12 % et 11 %. La croissance des effectifs infirmiers en services généraux s'établit à un niveau nettement plus modéré de 7 %.

Enfin les IBODE et IADE voient leur nombre diminuer pour les premiers et stagner après un creux en 2013-2014 pour les seconds. Cette baisse reflète, non une contraction des besoins, mais des difficultés de recrutement, lequel dépend majoritairement des promotions professionnelles et donc des sorties d'écoles, couplées à une démographie défavorable. Ces difficultés expliquent également la réduction des effectifs de cadres de santé qui s'établit à 4,6 % sur la période.

Tableau n° 2 : Effectifs de cadres de santé (en ETPR)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	évol 11-16
cadre de santé	1317	1281	1308	1329	1299	1295	-1,67%
IDE cadre supérieur de santé	401	384	369	335	356	338	-15,71%
cadre de santé	81	79	80	78	74	72	-11,11%
IADE cadre supérieur de santé	32	31	32	29	32	33	3,13%
cadre de santé	82	84	94	96	89	86	4,88%
IBODE cadre supérieur de santé	45	42	39	37	41	39	-13,33%
cadre de santé	91	89	90	92	90	94	3,30%
puer cadre supérieur de santé	24	21	22	19	21	21	-12,50%
TOTAL	2073	2011	2034	2015	2002	1978	-4,58%

Source : AP-HP

Le nombre de cadres de santé, et particulièrement de cadres supérieurs de santé, évolue donc dans un sens contraire à celui des autres infirmiers. Pour la suite de ce rapport, les expressions de personnel infirmier ou d'effectif infirmier s'entendront, sauf mention contraire, comme ne comprenant pas les cadres de santé.

La direction de l'hôpital Henri Mondor, qui a créé 54,16 ETPR infirmiers sur la période 2011-2016, a indiqué que ces créations de postes se justifiaient pour moitié par un développement capacitaire et qu'elles étaient donc directement corrélés à l'augmentation d'activité. La part de créations appelée par le développement de pratiques innovantes est demeurée faible : deux postes en 2012 et 2013 dédiés à des dispositifs de soins partagés, destinés à faciliter la coopération avec la médecine de ville en matière de prise en charge psychiatrique, et pour le solde consacré à de la recherche clinique en 2016. Ces créations de postes se situent hors du champ de la MCO et elles ont été financées hors T2A, mode de financement sur lequel repose 18 % des créations au cours de la période.

Tableau n° 3 : Motif des créations de postes infirmiers à l'hôpital Henri Mondor de 2011 à 2016

	en ETPR	en % des postes créés
création de lits et ouverture de services	28,53	53%
mise aux normes et permanence des soins	20,3	37%
innovation, recherche, évolution des pratiques ⁴	5,33	10%

Source : AP-HP, calculs de la CRC

⁴ Cette rubrique inclut les pratiques avancées, traitées infra.

3.2 Les déterminants de l'évolution de la masse salariale

3.2.1 Les déterminants structurels : un effet volume qui l'emporte sur l'effet prix

Entre 2011 et 2016, la masse salariale pour ces personnels infirmiers a crû de 13 %, soit une augmentation annuelle moyenne de 2,5 %.

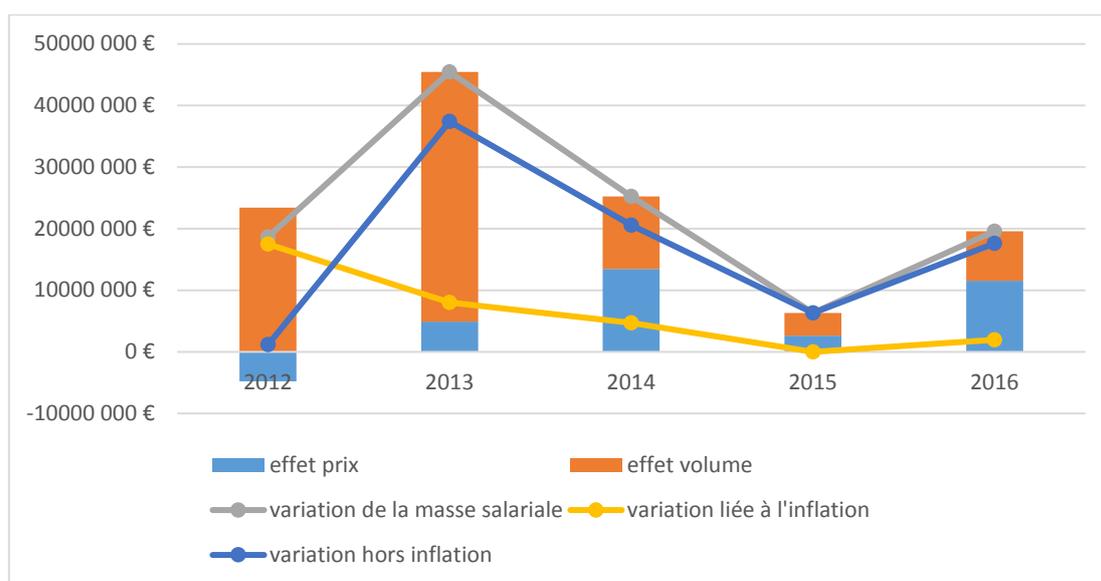
Tableau n° 4 : Évolution de la masse salariale infirmière, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD	793 188 576 €	789 428 203 €	824 046 319 €	846 095 179 €	851 722 983 €	867 242 420 €
IDE exerçant une activité psychiatrique		21 092 301 €	22 471 068 €	23 079 338 €	23 996 404 €	24 694 129 €
IDE exerçant une activité en EHPAD		2 547 037 €	2 501 763 €	2 713 621 €	2 728 350 €	2 779 253 €
puéricultrices	25 609 664 €	29 708 464 €	32 119 768 €	34 123 580 €	34 123 580 €	35 047 648 €
IBODE	29 299 623 €	29 425 456 €	29 567 945 €	29 456 306 €	28 920 204 €	28 750 867 €
IADE	43 456 351 €	44 775 575 €	45 363 443 €	45 451 386 €	46 092 297 €	48 253 803 €
Total	891 554 212 €	916 977 037 €	956 070 307 €	980 919 410 €	987 583 819 €	1 006 768 120 €

Source : AP-HP

Cette croissance est due aux trois quarts à l'effet volume, puisque l'on décompte 20 384 ETPR infirmiers en 2016 contre 18 655 en 2011 soit 9,3 % de croissance, et pour un quart seulement à l'effet prix. Le salaire moyen par ETPR infirmier a progressé de 3,3 % sur la période, soit une croissance annuelle moyenne de 0,66 %. Compte tenu d'une inflation de 3,64 % sur la période, le salaire moyen par tête a donc très légèrement baissé en termes réels.

Graphique n° 1 : Évolution de la masse salariale



Source : AP-HP, INSEE (inflation), calculs de la chambre

Cette croissance se fait par à-coups et a initialement été portée quasi exclusivement par la croissance des effectifs, avant qu'un rééquilibrage ne s'opère, le salaire moyen par ETPR opérant un rattrapage en période d'inflation faible à nulle.

La masse salariale infirmière représente près d'1/7^{ème} des dépenses globales de l'AP-HP. Son évolution modérée s'écarte de la croissance dynamique observée au niveau national. L'attrait de l'AP-HP auprès des jeunes diplômés, couplé à un taux de rotation assez élevé, génère vraisemblablement un effet de noria qui limite le glissement vieillesse-technicité. Ce dernier ressort en moyenne à 0,3 % pour les personnels non médicaux sur la période considérée. L'AP-HP confirme au demeurant avoir constaté un rajeunissement des IDE.

3.2.2 Les déterminants conjoncturels : les réformes

Deux grandes réformes ont exercé un impact sur la masse salariale des personnels infirmiers ces dernières années, à savoir le passage des personnels infirmiers de la catégorie B à la catégorie A à la suite de la réforme du diplôme infirmier et de son entrée dans le système LMD, et la réforme relative aux parcours professionnels, les carrières et les rémunérations (dénommée PPCR) qui vise à reporter sur le traitement indiciaire une partie de la rémunération indemnitaire, et ne se limite pas aux seuls personnels infirmiers. Si l'impact de la première n'a pas été chiffré par l'AP-HP, le coût du passage au protocole PPCR représente 0,5 % de la masse salariale en 2016, année d'amorçage, et il produira ses effets jusqu'en 2019.

Tableau n° 5 : Le coût du passage au protocole PPCR pour le personnel infirmier à l'AP-HP jusqu'en 2019

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	2016 en €	2017 en €	2018 en €	2019 en €
A	3 757 728 €	6 240 243 €	12 298 326 €	7 618 557 €
IADÉ contractuel	365 €	549 €	191 €	332 €
IADÉ titulaire	57 942 €	95 091 €	83 187 €	216 020 €
IBODE puer contractuel	1 127 €	1 696 €	598 €	831 €
IBODE puer titulaire	72 139 €	118 389 €	95 954 €	234 290 €
ISG contractuel	243 700 €	367 132 €	903 611 €	367 132 €
ISG titulaire	3 382 454 €	5 657 387 €	11 214 784 €	6 799 951 €
B	1 343 870 €	1 497 395 €	3 987 695 €	0 €
IDE titulaires + contractuels	1 343 870 €	1 497 395 €	3 987 695 €	
Total général	5 101 597 €	7 737 638 €	16 286 021 €	7 618 557 €

Source : AP-HP

En l'occurrence l'AP-HP a dépassé le cadre fixé par les décrets car celui-ci limitait le périmètre du protocole PPCR aux seuls infirmiers fonctionnaires titulaires. L'AP-HP l'a appliqué également aux infirmiers contractuels en leur transposant directement les dispositions du protocole PPCR. Or la rémunération constitue un élément essentiel du contrat de travail, sa modification doit donc s'opérer par voie d'avenant. Il résulte de cette extension irrégulière du protocole PPCR un surcoût de 1 887 265 € pour les quatre années soit 5,1 % de l'impact financier de ce transfert entre primes et points d'indice.

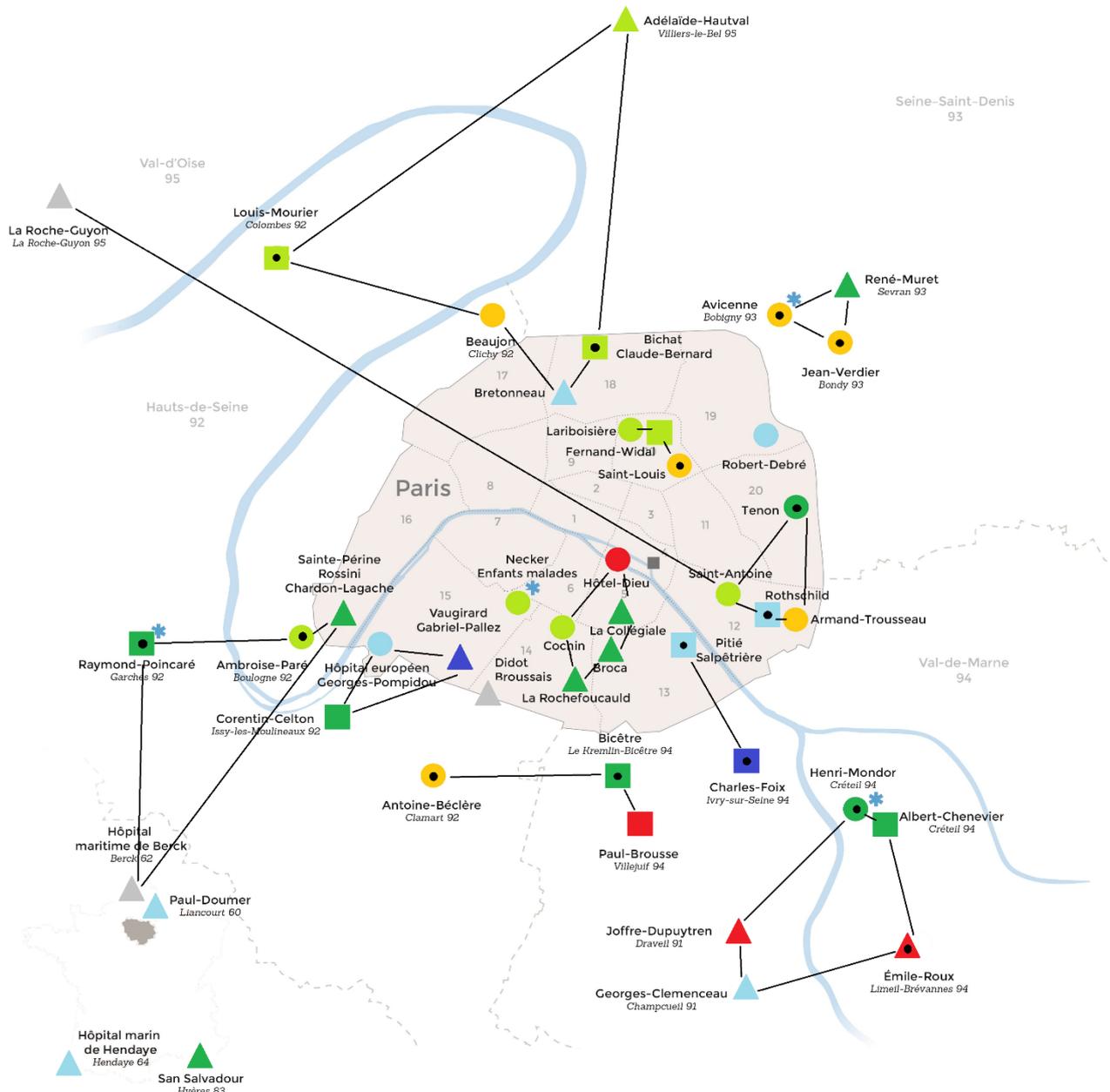
Rappel au droit n° 1 : Cesser d'appliquer, contrairement aux dispositions réglementaires, le protocole PPCR aux infirmiers contractuels.

3.2.3 Les déterminants géographiques : les différents hôpitaux de l'AP-HP

Le salaire moyen par ETP infirmier varie assez sensiblement entre les hôpitaux : alors que la moyenne de l'AP-HP s'établissait à 48 035 € bruts annuels en 2011, l'écart entre les hôpitaux au salaire moyen le plus faible et le plus élevé atteignait 5 175 €.

Cette dispersion qui tendait à se réduire jusqu'en 2014, est revenue à des niveaux élevés en 2015 pour légèrement dépasser en 2016 le niveau atteint en 2011 : l'écart entre les extrêmes a atteint alors 5 364 €, pour un salaire moyen à l'échelle de l'AP-HP de 49 900 € annuels. En revanche le sens des évolutions salariales d'une année sur l'autre s'est homogénéisé, ce qui laisse à penser que la politique de rémunération dépend de moins en moins de facteurs propres à chaque hôpital.

Carte n° 2 : Salaire moyen par ETP infirmier comparé à la moyenne des hôpitaux de l'AP-HP



Source : AP-HP, retraitement par la chambre

Légende :

Triangle : long séjour

rond : court séjour

carré : hôpital mixte

Point noir : présence d'un IFSI

Les traits relient les hôpitaux d'un même GH

Bleu foncé : inférieur à la moyenne des hôpitaux (moins de 97%) – (Foix ; Vaugirard)

Bleu clair : légèrement inférieur à la moyenne des hôpitaux (97% - 99%) – (Hendaye ; Doumer ; Clémenceau ; HEGP ; Pitié ; Rotschild ; Debré ; Bretonneau)

Vert foncé : moyenne basse (99% - 100%) – (San Salvador – Chenevier ; Mondor ; Bicêtre ; Celton ; La Collégiale-Broca-La Rochefoucauld ; Ste Périne ; Poincaré ; Tenon ; Muret)

Vert clair : moyenne haute (100% - 101%) – (Paré ; Necker ; Cochin ; St Antoine ; Lariboisière-Widal ; Bichat ; Mourier ; Hautval)

Jaune : légèrement supérieur à la moyenne (101% - 103%) – (Bécclère ; Trousseau ; St Louis ; Verdier ; Avicenne ; Beaujon)

Rouge : supérieur à la moyenne (plus de 103%) – (Roux ; Dupuytren ; Brousse ; Hôtel-Dieu)

Gris : données indisponibles ou regroupées avec un autre établissement

Les masses salariales moyennes ici représentées comprennent l'ensemble des infirmiers, IDE et infirmiers de spécialité confondus. Cela explique que les établissements à prédominance gériatrique (à l'exception notable des hôpitaux Joffre-Dupuytren et Emile Roux) se classent dans les tranches inférieures puisque les infirmiers de spécialité y exerçant sont moins nombreux. L'âge et le GVT peuvent aussi avoir une influence dans la mesure où les infirmiers ne restent pas nécessairement dans le domaine de la gériatrie. Ces mêmes facteurs jouent pour les grands hôpitaux, qui accueillent une population importante de jeunes professionnels et se situent majoritairement dans le tiers inférieur de la distribution, alors même qu'ils accueillent un nombre d'infirmiers de spécialité élevé. A l'inverse, les hôpitaux (franciliens) relativement éloignés présentent des moyennes plus élevées, en lien avec une moindre mobilité de leurs personnels et donc un GVT plus coûteux pour ces établissements. Il ne se dégage pas particulièrement de convergence au sein d'un groupe hospitalier. Similairement la présence d'un IFSI sur le site de l'hôpital (ou à proximité immédiate dans le cas de Rothschild) n'exerce pas d'influence.

3.3 Évolution des effectifs au regard de l'activité : une densification du temps de travail

En première approche, la croissance de 9 % des ETPR infirmiers paraît proportionnée à l'accroissement de l'activité entre 2011 et 2016, laquelle a été de 14 % en séjours.

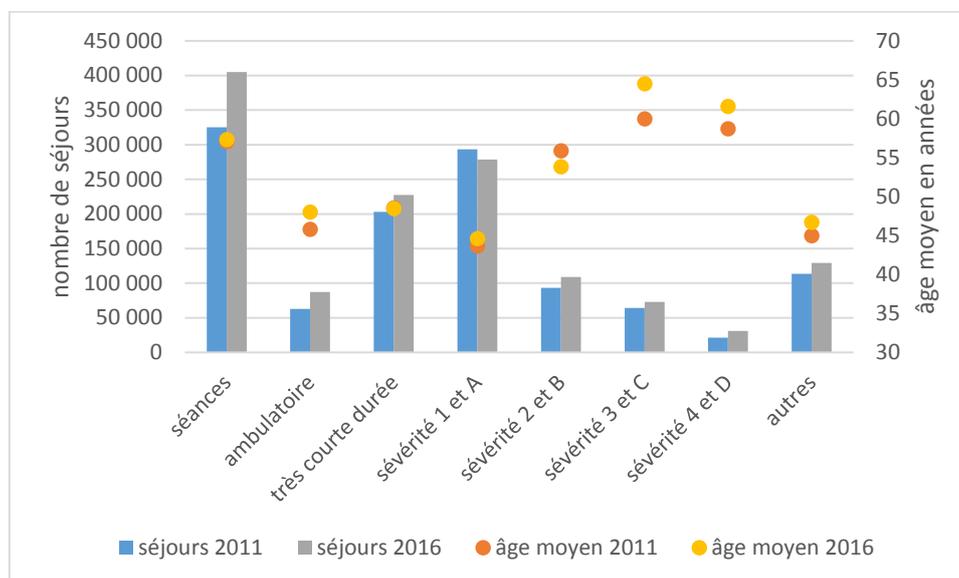
Tableau n° 6 : Évolution des ETPR infirmiers au regard de l'activité, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol 11-16
ETPR infirmiers	18 655	19 178	19 879	20 143	20 228	20 384	9,3%
Résumés de sortie anonymisés	1 180 071	1 202 197	1 213 746	1 243 144	1 278 866	1 343 240	13,8%

Source : AP-HP, Scansanté (PMSI)

Les personnels infirmiers font cependant part d'un sentiment d'alourdissement de la charge de travail et de densification du temps de travail, sentiment que les données d'activité permettent d'objectiver.

Graphique n° 2 : Évolution du nombre des séjours et de l'âge moyen des patients



Source : Scansanté (PMSI), traitement des données par la chambre. Hors catégorie E (décès⁵)

La structure de l'activité a en effet évolué : l'accroissement de l'activité en nombre de séjours sur la période 2011-2016 est dû aux deux tiers aux séances⁶ et aux actes effectués en ambulatoire.

Le report d'une partie de l'activité d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire⁷ a pour conséquence l'augmentation de la sévérité des cas traités en hospitalisation complète : si les séjours de sévérité⁸ « une » diminuent de 5 %, ceux de sévérité « deux » et « trois » augmentent respectivement de 16,5 % et 13,4 % sur la période, la hausse atteignant 46,1 % pour les séjours de sévérité « quatre ».

L'alourdissement du poids moyen du cas traité tient également au vieillissement de la patientèle, marqué sur les sévérité trois et quatre, lequel accroît la probabilité de comorbidités et le temps nécessaire aux soins. En effet, les patients plus âgés appellent en moyenne non seulement des soins plus techniques mais aussi, à pathologie équivalente, davantage de soins de *nursing*⁹. Ces patients demandent également plus de temps consacré à leur expliquer les soins et à les rassurer selon ce qu'indiquent les équipes soignantes. Les patients plus âgés prennent en outre davantage de traitements (antérieurs à l'hospitalisation), d'où une gestion plus délicate des effets médicamenteux. Les équipes soignantes soulignent également la fréquence accrue de situations sociales dégradées compliquant la prise en charge, à pathologie équivalente.

⁵ Les données de Scansanté et celles de l'AP-HP ne concordent pas concernant l'âge moyen des patients de sévérité 4 en 2011.

⁶ La catégorie séances correspond aux séjours et venues limitées à une journée ou une nuit, habituellement itératives, pour les motifs thérapeutiques suivants : épuration extra-rénale, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine, injection de fer.

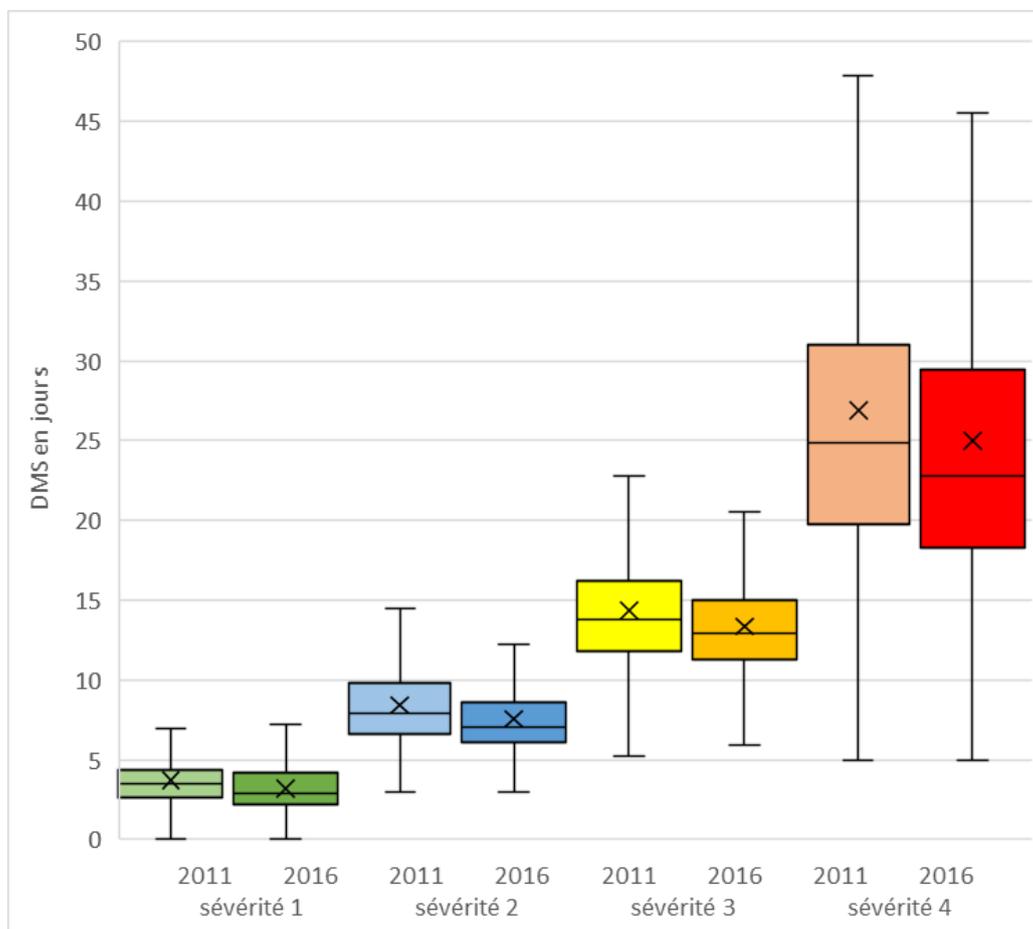
⁷ L'hospitalisation ambulatoire désigne une hospitalisation durant moins d'une journée, c'est-à-dire sans hébergement de nuit.

⁸ Les niveaux de sévérité sont déterminés par les comorbidités associées, la durée maximale de séjour et l'âge lorsqu'il peut être facteur aggravant. Le niveau un indique une absence de critère de sévérité, le niveau deux une sévérité « légère », le niveau trois, une sévérité « moyenne » et le niveau quatre, une sévérité « lourde ».

⁹ Le terme « *nursing* » est un anglicisme qui désigne les soins infirmiers et plus précisément l'ensemble des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à un malade ayant perdu son indépendance (autonomie).

Si les séjours ont cru de 14 % sur la période, le nombre de jours n'a augmenté, quant à lui, que de 4 %, signe d'un effort conséquent porté sur la durée moyenne de séjour.

Graphique n° 3 : Dispersion des durées moyennes de séjours en fonction de la sévérité



Source : Scansanté (PMSI), traitement des données par la chambre

Lecture d'un graphique en boîte à moustache : ce type de graphique vise à représenter la dispersion des données. La patte inférieure indique le 1^{er} décile, c'est-à-dire le seuil des 10% de données les plus basses. A ce point, 90% des données de l'ensemble présentent une valeur supérieure et 10% une valeur inférieure. La boîte centrale regroupe 50% des données. Le bord inférieur marque le premier quartile, à savoir le point qui sépare les 25% de données qui se situent en-dessous et les 75% qui se situent au-dessus. Le bord supérieur de la boîte marque le troisième quartile : si l'on divise la distribution des données en quatre parties égales, ce point sépare les 75% de données inférieures et les 25% de données supérieures. A l'intérieur de la boîte centrale le trait indique la médiane, soit la valeur séparant l'ensemble des données en deux moitiés égales, et la croix la moyenne. Enfin la patte supérieure situe le dernier décile, qui marque la limite avec les 10% de valeurs les plus élevées.

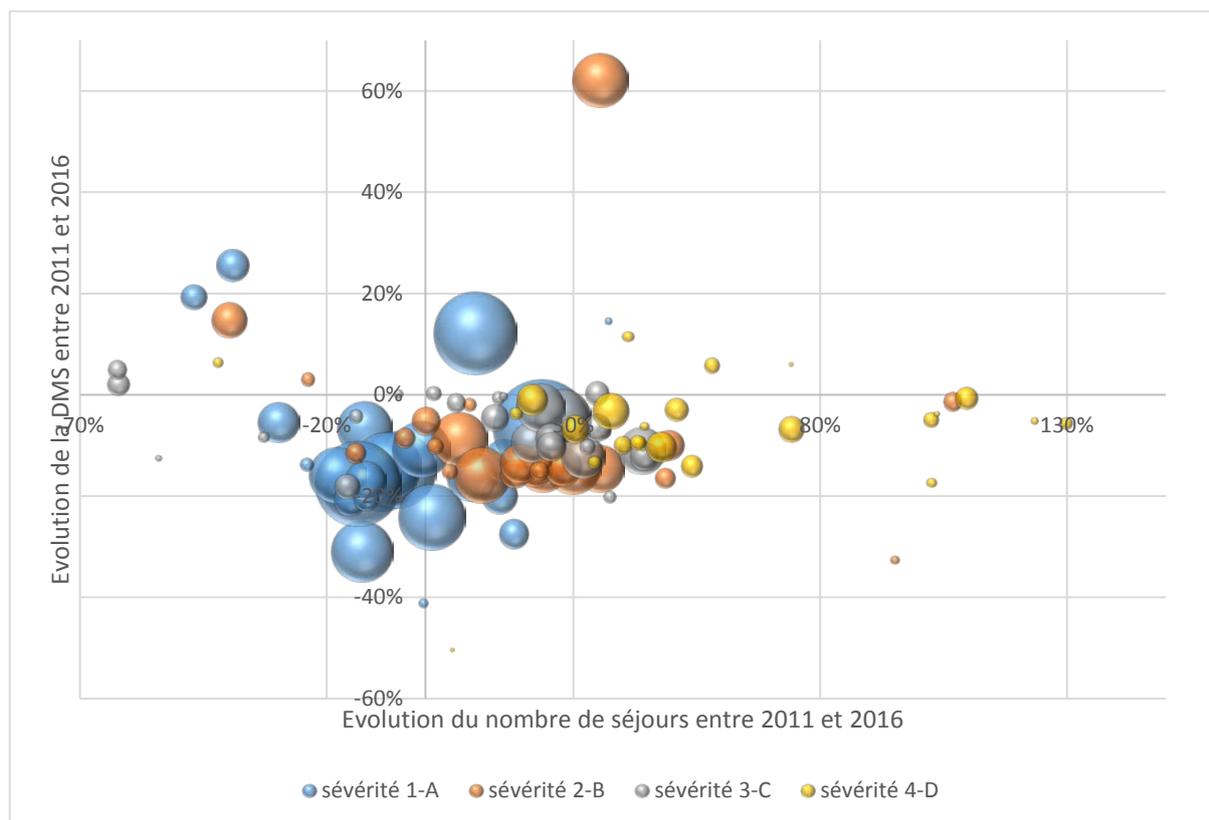
La diminution de la durée moyenne de séjour sur les séjours de sévérité une s'avère marginale. Outre le fait qu'une partie des séjours les plus simples à traiter ont basculé en ambulatoire, les efforts en termes de durée moyenne de séjour ont vraisemblablement déjà été réalisés, et un plancher a sans doute été atteint.

Le même constat peut être opéré pour le bas de la distribution des séjours de sévérité deux. En revanche les diminutions de durée moyenne de séjour les plus marquées s'opèrent sur le haut de la distribution des sévérités deux et trois, et sur le bas de la distribution des sévérités quatre.

Pour l'ensemble des sévérités la distribution se concentre vers le bas et la dispersion s'amointrit. En particulier, la dispersion entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile, correspondant à la boîte centrale, se réduit, et la médiane tend à se rapprocher du 1^{er} quartile, signe d'une standardisation des prises en charge de pathologie de masse.

Les séjours de sévérité quatre, moins standardisables, enregistrent proportionnellement une moindre diminution de durée moyenne de séjour et la persistance de séjours extrêmes en termes de durée moyenne de séjour. Globalement, la durée moyenne de séjour au sein de l'AP-HP est très proche de la moyenne nationale tout au long de la période¹⁰.

Graphique n° 4 : Évolution du nombre de séjours et de leur durée par catégorie majeure de diagnostic



Source : Scansanté (PMSI), traitement des données par la chambre

Chaque bulle représente l'ensemble des séjours d'une sévérité donnée pour une catégorie majeure de diagnostic. La taille de chaque bulle représente le nombre de séjours en 2016.

Cet alourdissement concerne la quasi-totalité des départements : de manière générale la durée moyenne de séjour a diminué pour la grande majorité des catégories majeures de diagnostic¹¹.

Les catégories majeures de diagnostic pour lesquelles la durée moyenne de séjour a augmenté sont marginales en termes d'effectifs, à deux exceptions près, à savoir la néonatalogie de sévérité A et surtout B¹². Là encore les séjours de sévérité une se distinguent en ce que les catégories majeures de diagnostic dont la durée moyenne de séjour a le plus

¹⁰ IP-DMS de 1,039 en médecine ; 1,094 en chirurgie et 0,976 en obstétrique en 2016 d'après HOSPIDIAG

¹¹ Les catégories majeures de diagnostic (CMD) sont globalement voisines des grandes spécialités médicales.

¹² Les sévérités en obstétrique sont classées de A (la moins grave) à D (la plus grave). Elles correspondent aux sévérités 1 à 4 de la médecine et de la chirurgie.

diminué sont aussi en tendance celles pour lesquelles le nombre de séjours a diminué (même si la plupart d'entre elles demeurent numériquement importantes), ce qui traduit l'effectivité du virage ambulatoire. En effet, seule la catégorie des grossesses, non concernée par l'ambulatoire, progresse tant en nombre de séjours qu'en durée moyenne de séjour. En revanche pour les autres sévérités, les catégories majeures de diagnostic dont la durée moyenne de séjour a le plus diminué sont aussi celles dont le nombre de séjours a nettement cru au cours de la période examinée, ce sont des pathologies de masse.

La rotation plus élevée des lits a permis la création d'une activité supplémentaire. L'augmentation de l'activité en jours se fait de façon proportionnellement plus importante par la diminution des durées moyennes de séjour que par l'augmentation du nombre de séjours pour les sévérités deux et trois alors que c'est l'inverse pour les séjours de sévérité quatre.

Si la diminution de la durée moyenne de séjour concerne l'ensemble des catégories majeures de diagnostic, la situation est très contrastée entre la médecine, sur laquelle a porté l'essentiel de l'effort, et la chirurgie dont les catégories majeures de diagnostic sont restées globalement stables.

À ce titre les hôpitaux de l'AP-HP réfléchissent à organiser les opérations « en jour zéro », c'est-à-dire en n'accueillant pas le patient la veille.

Le ressenti des personnels infirmiers repose donc sur une réelle densification de leur travail, lié à un facteur exogène, à savoir le vieillissement de la population, au développement de l'ambulatoire pour les niveaux de sévérité les plus faibles et à l'organisation des soins pour les niveaux de sévérité plus élevés.

4 LA GESTION DES PERSONNELS INFIRMIERS

4.1 L'organisation de la gestion des personnels infirmiers à l'hôpital

4.1.1 Les rôles respectifs de la DRH et de la coordination générale des soins

La spécificité de l'AP-HP réside dans son organisation qui distingue un niveau central et un niveau local à l'échelle du groupe hospitalier. De ce fait, quatre instances gèrent le personnel infirmier. Au niveau central, la DRH et la direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) définissent les politiques et orientations générales ayant trait à leurs sphères de compétences : gestion des carrières, des statuts, des paies, des formations et des liens avec les organisations syndicales pour la première ; politique générale des soins, prévention et évaluation des risques dans les pratiques paramédicales, politique d'accueil et de fidélisation des personnels paramédicaux, concordance des temps médicaux et paramédicaux pour la seconde. Cette dernière mène également des travaux d'enquête et d'étude des pratiques.

La gestion des personnels infirmiers au niveau de chaque hôpital¹³ relève des DRH et de la coordination générale des soins du groupe hospitalier. La DRH gère la carrière des agents (avancement, absences, retraite...) et les aspects de santé et sécurité au travail, en coordination avec la médecine du travail. L'aspect juridique lui incombe. La coordination générale des soins, quant à elle, connaît de l'organisation du travail infirmier et élabore les plannings, elle se consacre aux compétences.

¹³ Cf. Paré, Mondor, Tenon.

Certaines fonctions sont partagées entre la DRH et la coordination générale des soins, à l'instar du recrutement. L'ouverture du recrutement incombe à la DRH locale qui tient le décompte des postes à pourvoir, tandis que le choix du candidat revient à la coordination générale des soins qui reçoit les curriculum vitae et lettres de motivation qu'elle transmet aux cadres supérieurs de pôle, puis aux cadres de santé de proximité. De même, relèvent d'une responsabilité commune les questions de prévention.

Le personnel infirmier ne fait pas l'objet d'un suivi spécifique dédié.

En effet, les bilans sociaux de l'AP-HP reprennent la nomenclature employée par la statistique annuelle des établissements (SAE). Celle-ci ne connaît que la catégorie dénommée « Personnel soignant » qui comprend les infirmiers, puéricultrices, aides-soignants, rééducateurs et psychologues. Les personnels infirmiers font, sur certains sujets précis, l'objet d'un focus, mais non d'un suivi systématique en tant que tels. Les différents outils développés par l'AP-HP ne les ciblent pas davantage. Ainsi, les études menées par la direction des soins et des activités paramédicales procèdent généralement par type d'actes, lesquels ne sont qu'exceptionnellement propres aux seuls infirmières.

4.1.2 La représentation des personnels infirmiers

4.1.2.1 L'obligation d'adhésion à l'ordre infirmier peu observée

Au niveau national, la représentation des infirmiers est assurée par l'ordre national infirmier mis en place par la loi HPST¹⁴. L'obligation d'adhésion ordinale est posée par l'article L. 4312-1 du code de la santé publique pour « tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France », seuls les infirmiers militaires étant exemptés.

L'AP-HP s'est précocement saisie de la question puisque l'obligation a été rappelée par une note du DRH en date du 9 décembre 2010, mais elle s'est heurtée à une forte opposition de la part des représentants infirmiers dans les instances de dialogue social, notamment en CHSCT central. Ils ont jugé¹⁵ que « l'ordre infirmier ne répond pas à la demande des infirmiers » et qu'il s'agit « d'un ordre à statut privé qui n'a aucune utilité », d'autant que l'adhésion s'accompagne de cotisation.

De fait le statu quo prévaut : la DRH centrale affirme qu'il incombe « lors de chaque recrutement [aux DRH des GH] de s'assurer que les professionnels sont bien inscrits à l'ordre départemental du lieu d'exercice » ; néanmoins deux des trois hôpitaux de l'échantillon déclarent que cette information ne leur est pas communiquée et que, par conséquent, ils ne suivent pas le nombre d'infirmiers ayant satisfait à cette obligation ordinale. Le troisième indique mentionner cette information dans le dossier administratif lorsqu'elle est transmise, mais il ne paraît pas la demander ni en vérifier systématiquement la présence.

Dès lors, le nombre d'infirmiers inscrits est vraisemblablement faible : s'ils représentent un tiers de l'effectif infirmier de Tenon, l'hôpital Mondor rapporte que ses équipes y sont rétives. Le risque n'est pourtant pas négligeable, puisqu'un infirmier non inscrit ne peut théoriquement exercer et il engage la responsabilité de l'établissement en cas d'incident. Il n'est cependant pas possible à l'établissement de sanctionner les personnels infirmiers réfractaires, aucune sanction n'étant prévue par la loi.

Les évolutions récentes de la réglementation devraient toutefois faciliter la vérification de l'inscription des infirmiers par les services des RH puisque depuis le décret n°2018-596 du 10 juillet 2018 les établissements de santé transmettent la liste des infirmiers employés à l'ordre national infirmier qui doit désormais informer l'employeur des inscriptions. L'AP-HP

¹⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁵ CHSCT central extraordinaire du 11 mars 2011.

annonce ainsi avoir révisé les procédures de recrutement pour y intégrer la vérification systématique de l'inscription des nouveaux infirmiers et prévoit d'aborder le sujet en comité de DRH.

La loi HPST instaure également un code de déontologie porté par ce même ordre infirmier, publié par le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016. Celui-ci dispose à son article 2 qu'« au plus tard six mois après la date de la publication du présent décret, les infirmiers en fonction et inscrits au tableau de l'ordre sont tenus de déclarer sur l'honneur au conseil départemental dont ils relèvent qu'ils ont pris connaissance du code de déontologie et qu'ils s'engagent à le respecter ». Cette obligation a été rappelée par une note interne du 9 décembre 2010.

En dépit de son caractère réglementaire, le statut du code de déontologie semble quelque peu incertain et mal défini au sein de l'AP-HP.

Là encore, les instances centrales ont œuvré à sa diffusion : le code a été présenté par des représentants de l'ordre en CCSIRMT et en réunion des directeurs de soins et directeurs d'instituts de formation en mars 2017, et une communication en a été faite dans la revue interne de l'AP-HP en avril 2017. Les hôpitaux indiquent l'avoir également présenté en CSIRMT locale, mais il reste considéré davantage comme des recommandations ou des lignes directrices que comme une norme contraignante. L'hôpital Mondor précise ainsi que « le code de déontologie n'a pas une existence propre dans l'établissement », quoique « l'ensemble des rappels à la règle est centré sur les articles relevant de ce code ». L'AP-HP s'est engagée à « rappeler le caractère normatif et obligatoire de ce code ».

Recommandation n° 1 : Veiller au suivi de l'adhésion des personnels infirmiers à l'ordre national infirmier afin que cette formalité obligatoire soit remplie et clarifier le caractère obligatoire et normatif du code de déontologie.

4.1.2.2 Les infirmiers tiennent leur place au sein des instances de représentation du personnel

Au sein de l'AP-HP, les personnels infirmiers sont représentés par une structure consultative spécifique, à savoir la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, centrée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, l'organisation générale des soins, la qualité et la sécurité des soins, la recherche paramédicale, l'accueil et la prise en charge des usagers et le développement professionnel continu. Cette commission est en fait présente tant au niveau des GH (CSIRMT locales) que pour l'ensemble de l'entité (commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques - CCISIRMT). Elle comprend, conformément aux articles R. 6146-11 et R. 6146-12 du code de la santé publique, 40 membres pour les CHU répartis en trois collèges dont aucun ne peut représenter moins de 10 % des membres. Elle est composée comme suit :

Tableau n° 7 : Composition de la CCSIRMT en 2017 (liste membres CCSIRMT)

cadres de santé paramédicaux	dont cadre IDE ou spé	IDE ou spé	autres professionnels diplômés d'Etat	aides-soignants
14	10	11	8	7

Source : AP-HP

Les personnels infirmiers occupent donc un peu plus de la moitié des sièges. Parmi les infirmiers (non cadres) figure une seule infirmière de spécialité (puéricultrice).

Un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques participe également aux commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) tant au niveau central que dans une majorité de groupes hospitaliers.

4.1.3 L'adéquation entre l'offre infirmière et le besoin

4.1.3.1 La difficile mesure de la charge de travail infirmier

L'évaluation de la charge de travail infirmière n'a guère été formalisée jusqu'à une date très récente. L'établissement indique qu'« il n'y a pas à ce jour de politique institutionnelle concernant l'utilisation d'une méthode permettant [cette] évaluation ». L'AP-HP n'utilise pas les SIIPS¹⁶ qu'elle juge « très lourds et très complexes à mettre en œuvre », pas plus que les ratios indicatifs développés par l'ANAP.

À moyen terme, l'AP-HP envisage d'une part que certains groupes hospitaliers intègrent la base de données du CHU de Reims, laquelle recense les dotations en personnel médical et non-médical au regard de l'activité et des recettes des structures d'activité. L'AP-HP indique d'autre part, réfléchir à intégrer un outil d'évaluation de la charge en soins au sein du dossier de soins informatisé, sans que cet outil se fonde nécessairement sur les SIIPS. Certains hôpitaux comme Paré ont engagé également des travaux de ce type, en s'inspirant cette fois des ratios de l'ANAP.

La fixation des effectifs infirmiers nécessaires au fonctionnement des unités de soins (hors effectifs normés) s'effectue aujourd'hui sur le fondement du taux d'occupation des lits, du niveau d'activité des services et de la lourdeur des disciplines.

Les GH ont développé leurs propres ratios, différents d'un groupe à l'autre : l'hôpital Mondor retient ainsi des ratios d'un IDE pour 12 patients en médecine et un pour 10 en chirurgie en journée, tandis que l'hôpital Paré se base sur des ratios d'un IDE pour 12 lits de chirurgie et un pour 15 lits en médecine. Le nombre d'infirmiers aux lits résulte de fait davantage de l'offre, c'est-à-dire du nombre d'infirmières en poste et in fine de la dotation historique de chaque hôpital, que du besoin. Certains interlocuteurs confirment que les ratios utilisés correspondent aux besoins d'une époque révolue quand les durées moyennes de séjours étaient supérieures et les patients moins dépendants, mais qu'ils ne sont plus adaptés aujourd'hui.

Afin de standardiser ces ratios, l'AP-HP a lancé en 2016 une étude pour déterminer des effectifs cibles par type d'activité en fonction de la nature de l'activité, de la lourdeur des soins et du degré de dépendance des patients mais également de l'organisation de l'hôpital et de la position du service considéré en son sein (service isolé ou non, disposant ou non d'un service de réanimation ou d'une unité de soins continus à proximité...). Les ratios ont été présentés en commission médicale d'établissement centrale en février 2018 puis ainsi amendés. Ils devraient être progressivement mis en place.

Tableau n° 8 : Recommandations capacitaires proposées

MCO adulte	réanimation	unité de soins continus	hématologie conventionnelle	néonatalogie	USC néonatalogie	pédiatrie générale	pédiatrie spécialisée	soins intensifs	soins palliatifs
1 pour 12 lits	1 pour 2,5 lits	1 pour 4 à 6 lits	1 pour 5 à 6 lits	1 pour 6 lits	1 pour 3 lits	1 pour 8 à 10 lits	1 pour 6 à 8 lits	1 pour 4 lits	1 pour 3 lits

Source : AP-HP

¹⁶ SIIPS : Indicateur de soins infirmiers individualisés à la personne soignée

À l'évidence cette étude ne constitue qu'une première étape puisque lesdits ratios ne concernent que les activités de médecine. L'AP-HP a indiqué avoir lancé un travail de cartographie également en chirurgie et gériatrie en s'appuyant sur les ratios en vigueur dans d'autres CHU. Elle annonce son intention de poursuivre ce travail pour les services d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée, de consultations et de laboratoire.

Recommandation n° 2 : Poursuivre l'élaboration de standards capacitaires de ratios au lit de présence infirmière au-delà des seuls services de médecine.

4.1.3.2 Les services normés : des ratios réglementaires pas toujours respectés

Afin de garantir la sécurité des soins autant que l'égalité de traitement des patients, certains services critiques sont soumis par le code de la santé publique à des ratios normés d'infirmiers au lit, de manière à ne pas dépendre de l'appréciation par chaque hôpital du niveau de présence considéré comme normal et suffisant. Ces ratios sont calculés en fonction des lits installés, que ces derniers soient occupés ou non.

Tableau n° 9 : Présence infirmière au sein des services soumis à des ratios normés sur l'ensemble de l'AP-HP

	source réglementaire (code de la santé publique)	Ratio au lit	lits autorisés	moyenne des lits ouverts#	capacité horaire annuelle*	nombre d'heures infirmières nécessaires*	Effectifs IDE#	Effectif horaire annuel* Présence 85,5%	différentiel en heures*	Différentiel en ETP*
Réanimation	D.6124-32	2 IDE pour 5 patients	540	493,4	4 322 184	1 728 874	1 440,74	1 930 592	201 718	129,21
Réanimation pour grands brûlés	D.6124-158	1 IDE pour 1 patient jour	20	14,2	124 392	124 392	11,75	15 745	-108 647	-68,07
		2 IDE pour 5 patients nuit	20	14,2	124 392	49 757			-49 757	-33,26
Réanimation néonatale	D.6124-61	1 Puer pour 2 patients	90	89,6	784 896	392 448	108,61	145 537	-246 911	-158,15
Néonatalogie	D.6124-56	1 Puer pour 6 patients	167	158,6	1 389 336	231 556	85,60	114 704	-116 852	-74,85
soins intensifs de néonatalogie	D.6124-56	1 IDE pour 3 patients	123	94,0	823 440	274 480	142,09	190 401	-84 079	-53,86
Activité de réanimation pédiatrique	D.6124-34-4	1 IDE pour 2 patients Au moins 1 puer	53	73,4	642 984	321 492	384,57	515 324	193 832	124,15
Soins intensifs de pédiatrie	D.6124-34-4	1 IDE pour 2 patients Au moins 1 puer	46	46,0	402 960	201 480	107,54	144 104	-57 376	-36,75
Salle de surveillance post-opératoire	D.6124-101	1 IDE pour 6 postes	386	386,0	3 381 360	563 560	606,76	813 058	249 498	159,81
Soins intensifs de cardiologie	D.6124-112	1 IDE pour 4 patients jour	140	129,9	1 137 924	284 481	156,47	209 670	-74 811	-46,87
		1 IDE pour 8 patients nuit	140	130,0	1 138 800	142 350			-142 350	-95,15
Dialyse médicale	D.6124-77	1 IDE pour 4 patients	142	142,0	621 960	155 490	231,78	310 585	155 095	99,34

Source : APHP (colonnes marquées d'un #), calculs de la chambre (colonnes marquées d'une *). Les notions de lit et de patient sont équivalentes.

Les calculs se fondent sur les données fournies par l'AP-HP qui indiquent que 76,8 % des ETP infirmiers effectuent 1 596 heures par an, soit l'horaire annuel maximal constaté au sein de l'AP-HP pour le travail de jour¹⁷, et que 23,2 % effectuent 1 469 heures par an, soit l'horaire maximal constaté pour le travail de nuit. La chambre note que le nombre d'heures annuel est quelque peu surévalué puisqu'il ne tient pas compte des horaires annuels plus réduits des infirmières travaillant les dimanches et jours fériés.

Un taux de présentisme de 85,5 % a été retenu compte tenu du nombre moyen de jours d'absence et de formation constaté au sein des personnels infirmiers de l'AP-HP, soit une moyenne horaire annuelle de 1 340 heures par ETP. Tous les services fonctionnent 24 heures sur 24 à l'exception de la dialyse médicale pour laquelle une plage d'ouverture d'une durée de 12 heures a été retenue.

Sur la base de ces éléments, la chambre relève que les ratios normés ne sont pas respectés dans certains services, alors que quelques autres disposent d'effectifs infirmiers largement supérieurs aux normes réglementaires. L'un des hôpitaux de l'échantillon (Mondor) reconnaît au demeurant que « les effectifs [infirmiers] sont calculés en fonction de ratios normés et de recommandations, lorsqu'il est possible de les atteindre¹⁸ », ce qui implique que cette condition n'est pas toujours remplie. Ce faisant les services concernés font peser un risque sur la sécurité des soins et engagent la responsabilité de l'établissement en cas d'accident médical.

Dans sa réponse, l'AP-HP fait valoir qu'il conviendrait davantage de retenir la moyenne des lits occupés que le nombre de lits ouverts comme base du calcul. Outre que la moyenne des lits occupés occulte le fait que ces services doivent continuer à respecter les ratios normés y compris en cas de pic d'affluence, certains services demeurent en-deçà des ratios même avec ces bases de calcul plus favorables. De manière générale, l'AP-HP fait également valoir qu'outre les effectifs normalement affectés à ces services normés, d'autres agents peuvent venir en renfort en cas de pic d'affluence. Pour ce faire, l'AP-HP indique que des parcours de formation permettant la polyvalence interservices des agents ont été mis en place dans un certain nombre d'établissements. Ainsi, les ratios de présence au lit, *a minima* au lit occupé seraient respectés. Il n'est cependant pas possible de vérifier aisément la réalité de cette affirmation. Enfin, l'AP-HP indique que « l'hôpital Henri Mondor a obtenu en 2018 une mesure budgétaire de mise aux normes de ses réanimations qui permettra de respecter les normes d'infirmiers », ce qui révèle la difficulté antérieure à tenir ces ratios.

Rappel au droit n° 2 : Respecter les normes d'infirmiers au lit imposées par le code de la santé publique dans l'ensemble des services concernés.

4.1.3.3 La concordance des temps médicaux et paramédicaux : une mise en œuvre laborieuse

La concordance des temps vise à synchroniser les temps de chaque intervenant, médical ou paramédical auprès du malade afin de limiter les pertes de temps et donc d'optimiser l'utilisation des équipements médicaux, en particulier les blocs opératoires.

Aussi bien les équipes locales que le siège de l'AP-HP se sont saisies de cette question. En 2013, un groupe de travail a été constitué au sein de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques (CCSIRMT). Il a identifié les étapes et principes à respecter, les priorités et les bonnes pratiques à promouvoir pour garantir l'exécution des soins dans la sécurité et respecter le consentement du patient. Le résultat de ce travail, présenté en 2014, détaille les conditions et préconisations nécessaires au respect de ces

¹⁷ Chiffres figurant dans le guide des plannings. Le nombre total d'ETP infirmiers a été communiqué par l'ordonnateur.

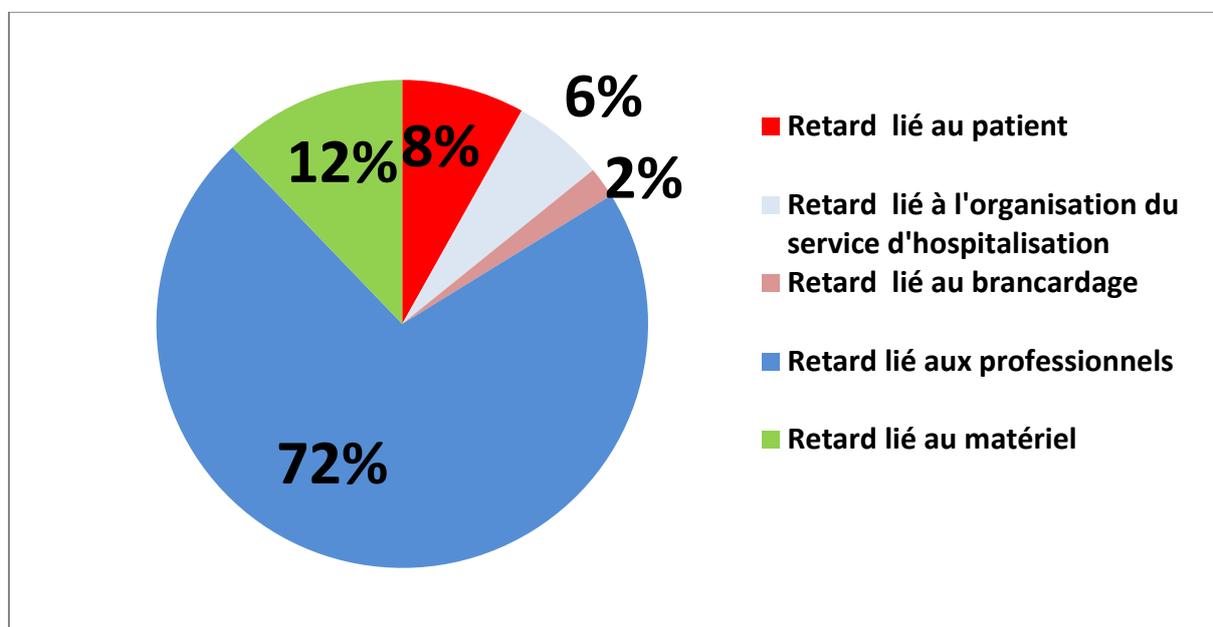
¹⁸ Réponse au questionnaire de l'hôpital Mondor.

principes mais demeure assez déclaratif et ne produit pas de recommandations opérationnelles permettant le respect et la mise en œuvres desdites préconisations.

L'établissement a également procédé à des enquêtes : une première enquête effectuée en 2015 sur les 300 blocs opératoires s'est attachée à mesurer le délai entre l'ouverture du bloc et la première opération et a constaté l'existence de marges d'optimisation. Si le taux d'occupation¹⁹ atteignait alors 77 % pour un objectif fixé de 80 %, le taux d'ouverture²⁰ en revanche, culminant à 66 %, se situait en net retrait de l'objectif de 90 %. Une enquête plus approfondie fut menée en mars 2017 sur les temps perdus au sein des blocs opératoires qui établit un diagnostic précis et documenté.

Entre 2015 et 2017 le délai entre l'arrivée de l'IBODE et l'entrée du patient s'est réduit de sept minutes, celui entre le temps d'installation et l'incision du patient de 11 minutes et le retard du début de l'opération par rapport au planning de trois minutes. En 2017 45 % des opérations commençaient à l'heure ou en avance, et 39 % accusaient un retard inférieur à 15 minutes. Toutefois, près des trois quarts des retards constatés sont imputables à une coordination insuffisante des plannings des différents intervenants, ce qui illustre le potentiel d'optimisation que représente la démarche de concordance des temps.

Tableau n° 10 : Causes du retard des opérations par rapport au planning



Source : AP-HP

Une réflexion a également été présentée en comité technique d'établissement (CTE), recadrant les enjeux et identifiant des points d'attention ainsi qu'une méthodologie. Parallèlement l'ordonnateur précise qu'un nouveau groupe de travail composé de médecins, de personnels non médicaux ainsi que d'un sociologue et d'un membre de la HAS a été institué en 2016 et qu'un nouveau type d'organisation du travail en équipe a été engagé en juin 2016 sur des sites pilotes, mais n'a pas encore fait l'objet d'une restitution formalisée permettant de discerner des leviers d'amélioration et des facteurs d'efficience accrue. La problématique de la concordance des temps, toute identifiée, documentée et investie qu'elle soit, met donc du

¹⁹ Le taux d'occupation correspond au rapport entre la durée des interventions effectivement réalisées et le temps disponible pour opérer les patients (également appelé temps de vacation offert au bloc opératoire). Cet indicateur développé par l'ANAP permet d'évaluer si l'occupation des salles est performante, si elle permet de réaliser beaucoup de soins.

²⁰ Le taux de couverture correspond au temps de vacation offert au bloc opératoire divisé par le temps hebdomadaire de fonctionnement du bloc, arrêté conventionnellement par l'ANAP à 54 h (5 jours à 10 h et 4 h le samedi matin). Cet indicateur permet d'évaluer l'utilisation des capacités du bloc.

temps à aboutir. Au demeurant l'AP-HP perçoit cette démarche comme structurellement itérative en raison de « la remise en cause permanente » qu'elle implique.

4.1.4 La gestion des personnels infirmiers dans leur parcours professionnel

4.1.4.1 Les promotions professionnelles, outil majeur de progression de carrière et de recrutement

La promotion professionnelle (PP) est un outil permettant à un agent en emploi dans l'hôpital de suivre une formation diplômante dans une école infirmière tout en étant rémunéré par son employeur. En échange il s'engage en cas de réussite à servir cinq années durant au sein de ce même établissement financeur, en l'occurrence l'AP-HP. Les promotions professionnelles demeurent l'outil institutionnel privilégié d'évolution de la carrière infirmière. L'AP-HP s'efforce de les favoriser, notamment dans les professions en tension²¹.

Tableau n° 11 : Nombre d'agents en promotion professionnelle

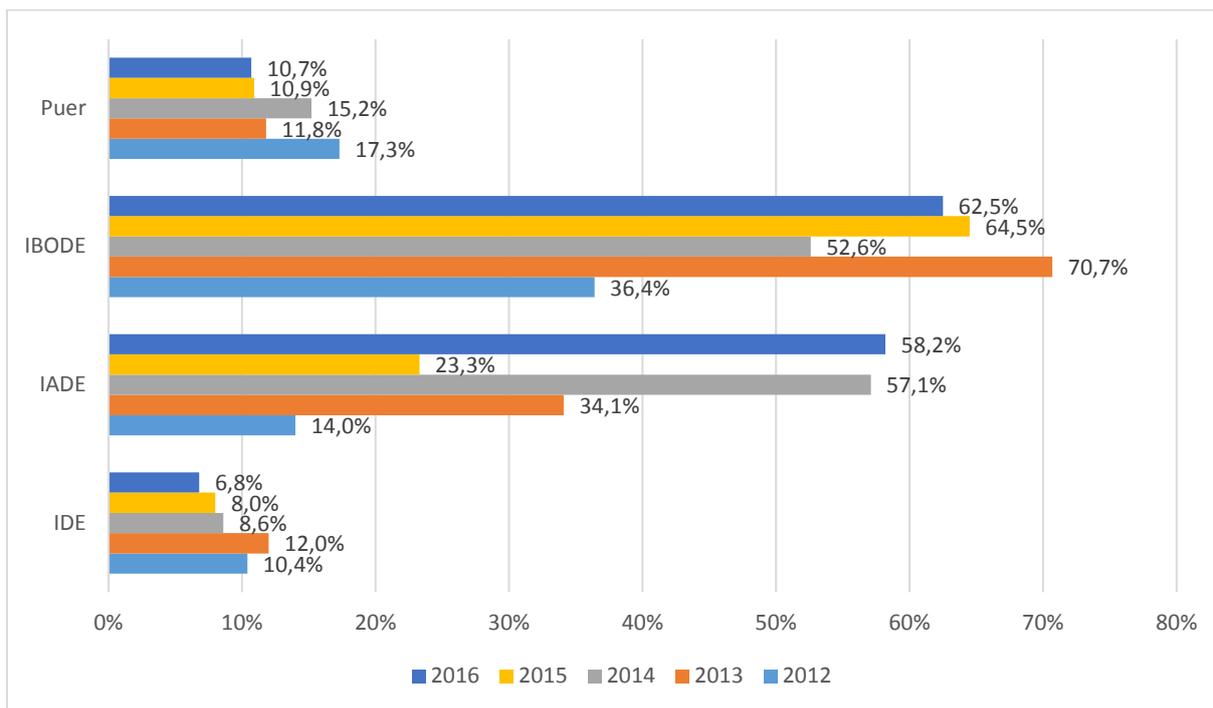
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
infirmier diplômé d'Etat	nb de PP financées	187	175	204	123	108	103
	nb de réussite aux diplôme	279	331	284	160	167	144
Infirmier aide-anesthésiste	nb de PP financées	15	34	55	55	68	64
	nb de réussite aux diplôme	11	6	14	32	21	46
infirmier bloc opératoire	nb de PP financées	30	25	26	22	18	32
	nb de réussite aux diplôme	28	12	29	20	20	20
puéricultrice	nb de PP financées	9	20	19	15	31	16
	nb de réussite aux diplôme	15	18	15	14	10	16
IFCS (ap-hp+hors AP-HP)	nb de PP financées	117	113	148	154	138	137
	nb de réussite aux diplôme	72	116	112	126	123	109

Source : AP-HP

Si le nombre de promotions professionnelles vers le grade d'IDE financées par l'AP-HP, émanant le plus souvent d'aides-soignants, est en diminution sur la période récente, traduisant le fait que le recrutement d'IDE via la promotion professionnelle ne constitue pas un axe prioritaire, la nette augmentation des promotions professionnelles pour les IADE et, dans une moindre mesure, les IBODE et les cadres infirmiers traduit la politique de l'AP-HP pour ces professions en tension.

²¹ Les professions en tension sont les professions pour lesquelles l'employeur éprouve des difficultés à recruter. Pour les infirmières, il s'agit des IADE, IBODE et cadres de santé.

Graphique n° 5 : Taux de nouveaux entrants provenant de la filière des promotions professionnelles



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

La promotion professionnelle s'avère de plus en plus marginale en ce qui concerne les IDE et les puéricultrices. Outre son rôle dans la construction de carrières et de débouchés, elle pourrait regagner de l'importance en tant que voie de recrutement si la tension sur le métier d'IDE et la diminution des entrées en IFSI se confirment à l'avenir.

En revanche, les promotions professionnelles au sein de l'AP-HP sont devenues le mode dominant de recrutement des IADE et des IBODE. La grande dépendance de l'APHP à cette voie de recrutement implique de continuer à susciter les vocations, d'autant que la promotion professionnelle, fût-elle financée par l'APHP, s'accompagne pour l'agent d'une perte de rémunération du fait d'un maintien du traitement hors primes et indemnités de dimanche et jour férié.

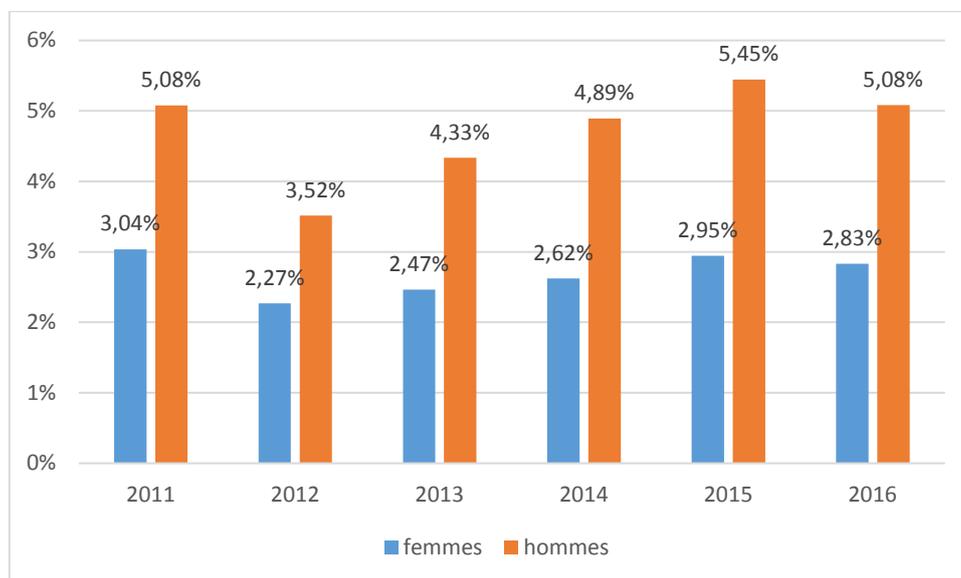
Certains hôpitaux, tels l'hôpital Tenon, ont à ce titre mis en place un parcours d'accompagnement des promotions professionnelles, constatant, à défaut, un taux d'échec non négligeable et donc un gaspillage des crédits utilisés pour le financement des études promotionnelles. L'infirmière souhaitant accéder à la spécialisation se voit proposer un poste d'IDE en service de réanimation, en bloc opératoire ou autres services dont les pratiques professionnelles et la technicité des prises en charge de patients se rapprochent de la spécialité souhaitée. Cette affectation peut être complétée par un parcours d'intégration de deux mois avec une IBODE « tutrice » et un parcours de formation spécifique. Tenon propose également à ses agents candidats aux concours d'IFSI « une session de 15 places de préparation au concours d'entrée en IFSI pour les agents ayant reçu un avis favorable sur la fiche d'opportunité, et ayant avec succès passé le test de niveau préalable ». L'ensemble de ces mesures et les modalités pratiques de la promotion professionnelle sont détaillées dans un guide élaboré par l'hôpital, lequel dispose d'un référent promotion professionnelle.

La politique de chaque groupe hospitalier en faveur ou défaveur de la promotion professionnelle dépend étroitement des besoins ressentis en personnels infirmiers. L'hôpital Paré explique ainsi ne pas inciter les aides-soignants à la promotion professionnelle d'IDE car il n'éprouve aucune difficulté à recruter ces derniers. Au contraire, l'hôpital Mondor explique accorder volontiers des promotions professionnelles et laisser les agents libres de revenir ou non (l'obligation de servir s'entendant à l'échelle de l'établissement, donc de l'AP-HP dans son ensemble). Cette souplesse participe de l'attractivité de l'hôpital et amène les promus à y revenir en cours de carrière. Celui-ci constate au demeurant que les lauréats qui ne désirent pas revenir ne lui préfèrent pas un autre hôpital de l'AP-HP mais quittent l'Île-de-France.

Des dispositifs d'accompagnement ont été plus largement mis en place par les groupes hospitaliers pour les promotions professionnelles de cadre infirmier. Nommer l'aspirant comme faisant fonction de cadre afin qu'il éprouve son appétence pour des fonctions de management et d'encadrement apparaît ainsi être une pratique courante, de même que la relecture des projets professionnels et l'organisation d'oraux blancs pour préparer le concours d'entrée à l'école de cadres. Là encore, certains hôpitaux vont plus loin, tels Tenon qui formalise un contrat avec le candidat et prévoit un tutorat.

Les opportunités de carrière offertes par la promotion professionnelle ne profitent cependant pas de façon égale à l'ensemble des agents concernés et une inégalité de genre notable se fait jour. Les infirmiers, lesquels représentent environ 13 % des effectifs, bénéficient proportionnellement deux fois plus de la promotion professionnelle (vers infirmier spécialisé ou cadre de santé) que les infirmières :

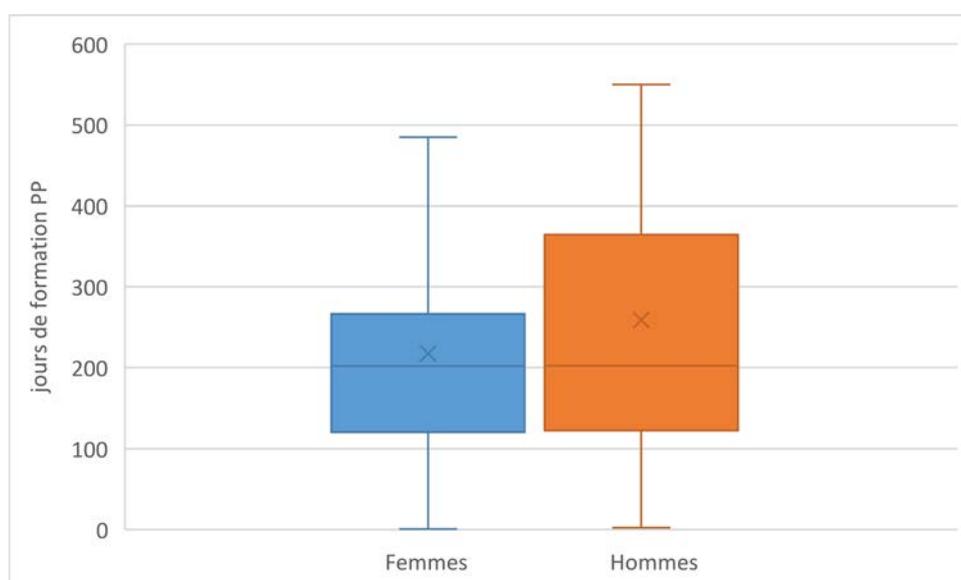
Graphique n° 6 : Part d'infirmiers en promotion professionnelle²² parmi les infirmiers formés



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

La surreprésentation se double d'un nombre moyen de jours d'études promotionnelles plus élevé pour les hommes : si jusqu'à la médiane (située à 200 jours soit une année de formation) la distribution est strictement identique, les femmes sont très minoritaires dans les durées d'études promotionnelles les plus longues.

Graphique n° 7 : Nombre de jours de formation professionnelle par infirmier sur la période 2011-2016



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

²² Toutes promotions professionnelles confondues

L'instruction n'a identifié aucune mesure discriminatoire en soi ni aucune démarche consciente de discrimination de la part de l'AP-HP. Cette dernière fait valoir que la problématique ne lui est pas propre, qu'« il existe des éléments sociaux, culturels et sociétaux qui façonnent structurellement les inégalités de genre [et que] le milieu professionnel est donc impacté comme tout autre espace social », ce que la chambre ne dément pas. Cependant, il ne semble pas que les sources de cette inégalité aient été étudiées ni que des actions correctrices aient été envisagées. Dans sa réponse l'AP-HP avance que pour les promotions professionnelles d'aide-soignant vers infirmier, la répartition est en moyenne davantage conforme à la répartition par sexe de la profession d'aide-soignant. Cet élément confirme la difficulté d'accès des femmes aux échelons supérieurs, difficulté bien connue et étudiée en sociologie du travail.

Compte tenu de la très forte proportion de femmes parmi les personnels infirmiers, agir en vue de rapprocher leur taux de mobilisation en promotion professionnelle de celui constaté chez les personnels masculins permettrait de résorber une partie des tensions de recrutement ressenties sur certains métiers infirmiers. L'AP-HP indique adhérer à cette approche puisqu'elle « se fixe pour objectif d'identifier à quels endroits, en tant qu'employeur, l'institution entretient ou produit des inégalités de genre, afin d'être apte à porter des mesures qui concourent à réduire ces inégalités ». Elle souligne qu'en l'absence de pratiques individuelles et institutionnelles sexistes, les processus générateurs de ces inégalités demeurent peu visibles. À ce titre, en raison de sa taille et de son rôle prééminent dans le système de santé public, l'AP-HP a une mission d'exemplarité et ses actions éventuelles n'en seront que plus significatives.

Recommandation n° 3 : Étudier les causes de l'inégalité de genre constatée à travers le nombre et la durée des promotions professionnelles, et proposer des actions susceptibles d'y remédier.

4.1.4.2 Les protocoles de transferts de tâches et les pratiques avancées : des perspectives prometteuses

L'autre modalité d'évolution de la carrière infirmière, non diplômante celle-là, consiste à développer une expertise particulière, ce que permettent les protocoles de transfert de tâches et les pratiques avancées. Ces deux organisations sont dérogoires au décret²³ de compétence infirmière²⁴, mais à des degrés différents.

Les protocoles de transfert de tâches ou protocoles de coopération entre professionnels de santé (article 51 de la loi HPST) ont pour incidence de voir notamment les infirmières s'adjoindre de nouveaux actes afin de faire face à la pénurie des personnels médicaux ou de libérer du temps médical pour le recentrer sur la prise en charge de situations complexes. Ces protocoles se développent principalement dans le cadre de l'imagerie pour les actes et dans le cadre de la clinique au sein de la médecine du voyage (vaccination), auprès des patients Alzheimer ou obèses, pour l'administration d'anticancéreux ou pour la réalisation de pansements complexes. Ces protocoles font l'objet d'une validation de l'HAS et de l'ARS. Ils sont applicables régionalement et évalués annuellement de façon collaborative.

Les différents GH ont investi très inégalement cette opportunité d'évolution des pratiques puisque quatre groupes hospitaliers sur les douze que compte l'AP-HP sont concernés par les 13 protocoles de transfert de tâches validés par l'ARS, et que parmi eux le GH Paris sud en concentre quasiment la moitié.

Le déploiement de ces protocoles demeure embryonnaire puisque seulement 45 agents paramédicaux, dont 29 infirmières, se sont vu déléguer des tâches médicales en 2017. Ils étaient 37 en 2016 parmi lesquels 24 infirmiers : le rythme de développement s'avère très lent.

²³ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

²⁴ Art. R 4311-1 à R 4311-15 du code de santé publique.

L'AP-HP ambitionne d'investir massivement ces protocoles dans le cadre de son plan de transformation « Oïkeiosis » et de porter à mille le nombre de personnels impliqués. Parmi les avantages qu'elle y voit, l'AP-HP mentionne le gain de temps médical. Bien qu'ils se montrent tous favorables aux protocoles de transfert de tâches et soulignent l'adhésion des équipes engagées, les interlocuteurs rencontrés sont plus modérés, car ils estiment que la plupart des tâches médicales qui peuvent être déléguées l'ont déjà été et ils jugent la procédure de validation lourde, longue, redondante et décourageante pour les équipes porteuses de projet, qui ont l'impression de devoir réexposer les mêmes éléments à chaque étape.

L'AP-HP reconnaît l'obstacle mais fonde de grands espoirs sur la réduction du délai d'instruction de la HAS à 6 mois inscrite dans le PLFSS de 2018. Parmi les autres freins à la généralisation du déploiement des protocoles, sont mentionnés la résistance de certains médecins, le périmètre de délégation parfois trop restreint et l'absence de valorisation financière pour les personnels paramédicaux. L'hôpital Paré accorde ainsi un bonus de 365 € par an, intégré à la modulation de la prime de service. Cette solution ne fonctionne que tant que quelques infirmiers sont concernés ; elle trouve rapidement ses limites car l'enveloppe indemnitaire est fermée. En quelque sorte, au-delà de l'intérêt intrinsèque des nouvelles tâches, les médecins y voient davantage leur intérêt que les infirmiers. Compte tenu de l'inertie actuelle du processus, les moyens mis en œuvre ne paraissent pas à la mesure des ambitions visées.

La question des pratiques avancées s'inscrit dans le même objectif de fluidification du parcours de soins mais de façon plus aboutie, avec une conception plus large de la fonction infirmière. En effet, ces pratiques avancées ont pour finalité l'émergence de nouveaux métiers, soutenus notamment dans le cadre de l'universitarisation de la formation initiale en grade Master ; et à la différence des protocoles de coopération, ces nouvelles tâches ne sont pas obligatoirement accomplies en présence d'un médecin mais restent sous sa coordination. Deux décrets du 18 juillet 2018 sont venus préciser et encadrer la pratique avancée.

Une étude réalisée par l'AP-HP en 2017 sur 35 sites permet de cerner l'ampleur et la variété des nouveaux métiers infirmiers ainsi développés. 412 IDE s'inscrivent dans ces pratiques avancées dont 75 à temps complet, et certains métiers commencent à être clairement identifiés. Sont ainsi dénombrés 44 % d'infirmiers de coordination, 36 % d'infirmiers cliniciens spécialisés et 9 % d'infirmiers de pratique avancée, exerçant principalement dans les domaines du prélèvement d'organes et des greffes, de l'oncologie, des soins en chirurgie, de la gériatrie et des maladies chroniques. Parmi les nouveaux métiers plus minoritaires sont recensés des infirmiers d'éducation thérapeutique du patient; des référents de soins pédiatriques; de douleur; de soins palliatifs; de plaies et cicatrisations; des infirmiers d'annonce ou encore des infirmiers de liaison. La moitié exerce ces fonctions depuis plus de cinq ans, ce qui révèle l'utilité et la pérennisation de ces métiers qui ne sont plus si nouveaux. Le profil de ces infirmiers diffère assez nettement de celui de l'ensemble des IDE puisque 72 % présentent un diplôme complémentaire au diplôme infirmier, un DU dans l'immense majorité des cas. La perspective d'une universitarisation complète du cursus infirmier demeure encore éloignée puisque seulement 19 disposent d'un master un ou deux.

Le projet de soins 2010-2014 privilégiait les pratiques avancées sous l'angle de la recherche paramédicale, décrite comme une « démarche de professionnalisation et d'évolution des pratiques, ayant pour but d'apporter de nouvelles connaissances et compétences aux équipes et aux décideurs pour améliorer les pratiques professionnelles, optimiser l'organisation des soins et faire évoluer les soins et la prise en charge des malades ». Dans cette optique la formation annuelle de cinq infirmiers à la recherche, au niveau du master deux ou du doctorat, est financée. Les pratiques avancées sont à nouveau inscrites au projet de soins 2015-2019 qui aspire notamment à favoriser les infirmiers cliniciens spécialisés à travers une préfiguration en collaboration avec l'ARS.

Certains de ces nouveaux métiers sont appelés de leurs vœux par les cadres infirmiers rencontrés qui soulignent l'amélioration de l'organisation, l'allègement de tâches chronophages, génératrices de tensions et de contrariétés, rendu possibles par des infirmiers de liaison ou des infirmières logisticiennes. Les équipes sont demandeuses de ce type de service support afin d'être moins souvent interrompues et de se concentrer sur le soin.

Le projet de soins 2015-2019 promeut « la reconnaissance des infirmières de coordination (IDEC) et des infirmières de liaison (IDELIA) ». Or c'est précisément cette reconnaissance qui semble faire défaut. Dans l'enquête précitée, seuls 23 % voient leurs missions systématiquement valorisées, et 50 % parfois valorisées. Cette valorisation n'est au demeurant financière que dans la moitié des cas (9 sites sur les 18 ayant répondu à la question des modalités de valorisation ont indiqué accorder une surprime annuelle). Elle prend sinon la forme de participation à des congrès, des publications et des formations. Enfin, seulement la moitié des sites répondant à l'enquête ont inscrit dans la fiche de poste le temps consacré à ces pratiques avancées. Pour prometteuses et porteuses d'améliorations des conditions de travail que soient ces pratiques avancées, elles méritent d'être mieux reconnues et valorisées, y compris financièrement. La problématique dépasse pour partie le cadre de l'AP-HP puisqu'il n'existe aucun dispositif statutaire ou régime indemnitaire spécifique à ces infirmiers. Le seul levier financier possible réside dans donc la prime de résultats dont ce n'est pourtant pas la vocation première (dans l'attente des évolutions annoncées dans le cadre de la stratégie gouvernementale de transformation du système de santé Masanté2022²⁵).

4.1.4.3 Des reclassements et reconversions rares

Les reclassements et reconversions semblent très limités en nombre.

Les reclassements correspondent à un changement d'affectation au sein de la structure employeuse motivé par des raisons de santé. S'ils sont dénombrés dans les bilans sociaux au sein de la catégorie plus large des soignants, la DRH indique n'avoir connaissance d'aucun dossier d'infirmier soumis au Comité médical ou à la Commission de réforme. Ce sont donc les GH qui gèrent directement les reclassements, lesquels s'opèrent sans changement de grade. L'hôpital Mondor a vu ses reclassements d'IDE baisser régulièrement de 12 cas en 2011 à trois cas en 2016, soit un taux d'environ 0,2 % des effectifs. Le même taux est constaté chez les IBODE. L'hôpital Tenon recense sur la période 2011-2016 trois reclassements d'IDE et un d'IADE, une proportion très faible d'un effectif moyen tournant autour de 670 ETP. L'AP-HP met en avant comme facteur explicatif la perte de rémunération qu'implique un reclassement, donc un changement de corps, puisque seul le régime indiciaire est garanti et non le régime indemnitaire, ainsi que la perte du droit à la retraite anticipée.

Ces infirmiers sont généralement reclassés dans les services administratifs, parfois au codage. Leurs effectifs correspondent pour l'essentiel à ceux des infirmiers placés hors des services de soins. De manière générale, les hôpitaux de l'échantillon ne placent d'infirmiers ou d'infirmiers spécialisés hors de leurs services de soin que par nécessité, pour cause de reclassement ou d'impossibilité de maintenir l'infirmier dans sa spécialité. L'hôpital Tenon signale les difficultés qu'il rencontre à reclasser les infirmiers sur des postes administratifs, et travaille à les maintenir dans l'emploi infirmier plus longtemps ; à cet effet a été mise en place une salle de sport avec coach.

Les reconversions (qui correspondent à un désir individuel de changer de métier) à l'échelle de l'AP-HP s'avèrent tout aussi rares et s'opèrent là aussi majoritairement dans le codage ou les fonctions administratives.

²⁵ Communiqué de presse du 19 juillet 2018 : « Cette nouvelle pratique et ces nouvelles compétences bénéficieront d'une reconnaissance en termes de statut et de rémunération, aussi bien dans le cadre de la fonction publique hospitalière qu'au sein des équipes de soins primaires. »

Tableau n° 12 : Reconversions d'infirmiers financées par le FIR pour l'AP-HP

Année		Nouveau métier	Nombre	Durée de la formation
2012	IDE	Gestionnaire administratif	1	10 mois
			1	
2013	Infirmier	Technicien d'information médicale	2	6 mois
	Infirmier	Professeur des écoles	1	22 mois
			3	
2014	Infirmière en psychiatrie	Responsable de formation	1	9 mois
	IDE	Technicien d'information médicale	2	6 mois
	IDE Puer	Technicien d'information médicale	1	6 mois
			4	
2015	Infirmière en soins généraux	Technicien d'information médicale	3	6 mois
	Infirmier anesthésiste	Mécanicien auto	1	8 mois
			4	
2016	Infirmière en soins généraux	Ergonome	1	9 mois
			1	
2017	IDE	Technicien d'information médicale	3	6 mois
	IDE	Puéricultrice	2	12 mois
	IDE	Infirmier de santé publique	1	10 mois
	IDE	Musicien professionnel	1	24 mois
			7	

Source : AP-HP

Les crédits du FIR délégués par l'ARS permettent de financer les reconversions d'infirmiers dont le poste est affecté par une opération de modernisation. Entre 2012 et 2017, 20 infirmiers ont été concernés, soit 7,8 % de l'ensemble des reconversions financées sur cette période.

4.2 Les politiques de recrutement et de fidélisation des infirmiers

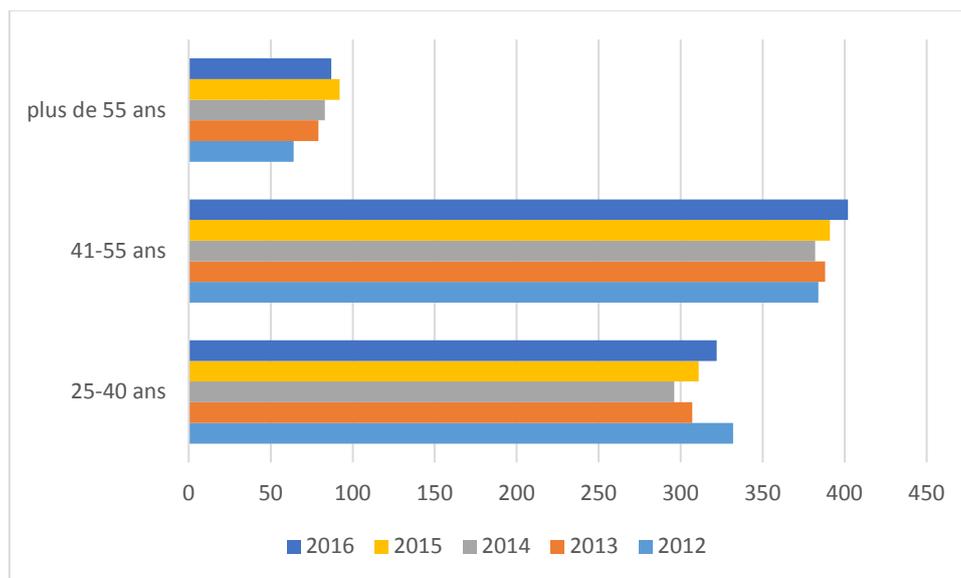
4.2.1 L'appréciation des besoins en personnels infirmiers

4.2.1.1 Les besoins permanents : les IADE et les cadres, des métiers en tension

L'AP-HP a identifié dans son bilan social 2012 trois métiers infirmiers en tension : les IBODE, les IADE et les cadres infirmiers. À compter de 2013, les IBODE ont disparu de cette liste. Cette appréciation a été contredite par les cadres de terrain qui tous déclarent éprouver des difficultés à recruter des IBODE. Les cadres de bloc rapportent éprouver les mêmes difficultés à recruter des IDE au bloc et des IDE faisant fonction d'IBODE, ce qui menace la filière de recrutement. L'hôpital Tenon indique aussi être confronté depuis 2017 à des tensions sur les IDE de manière générale.

Pour pallier la pénurie, l'AP-HP mise principalement sur les promotions professionnelles qui assurent 75 % des entrées d'IADE. Ces dernières s'avèrent insuffisamment nombreuses en début de période si bien que les financements alloués aux promotions professionnelles de ces deux métiers en tension sont sous-exécutés et redéployés sur d'autres filières. Par conséquent, la pénurie d'IADE s'accroît jusqu'en 2014, année où une quarantaine de postes vacants sont recensés, et les effectifs accusent un certain vieillissement.

Graphique n° 8 : Pyramide des âges des IADE (bilans sociaux)

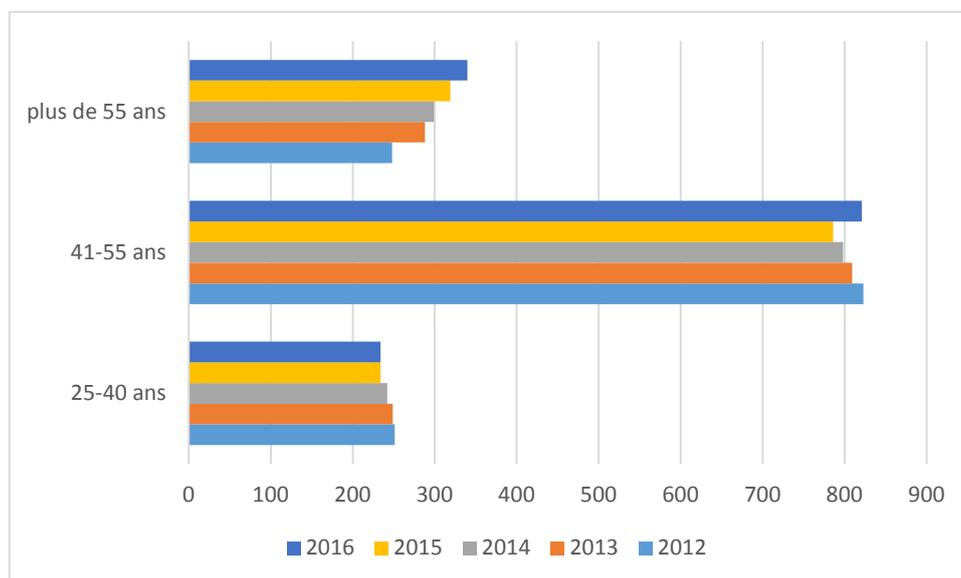


Source : AP-HP, retraitement par la chambre

A partir de 2015, grâce à l'augmentation des promotions professionnelles, la situation s'est redressée et les effectifs ont cru en 2016 en même temps qu'un léger rajeunissement s'opérait.

Le diagnostic de début de période ne diffère pas sensiblement pour les cadres infirmiers. Toutefois l'amélioration n'est intervenue qu'en 2016 et la poursuite du vieillissement sensible des effectifs laisse augurer de nombreux départs dans un avenir proche.

Graphique n° 9 : Pyramide des âges des cadres infirmiers (bilans sociaux)



Source : AP-HP, retraitement par la chambre

Les hôpitaux soulignent qu'à côté de spécialités en tension existent aussi des services en tension, qui éprouvent des difficultés à attirer, au premier rang desquels la psychiatrie. Est à ce titre déplorée la disparition de la spécialité d'infirmier en soins mentaux, intervenue lors de la précédente réforme des études infirmières en 1992. En revanche, la faible attractivité traditionnelle de la gériatrie n'est plus aussi prégnante, grâce à l'image plus technique et moins « hospicielle » de cette spécialité. Elle attire dès lors des profils différents d'infirmiers qui souhaitent passer davantage de temps avec les patients.

4.2.1.2 Les besoins permanents : la rotation des personnels infirmiers

Le taux de rotation²⁶ des personnels infirmiers à l'AP-HP dépassait très largement la moyenne française de 9,9 % en 2011²⁷. Quoiqu'en diminution sensible depuis 2014, il demeure toujours supérieur. Des raisons structurelles président à cette rotation élevée : nombreux sont les professionnels infirmiers qui commencent leur carrière à l'AP-HP, y compris en provenance d'IFSI de province, afin d'acquérir de la technicité et parfois de se constituer une « carte de visite ». Ces personnes, notamment celles originaires de province, ne souhaitent pas rester à l'AP-HP. S'y ajoutent les contraintes de parentalité qui favorisent le souhait de quitter la région parisienne.

Tableau n° 13 : Taux de rotation

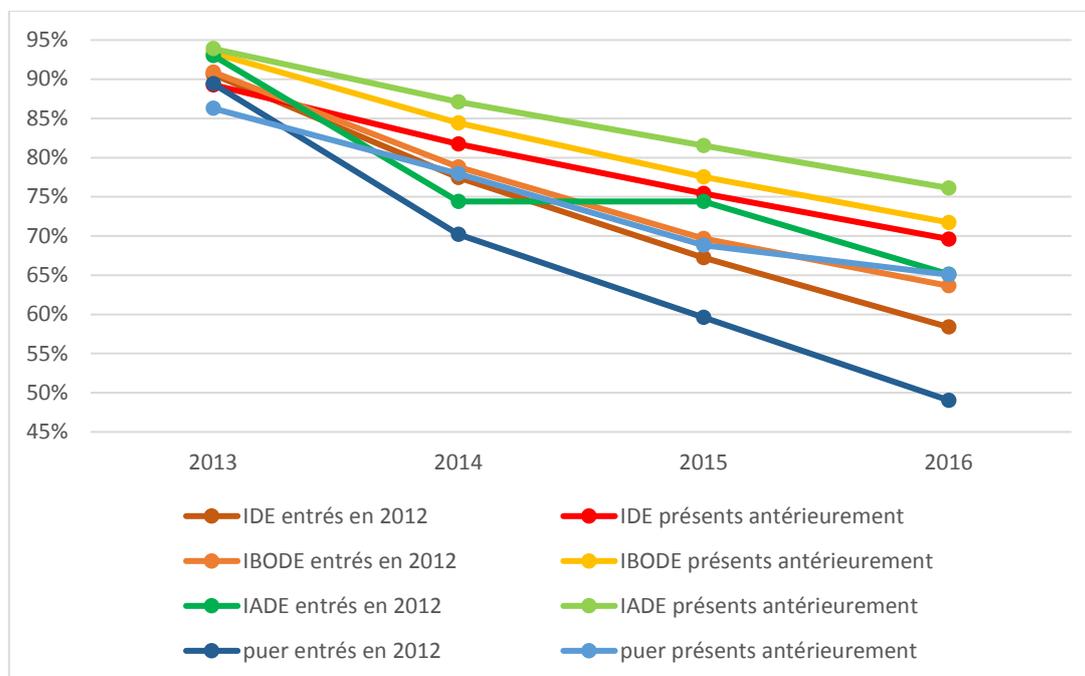
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IBODE	11,8%	7,7%	7,5%	8,8%	6,7%	8,6%
IADE	10%	4%	7%	8,3%	9,7%	10,1%
IDE	15,8%	16,6%	13,7%	10,7%	11,7%	11,9%
PUER	20,0%	21,1%	16,4%	13,5%	15,1%	16,0%
total	15,5%	16,0%	13,4%	10,6%	11,6%	11,9%

Source : AP-HP, calculs de la chambre

Le taux de rotation recouvre des disparités importantes en fonction de la catégorie : le taux de rotation des IBODE et IADE non seulement s'établit à un niveau inférieur, mais ne suit pas les mêmes évolutions que celui des IDE et des puéricultrices qui évoluent de concert, celui des puéricultrices amplifiant les tendances présentes chez les IDE.

L'étude de la cohorte des infirmiers arrivés en 2012 confirme la faible rémanence des puéricultrices. Plus de la moitié a quitté l'AP-HP au bout de quatre ans. Les IDE nouvellement arrivés se situent à peine au-dessus, alors que 70 % des IBODE et IADE sont toujours en poste à l'AP-HP.

Graphique n° 10 : Taux de rémanence de la cohorte 2012



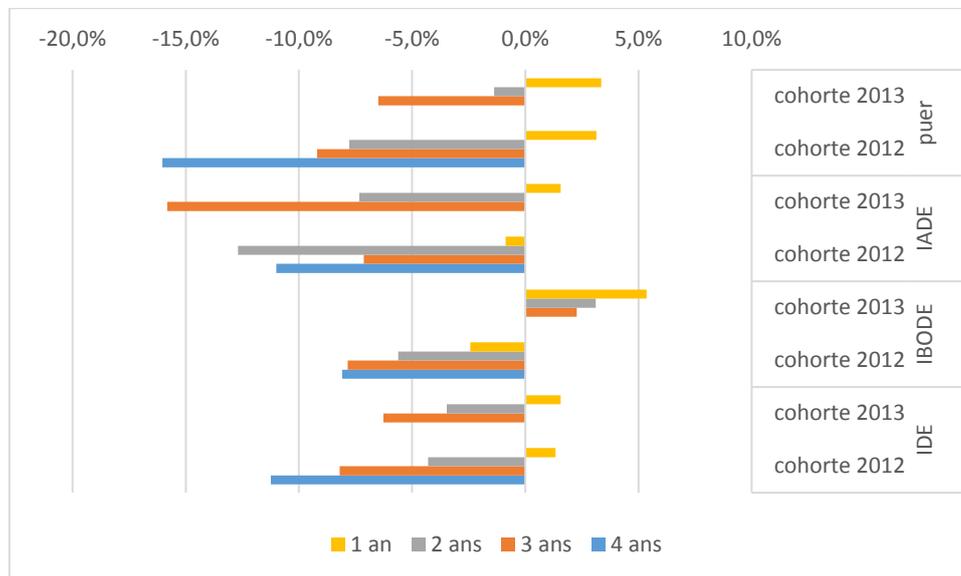
Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

²⁶ Ce taux correspond au nombre d'entrées et de sorties par rapport aux effectifs totaux, divisé par 2.

²⁷ Données ATIH

La cohorte 2013 présente des résultats semblables (à l'exception d'un taux de départ des IBODE plus faible et une proportion plus importante de départs d'IADE en 3^{ème} année). Le différentiel avec le taux de rémanence de la catégorie en général permet d'esquisser différents profils de début de carrière :

Graphique n° 11 : Différentiel de rémanence entre les cohortes entrées en 2012 et 2013 et l'ensemble du personnel de la catégorie



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Ainsi les IDE tendent à rester au moins quelques années après leur recrutement. La tendance est plus marquée pour les nouveaux IBODE, dont les taux de départ sont en moyenne proches de ceux de l'ensemble des IBODE. Pour ceux-ci le secteur privé ne s'avère pas nécessairement attractif, d'une part du fait de gestes moins lourds et moins techniques, d'autre part en raison d'horaires de travail plus longs et d'une journée de travail qui s'arrête plus tard qu'à l'hôpital public.

En revanche les nouveaux IADE tendent à partir très vite, fréquemment attirés par le secteur privé, d'où un corps d'IADE assez contrasté entre un personnel présent depuis longtemps et une noria de nouveaux arrivants. Ces derniers, d'après les cadres, sont plus qu'avant dissuadés par un mode d'exercice en autonomie. Le phénomène se répète chez les puéricultrices, dont les nouvelles recrutées attendent une ou deux années avant de repartir massivement. Contrairement à la première, cette catégorie ne connaît pas de pénurie de recrutement.

4.2.1.3 Les besoins temporaires : une politique de remplacement formalisée mais vraisemblablement détournée

La politique de remplacement apparaît très unifiée à l'AP-HP. Même si la DRH centrale indique qu'elle relève de chaque groupe hospitalier, les hôpitaux de l'échantillon (Paré, Mondor, Tenon) décrivent la même procédure, celle figurant dans le guide de gestion des plannings élaboré par le niveau central, qui établit pour la gestion des absences imprévues l'ordre de priorité suivant :

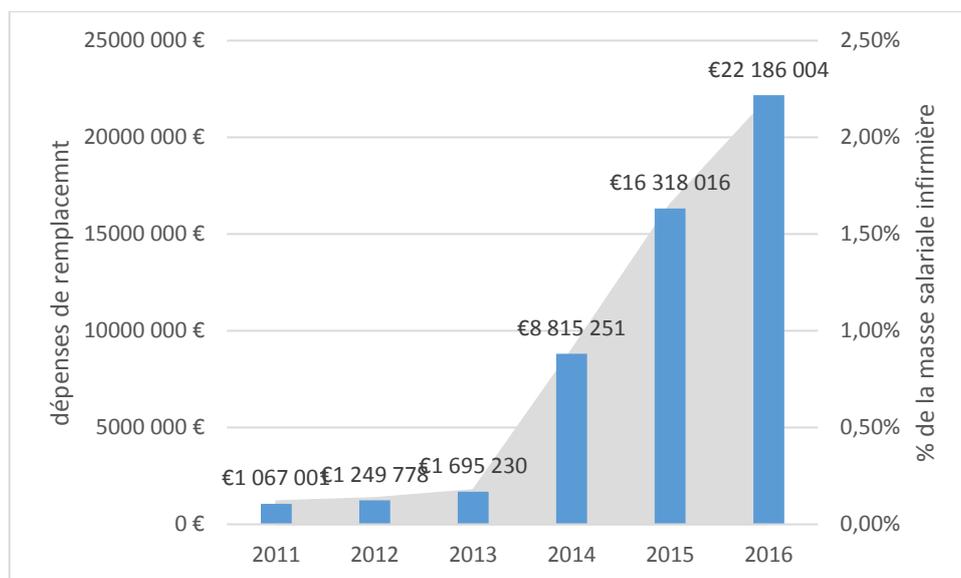
- 1- Mutualisation au sein de la structure avec renfort d'un agent d'un autre secteur ;
- 2- Rappel d'agents en repos ;
- 3- Recours à l'équipe de suppléance ;
- 4- Recours à des heures supplémentaires de la part d'un agent du service ;
- 5- Recours à un contractuel de remplacement ;
- 6- Appel à de l'intérim.

Il est précisé que ce dernier doit dans la mesure du possible être réservé aux services normés et au remplacement d'IBODE et d'IADE. Il s'agit donc d'une solution de dernier rang, le recours aux CDD devant être privilégié.

Dans les hôpitaux de l'échantillon, les demandes de remplacement émises par les cadres de terrain sont saisies dans un logiciel (différent dans les trois hôpitaux considérés) et analysées en fonction du motif de l'absence et de l'analyse des plannings. La décision de recours à un contractuel ou à l'intérim se prend au niveau de la direction des soins, et deux des trois hôpitaux précisent que le dispositif de remplacement exclut les absences longues et/ou prévisibles.

En dépit de la procédure formalisée décrite ci-dessus et de son respect au niveau local, les dépenses de remplacement ont explosé au cours de la période :

Tableau n° 14 : Évolution des dépenses de remplacement en CDD



Source : AP-HP, calculs de la chambre

Cette multiplication par 20 de la masse salariale des CDD est quasi exclusivement due aux remplacements d'IDE : si les remplacements de puéricultrices ont assez fortement crû (multiplication par 7) et atteignent 460 000 € en 2016, ceux d'IBODE et d'IADE s'élèvent respectivement à 77 000 € et 15 000 €.

L'explosion des CDD n'est compensée qu'à 40% environ par la diminution des dépenses d'intérim. Ces dernières ne peuvent pas être identifiées et suivies spécifiquement pour les personnels infirmiers par le progiciel de gestion. La combinaison des bilans sociaux pour les années 2011 à 2014 et de l'enquête réalisée auprès des groupes hospitaliers en 2017 permet néanmoins de les retracer comme suit :

Tableau n° 15 : Dépenses d'intérim pour les personnels infirmiers

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IDE	18 507 069 €	16 694 210 €	13 752 178 €	12 687 353 €	absence de données ²⁸		10 329 240 €
puer	349 727 €	315 470 €	405 219 €	335 297 €			4 522 407 €
IBODE	9 578 337 €	8 640 091 €	8 757 555 €	8 079 461 €			2 343 494 €
IADE	920 977 €	830 763 €	1 836 345 €	1 694 158 €			17 195 141 €
total	29 356 110 €	26 480 534 €	24 751 297 €	22 796 269 €			

Source : AP-HP

L'AP-HP signale que le montant affecté aux IDE peut comprendre marginalement des intérimistes d'aides-soignants voire d'autres catégories. Un effort de baisse des dépenses d'intérim a, quoi qu'il en soit, été demandé aux coordinations locales des soins, qui jugent au demeurant que cette solution de remplacement onéreuse n'est guère satisfaisante en termes de sécurité des soins et de connaissance du terrain, et privilégient le recours aux CDD à l'intérim répété.

Si les procédures de remplacement sont unifiées, le poids des dépenses de remplacement s'avère très hétérogène au sein de l'AP-HP. En 2016, les dépenses de remplacement en CDD ont ainsi dépassé 7 % des dépenses de personnel infirmier (personnel permanent et contractuel) à Hendaye et se situaient entre 5 % et 6 % à (dans l'ordre décroissant) Bichat, Hautval, Paré et Poincaré. A l'inverse, elles comptaient pour moins de 0,5 % des dépenses de personnel infirmier à (dans l'ordre croissant) La Pitié-Salpêtrière, San Salvador, Broca et Necker. Le tableau détaillé peut être consulté en annexe n° 2.

Il n'existe aucun lien entre les niveaux de dépense de 2011 et ceux de 2016, ni de corrélation entre ces dépenses et le type d'activité (court ou long séjour). Il existe en revanche une convergence manifeste au sein de chaque groupe hospitalier (GH), ce qui sous-entend des politiques de GH spécifiques. L'existence d'une procédure unifiée n'empêche pas une appréciation très variable entre les GH des besoins et seuils de remplacement. Les causes expliquant cette hétérogénéité ne sont pas davantage connues que celles de l'augmentation générale, qui n'est pas liée à une recrudescence particulière de l'absentéisme (voir infra) ni à une augmentation marquée de l'activité.

La chambre relève que ce recours massif aux CDD, concentré sur certains hôpitaux, n'est aucunement proportionné aux seuls besoins suscités par l'absentéisme mais qu'il semble correspondre pour partie à un détournement des procédures de recrutement des infirmiers et à un retard dans leur titularisation. Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'AP-HP confirme la tendance jusqu'à très récemment à recruter des CDD pour des postes permanents au lieu de la mise en stage prévue par les textes, particulièrement au cours des années 2016 et 2017. Les règles de la fonction publique auraient été rappelées au début de 2018, et de fait le nombre de CDD a rapidement diminué (de 677 ETPR en janvier 2018 à 168 en juillet) tandis que les mises en stages croissaient de 721 au premier semestre 2017 à 1 007 un an plus tard.

²⁸ Les bilans sociaux renseignent sur l'évolution des dépenses d'intérim pour la catégorie des soignants mais n'individualisent pas cette donnée pour les seuls infirmiers

4.2.2 La stratégie d'attractivité et de fidélisation

4.2.2.1 L'élaboration d'un plan d'attractivité infirmière

À la suite d'une période marquée par des difficultés de recrutement, l'AP-HP a élaboré en 2012 un plan d'attractivité et de fidélisation des personnels infirmiers. Le premier volet de ce plan porte sur la communication via un site internet clarifié afin de rendre immédiatement visibles et accessibles les postes offerts au recrutement, des campagnes de communication et la présence sur des salons et des événements.

Au regard des étudiants infirmiers, le second volet prévoit de rapprocher les IFSI des groupes hospitaliers, de penser le stage infirmier comme une opportunité de recrutement, de favoriser l'apprentissage (rémunéré) en contrepartie d'un engagement de pré-recrutement et de paramétrer le système d'information afin de connaître le pourcentage d'élèves-infirmiers recrutés par l'AP-HP. Le plan prévoit également le recrutement de professionnels étrangers et une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie familiale. Enfin, le plan prévoit l'activation du levier de la reconnaissance publique et académique via le développement des pratiques innovantes, des publications accrues et la création d'une chaire doctorale en sciences infirmières.

Ainsi que les membres de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CCSIRMT), auxquels le plan a été présenté, le soulignent dans une motion en février 2012, le plan d'attractivité est dénué d'éléments financiers. Or la modicité des rémunérations infirmières, au regard du coût de la vie et du logement en Île-de-France et singulièrement à Paris, surcoût qui est loin d'être compensé par l'indemnité de résidence, constitue un obstacle majeur.

Si un rapprochement des groupes hospitaliers avec les IFSI s'est opéré et si le stage infirmier a été travaillé et investi, ce sont surtout les leviers classiques de la politique sociale de l'AP-HP qui ont été mobilisés. En revanche les obstacles exogènes que constituent l'inachèvement de l'universitarisation des études infirmières, le niveau modeste de rémunération ainsi que l'absence de reconnaissance financière des nouvelles tâches, demeurent.

4.2.2.2 La politique sociale à destination de l'ensemble des personnels de l'AP-HP

Comme l'ensemble des personnels de l'AP-HP, les infirmières bénéficient des actions de l'AGOSPAP, abondée par l'AP-HP à hauteur de 0,5 % de sa masse salariale totale. Sans qu'elles leur soit réservées, elles jouissent prioritairement de l'offre de crèches de l'APHP : d'une part, les horaires d'ouverture, particulièrement amples, sont calqués sur leurs prises de service des infirmiers ; d'autre part, les directeurs d'hôpitaux rencontrés indiquent disposer d'une certaine latitude pour la définition de priorités d'attribution, et tous ont dit avoir établi une telle priorité pour les infirmières. Il en va de même pour les places de stationnement. Les crèches constituent un élément de fidélisation voire d'attractivité, car les infirmières composent de plus en plus fréquemment des foyers monoparentaux (à l'instar du reste de la population). L'AP-HP propose ensuite des centres de loisirs, toujours à tarif modéré.

4.2.2.3 La politique sociale spécifique : une offre de logements à loyers modiques

Au-delà de cette politique de droit commun, le plan d'attractivité contient un dispositif spécifique dénommé Infirmière Capitale, qui concerne également les kinésithérapeutes, et consiste à attribuer un logement à titre provisoire (bail d'un an renouvelable) aux professionnels non franciliens d'origine (province ou UE) embauchés pour la première fois à l'AP-HP. Le parc est constitué de studios (15 m² à 24 m²) et d'appartements en colocation, à un loyer de 250 € mensuels à Paris et 150 € en banlieue.

L'AP-HP estime que ce dispositif a facilité des recrutements dans certains services de pointe ou disciplines complexes. Elle en constate cependant les limites : une limite ponctuelle en matière d'offre liée aux travaux nécessaires dans certains logements, une limite structurelle en matière de demande car les jeunes professionnels préfèrent obtenir un bail de trois ans classique dans le parc locatif de l'AP-HP. En outre l'AP-HP ignore combien des bénéficiaires du dispositif se trouvent toujours en poste au sein de l'établissement. De fait, demande et offre disponible tendent à coïncider.

Tableau n° 16 : Offre et demande de logement au sein du dispositif Infirmière Capitale

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
logements proposés dont (hors logement en travaux) :	97	89	102	103	104	96
- logements à Paris	86	77	90	91	96	87
- logements en banlieue	11	12	12	12	8	9
nombre de demandes		113		111	111	99

Source : AP-HP

Si le dispositif traduit indéniablement l'investissement de l'AP-HP dans les facteurs d'attractivité, les conditions d'accès à ces logements s'avèrent en l'état illégales car discriminatoires.

D'une part, l'exclusion des ressortissants non communautaires constitue une discrimination liée à la nationalité, prohibée par l'article L. 225-1 du code pénal et justifiée par aucun des critères d'exception listés à l'article L. 225-3 du code précité. Le critère d'origine provinciale se traduit juridiquement par une résidence familiale (ou administrative dans le cas de promotions professionnelles) localisée hors d'Île-de-France ; il ne pose pas de problème et n'est d'ailleurs pas incompatible avec une nationalité non communautaire.

D'autre part, exiger du preneur du bail qu'il vive seul, constitue également une discrimination liée à la situation familiale et à l'état de grossesse en même temps qu'une ingérence dans sa vie privée, d'autant plus que le bailleur est en l'occurrence également l'employeur ; et contrevient à l'article 8 de la CEDH garantissant le droit de mener une vie familiale normale.

Seul un motif de surpopulation pourrait être invoqué par l'hébergeur pour refuser ou retirer un logement en fonction de la situation familiale, mais il n'est pas rare que plus d'une personne vive dans un logement de 20 ou 24 m² à Paris²⁹. De surcroît, ce critère prive l'AP-HP d'une source croissante de recrutements potentiels puisqu'est observée une augmentation des familles monoparentales chez les infirmières.

À la suite des observations de la chambre, l'AP-HP s'est engagée à supprimer ces critères discriminatoires et à les remplacer par des critères légaux relatifs au statut de l'agent et au taux d'occupation du logement. L'AP-HP fait valoir à juste titre son souci que le dispositif crée des effets d'aubaine. Il paraît légitime, compte tenu des loyers très modérés pratiqués qui rapprochent ce dispositif du logement social, que son accès soit subordonné à des conditions de statut et/ou de ressources telles que celles usuellement en vigueur dans le champ du logement social. Le sujet a été inscrit à l'ordre du jour du CTE du mois d'octobre 2018. Le formulaire de demande ne mentionne déjà plus les deux critères susmentionnés.

²⁹ Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France évalue une occupation normale d'une habitation à 9 m² pour une personne seule, 16 m² pour un couple et 9 m² par personne supplémentaire. »

Rappel au droit n° 3 : Supprimer les critères de nationalité et de situation familiale dans l'attribution des logements temporaires du dispositif Infirmière Capitale.

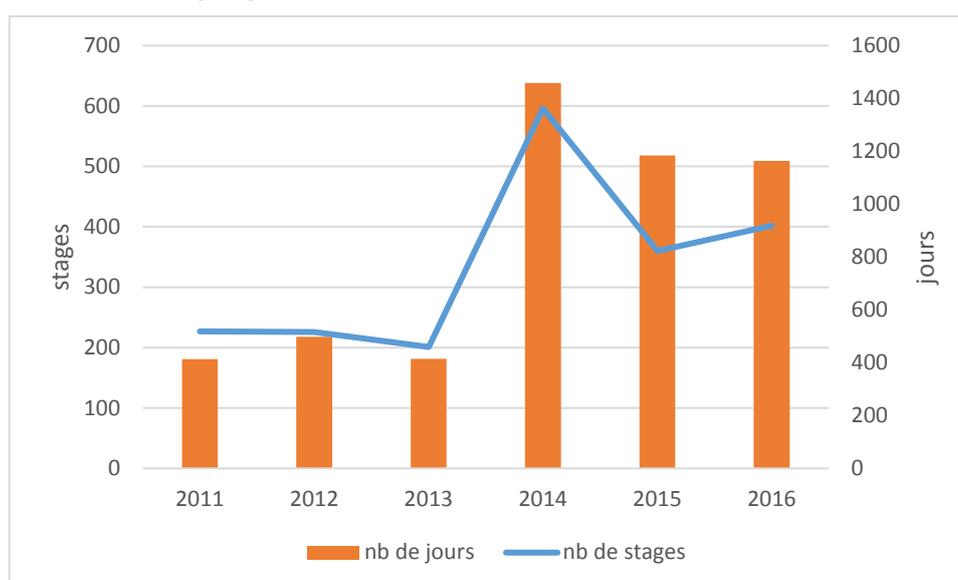
4.2.2.4 Les stages des étudiants infirmiers, une charge de travail importante mais fructueuse

Dans le cadre de leur formation à l'IFSI les étudiants infirmiers sont amenés à effectuer des stages au sein des services de soins. L'ensemble des intervenants rencontrés souligne la lourdeur de la tâche de tutorisation afférente, en particulier lorsque des étudiants infirmiers d'années différentes sont accueillis simultanément. De nombreux hôpitaux ont ainsi défini un ratio de stagiaires par infirmier diplômé. Ils s'efforcent également de limiter les stages lorsque l'ancienneté de l'équipe est faible ou qu'un nombre important de remplacement est en cours. Du fait de la lourdeur de la tâche et de son caractère chronophage, les hôpitaux s'efforcent de tirer parti des stages pour réactualiser et réinterroger les connaissances et les pratiques des personnels en place, notamment à la suite de la réforme de la formation infirmière qui impose désormais de faire valider par le tuteur de stage des types de soins inclus dans un portfolio ce qui suscite des échanges autour du contenu ainsi désigné. Le groupe hospitalier Mondor indique par exemple avoir profité des stages infirmiers pour travailler sur l'identification des compétences nécessaires et élaborer une grille de compétence par service.

Le stage est également utilisé par certains hôpitaux comme un élément d'attractivité : l'hôpital Mondor considère le stage comme un investissement pour un recrutement futur puisque l'infirmier éventuellement recruté nécessitera un temps d'adaptation moindre, étant rompu aux habitudes, matériels et logiciels du service. Mondor tient aussi à accueillir des étudiants au sein des blocs opératoires et privilégie les étudiants en 1^{ère} année qu'il estime dénués de préjugés à l'égard du bloc opératoire et moins préoccupés par la validation des soins du portfolio (qui ne peuvent être tous validés au bloc opératoire) que les étudiants des années ultérieures. Cette stratégie lui permet d'attirer dans les blocs opératoires une partie des infirmiers accueillis. A l'inverse, l'hôpital Tenon ne souhaite pas accueillir au sein des blocs opératoires des stagiaires autres qu'élèves IBODE.

L'AP-HP a mis en place un dispositif d'accompagnement des tuteurs de stage, via des formations, suivies par la plupart des tuteurs :

Graphique n° 12 : Formations aux fonctions de tuteur



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Ces formations interviennent en amont de l'encadrement du stagiaire aussi bien qu'en aval via des ateliers de retours d'expérience. L'effort doit cependant être constamment maintenu en raison du turn-over des tuteurs. Au niveau local, parmi l'échantillon sélectionné, seul l'hôpital Tenon a développé et formalisé un projet d'accueil des stagiaires.

En revanche, la valorisation de la fonction de tuteur et de la charge de travail qu'elle entraîne demeure encore assez informelle et dénuée de composante financière. Les trois hôpitaux visités indiquent en tenir compte de manière attentive dans l'évaluation du tuteur, mais le temps consacré au tutorat n'est pas mesuré et ne fait a fortiori l'objet d'aucune rétribution ou compensation, ni pour le tuteur ni pour le service concerné. Cette mission est considérée comme incluse dans la mission des infirmières et le temps de travail ordinaire ; tout juste peut-elle entraîner une modulation à la hausse de la prime de service, seul type de valorisation financière existant actuellement.

5 L'EXERCICE DU MÉTIER INFIRMIER

5.1 L'organisation du travail infirmier

5.1.1 La refonte de l'organisation du temps de travail en 2016, une réforme ambitieuse

L'organisation du temps de travail a connu une réforme majeure en avril 2016, touchant l'ensemble du personnel (réforme dénommée OTT). L'organisation de travail antérieure se caractérise par la coexistence de 25 régimes horaires différents³⁰ au sein de l'AP-HP, et à peine moins au sein de chaque hôpital : Paré et Tenon en recensent 17 chacun, d'où une complexité certaine dans la gestion des plannings. Certains de ces régimes relevaient de l'accommodement individuel et concernaient moins d'une centaine voire moins d'une dizaine d'agents. Jusqu'en 2016 le régime horaire le plus courant, à savoir 7h36 en grande équipe de jour (c'est-à-dire en alternant horaires du matin et horaires de l'après-midi), concernait en moyenne 30 % des agents. Les quatre ou cinq (selon les années) régimes horaires concernant plus de 1 000 agents³¹ trouvaient à s'appliquer aux trois quarts du personnel infirmier. 11 % à 13 % des effectifs infirmiers travaillaient selon un régime horaire alterné.

Ces régimes horaires antérieurs se distinguaient aussi par l'existence de jours de congés accordés hors réglementation, tels que la journée pour la fête des mères, les jours de congés prévus par des protocoles locaux et les congés médailles³².

La réforme de l'organisation du temps de travail est entrée en vigueur au 1^{er} avril 2016. En premier lieu sont institués comme régimes horaires de référence les organisations en 7h30 pour les nouveaux recrutés (à compter de l'entrée en vigueur de la réforme) en horaires de journée, et de 7h36 pour les agents en place. Ce dernier régime concerne désormais près de 50 % des effectifs infirmiers en 2016. L'organisation du temps de travail généralise ensuite le fonctionnement en grande équipe pour les personnels de jour. Enfin l'OTT supprime une grande partie des jours de congés extralégaux. Le bilan d'étape dressé en janvier 2018 évalue le temps de travail récupéré grâce à la réforme à 234 000 jours soit 1 114 ETP.

³⁰ 10h De Jour ; 10h De Nuit ; 12h De Jour ; 12h De Nuit ; 7h De Jour ; 7h30 Gde équipe de jour ; 7h36 Gde équipe de jour ; 7h50 De Jour ; Alterné 10h Jour = 10h Nuit ; Alterné 10h Jour > 10h Nuit ; Alterné 10h Nuit > 10h/12h jour ; Alterné 10h Nuit > 7h36/7h50 jour ; Alterné 10h nuit > jour ; Alterné 12h Jour = 12h Nuit ; Alterné 12h Jour > 12h Nuit ; Alterné 12h jour >= 12h nuit ; Alterné 12h Nuit > 7h36/7h50 jour ; Alterné 12h nuit > jour ; Alterné 7h00 > 10h/12h De Nuit ; Alterné 7h30 > 10h/12h nuit ; Alterné 7h36 > 10h/12h Nuit ; Alterné 7h36 J > 7h50 J ; Alterné 7h50 > 10h/12h Nuit ; Forfait jours et hors Gestion. fichier [organisation du temps de travail](#).

³¹ Il s'agit des régimes en 7h50 en grande équipe de jour, 10h de nuit, 12 heures de jour, 12 heures de nuit.

³² Ce point a fait l'objet d'un examen détaillé dans le rapport de la CRC d'Ile-de-France sur la gouvernance et la situation financière de l'AP-HP d'octobre 2016.

Subsiste néanmoins le jour de congé médaille, qui devient un des termes de l'alternative : les agents récipiendaires de la médaille du travail choisissent désormais entre bénéficier d'un jour de congé (quelle que soit la médaille) ou d'un chèque barémisé selon l'indemnisation des jours de CET dont le montant varie en fonction du rang de la médaille (communale, départementale ou régionale). Comme le soulignait déjà le rapport de la chambre sur la situation financière de l'AP-HP en 2016, non seulement le décret du 22 juillet 1987 instituant lesdites médailles ne prévoit aucune contrepartie financière ou en jours de congé, mais en outre il ne s'applique qu'aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics. Or la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a érigé l'AP-HP en établissement public national. Par conséquent l'attribution de médailles, et a fortiori les contreparties, ne reposent sur aucune base légale. L'AP-HP justifie le maintien de ces journées médailles par « l'ampleur considérable [de la] réforme, conduite malgré un contexte social tendu ». La chambre réitère néanmoins sa recommandation formulée en 2015 et à laquelle l'AP-HP avait souscrit.

Rappel au droit n° 4 : Supprimer les gratifications accordées aux agents au titre des médailles communale, départementale et régionale.

5.1.2 Un décalage entre la durée horaire légale annuelle et la durée effective

Du fait de l'OTT, l'AP-HP estime avoir réduit le temps de travail perdu. Elle considère que les agents de nuit effectuent 1 469 heures travaillées annuelles et les agents de jour en repos fixe 1 605 heures, soit respectivement sept heures et deux heures de moins que la norme réglementaire. L'AP-HP fait valoir que la durée annuelle de travail fixée à 1 607 heures par la réglementation n'étant pas divisible par 7 (à savoir la durée horaire journalière), le nombre de jours de travail ne tombe pas juste et fait l'objet d'un arrondi. Elle explique ainsi le décalage avec la durée réglementaire de 1 607 heures.

Or ces chiffres ne correspondent pas aux données internes de l'AP-HP et notamment au guide des plannings qui recense les régimes de travail et comptabilise 1 596 heures travaillées par an pour les agents de jour en repos fixe soit 11 heures de perdues sur l'année. L'ensemble des régimes de travail a été analysé par la chambre (cf. annexe n°3) qui a constaté que, pour plusieurs d'entre eux, le différentiel négatif avec la durée légale dépasse 7 heures, soit une journée de travail. Seuls ces régimes au-delà de 7 heures de différence ont été comptabilisés par la chambre dans le calcul du temps de travail perdu.

Dès lors le temps de travail perdu s'avère plus important qu'estimé par l'AP-HP et correspond au minimum à 320 ETP sur l'ensemble du personnel (non uniquement les infirmiers).

Tableau n° 17 : Temps de travail perdu en 2016

	Heures réglementaires	Heures travaillées/ an au CH	Écart / obligations annuelles (en h)	ETP 2016*	Perte horaire 2016	Perte en ETP 2016
Agents en repos fixe	1 607	1596	11	40 483	445 313 h	279
Agents travaillant de nuit	1 476	1469 h	7 h	8 685	60 793 h	41,2

Source : AP-HP (colonne étoilée), calculs de la chambre

La chambre réitère donc le rappel au droit déjà formulée dans son rapport de 2015, auquel l'AP-HP avait souscrit.

Rappel au droit n° 5 : Aligner l'ensemble des régimes horaires sur les durées réglementaires de travail

5.1.3 L'apparition de deux dispositifs problématiques

L'organisation du temps de travail (OTT) introduit deux nouvelles dispositions. D'une part, pour les cadres au forfait jours sont prévus deux jours dits « de valorisation professionnelle » censément « destinés à permettre l'actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes de gestion et de management des services, mais aussi à préparer, réaliser, communiquer des travaux de recherche ». Or le régime du forfait journalier part précisément du principe que le temps de travail d'un cadre ne peut être mesuré avec exactitude en raison de l'autonomie dont il dispose et du fait qu'il continue à réfléchir, se former et s'informer en dehors des heures de bureau. L'AP-HP assure que cette obligation doit faire l'objet d'un suivi lors de l'entretien annuel d'évaluation et que le cadre évaluateur dispose de la faculté de retirer ces deux jours des droits à congé en cas d'inaccomplissement des contreparties de valorisation professionnelle. Il paraît donc inapproprié de parler de jours de congés puisqu'ils correspondent censément à des jours travaillés, et les désigner comme jours de formation ou de recherche serait plus conforme à leur réalité.

D'autre part, le régime de 7h30 ouvre droit à 15 jours de RTT et le régime de 7h36, le plus courant avant la réforme, à 18 jours de RTT. Afin d'inciter les agents présents à passer au régime en 7h30 de jour, l'OTT prévoit que les agents qui ont opéré ce choix entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2016 bénéficient d'un forfait annuel de 18 heures supplémentaires pour « prendre en compte d'éventuels dépassements du fait du changement d'organisation ». Outre qu'il n'y a pas lieu de compenser année après année un changement d'organisation nécessairement ponctuel et qu'elle crée une inégalité dénuée de fondement avec les nouveaux recrutés au régime de 7h30, cette disposition est illégale : les heures supplémentaires ne peuvent faire l'objet d'un quelconque forfait ; elles doivent être validées ex ante et décomptées ex post sur la base du service fait. En l'occurrence, le dispositif ne prévoit pas de contrôler la réalité de ces heures supplémentaires qui sont, sans aucun fondement, présumées correspondre à un temps de travail effectif. Au demeurant l'arrêté d'OTT cadre très clairement le régime des heures supplémentaires « ordinaires »³³. Cette disposition irrégulière vise vraisemblablement à compenser, en temps ou en rémunération, la perte de ces trois jours de RTT. Dans sa réponse l'AP-HP déclare vouloir maintenir jusqu'en

³³ « Les dépassements d'horaires effectués à la demande de l'encadrement (...) sont validés et crédités dans Gestime [logiciel de gestion du temps de travail]. Les dépassements d'horaires, ponctuels, effectués en dehors de l'encadrement devront être tracés et argumentés par l'agent qui informera le cadre de permanence ainsi que son responsable par tout moyen (...) avant de quitter son service. Ce temps est crédité dans Gestime dès lors qu'il sera validé par le supérieur hiérarchique ».

2020 cet avantage indu à l'égard des 206 agents concernés, au titre de ce qu'elle considère être un « engagement de l'institution ». La chambre rappelle qu'il ne saurait naître d'obligations illégales et que les stipulations d'un acte qui violent la réglementation sont réputées nulles. Cet avantage équivaut à 2,3 ETP d'agents de jour sur l'ensemble du personnel.

Rappel au droit n° 6 : Supprimer le forfait de 18 heures supplémentaires accordés aux agents passés au régime horaire de 7h30 de jour par l'arrêté d'organisation du temps de travail.

5.1.4 Des choix d'organisation du temps de travail différenciés selon les catégories d'infirmiers

Si le régime en 7h36 ressort comme le plus courant en 2016, il concerne essentiellement les IDE et les IBODE. Ces derniers sont ceux qui travaillent le moins de nuit ou en 12 heures et apparaissent ainsi comme la spécialité la plus régulière en termes de régime horaire, du fait du caractère davantage programmable des interventions opératoires. Les organisations horaires de ces deux catégories demeurent relativement stables sur la période, avec une légère augmentation du travail en 12 heures chez les IDE.

A l'inverse, les puéricultrices dérogent le plus au droit commun : plus de la moitié travaillent de nuit, soit en permanence soit de manière alternée, et près de la moitié travaillent en 12 heures (les deux pouvant se cumuler). De fait tous les services de puériculture fonctionnent en temps continu et impliquent par conséquent des servitudes de continuité des soins. Contrairement aux autres catégories, la disparition progressive du régime en 7h50 ne s'est pas reportée sur le régime en 7h36, mais sur les régimes de nuit alternée et les régimes en 12 heures. Les IADE se trouvent dans une situation intermédiaire quant au travail en douze heures et au travail de nuit, et présentent la particularité d'avoir une organisation de jour majoritairement en 7 heures. Le détail de la répartition des régimes de travail de ces différentes catégories se trouve en annexe n° 4.

Enfin, le choix du temps partiel concerne en moyenne 12 % à 14 % des infirmiers. Le pourcentage d'infirmiers à temps complet croît légèrement pour l'ensemble des catégories, dont les choix apparaissent plutôt homogènes à l'exception des IDE de catégorie A qui présentent une différence de 6 à 10 points de pourcentage en faveur du temps complet par rapports aux infirmiers spécialisés et aux IDE de catégorie B.

Tableau n° 18 : Pourcentage d'infirmiers à temps complet

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IBODE	80%	81%	81%	82%	83%	84%
IADE	83%	82%	81%	82%	82%	82%
IDE	87%	88%	88%	88%	88%	88%
<i>dont IDE B</i>	<i>82%</i>	<i>82%</i>	<i>83%</i>	<i>82%</i>	<i>83%</i>	<i>83%</i>
<i>dont IDE A</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>
puer	83%	84%	85%	86%	84%	84%

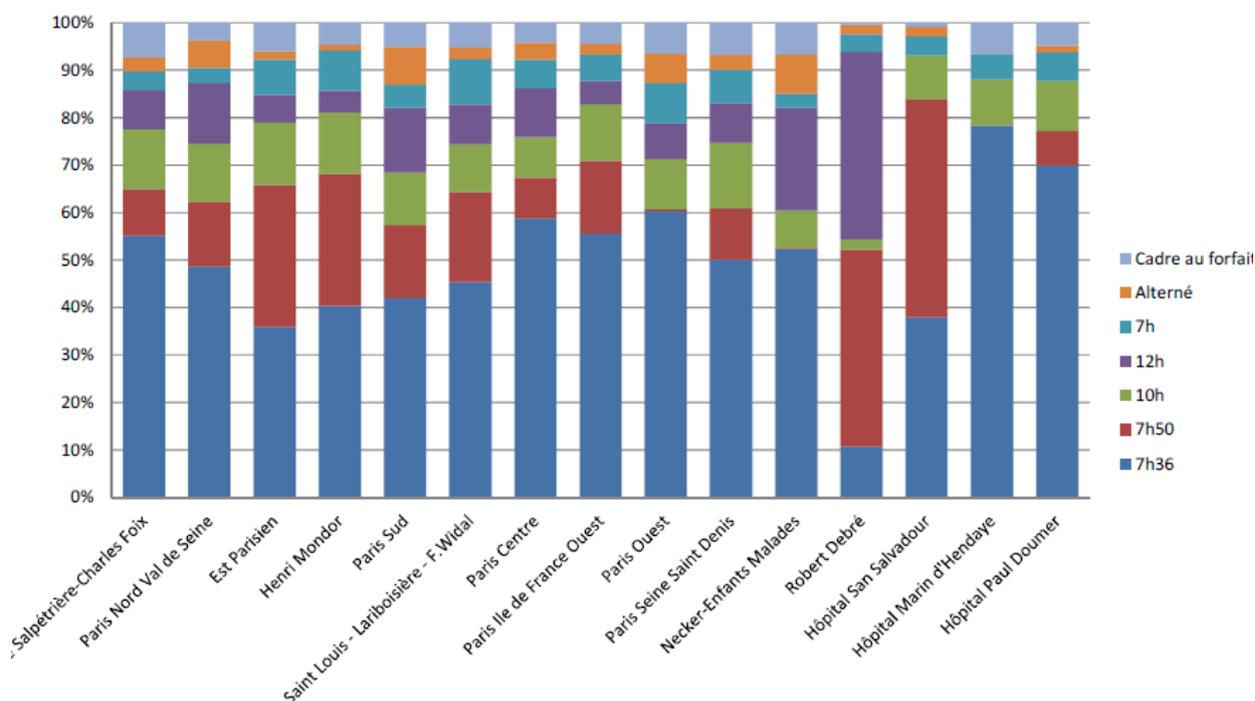
Source : AP-HP, calculs de la chambre

5.1.5 Le travail en douze heures : une décision locale

L'arrêté d'OTT rappelle le caractère dérogatoire du régime en 12 heures, conformément aux dispositions rappelées par l'instruction n° DGOS/RH3/2015/ 3 du 7 janvier 2015 ³⁴. Pour les services fonctionnant en continu, les deux schémas privilégiés prévoient une organisation du temps de nuit en dix heures. L'une des trois variantes ouvertes prévoit une organisation en 12 heures de jour et 12 heures de nuit uniquement pour le week-end. Les services en continu à l'AP-HP comprennent les services d'urgence et les SAMU-SMUR. L'organisation en douze heures en semaine n'est ouverte que « lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence ». Concrètement, le choix du régime en douze heures relève de l'initiative de chaque hôpital. Dans les trois hôpitaux visités, les services de réanimation sont organisés en douze heures. S'y ajoutent les dialyses à l'hôpital Mondor et le service de transplantation rénale, ainsi que deux postes d'IBODE et un poste d'IADE dans les blocs opératoires à l'hôpital Tenon. Ces deux hôpitaux invoquent, pour justifier ce choix, la meilleure continuité des soins que permet une moindre rotation des personnels, celle-ci générant moins de transmissions et de risques d'erreur. Le fonctionnement en douze heures de la dialyse de l'hôpital Mondor permet ainsi au même infirmier de brancher et débrancher le patient.

À l'exception des petits hôpitaux hors GH, les différents GH disposent de services en continu comparables. Le cycle de travail en 12 heures a été mis en place pour l'ensemble de l'AP-HP mais les hôpitaux y ont recours de manière très variable sans que le fonctionnement des services présents permette de le justifier.

Tableau n° 19 : Répartition des régimes de travail par GH en 2015 (avant l'OTT – ensemble des agents)



Source : rapport d'expertise SECAFI sur le projet d'OTT

De fait, des raisons relevant de la politique de ressources humaines et du management sont également invoquées en faveur ou défaveur des douze heures : la DRH de l'hôpital Tenon estime que non seulement cette organisation permet de réduire le nombre de week-ends travaillés des infirmiers mais qu'elle constitue un facteur d'attractivité pour les jeunes infirmiers

³⁴ INSTRUCTION N° DGOS/RH3/2015/ 3 du 7 janvier 2015 portant annonce de la mise en place d'un groupe de travail de la commission hygiène, sécurité et conditions de travail du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière sur l'organisation du travail en postes d'amplitude 12 heures, et rappelant les dispositions réglementaires qui encadrent ce type d'organisation

qui l'apprécient lors de leur recrutement en privilégiant néanmoins des horaires moins fatigants au fur et à mesure de leur carrière.

À l'inverse, la DRH de Paré s'y montre fermement opposée, jugeant que les douze heures entraînent une perte de technicité des infirmiers qui passent moins de jours sur leur lieu de travail et à suivre leurs patients, et que cette organisation est de ce fait facteur de déqualification et d'étiollement du professionnalisme, outre qu'elle accroît les risques de travail annexe (et illégal) au sein d'autres structures de soins. L'hôpital Paré avait justement passé les services pédiatriques en douze heures lorsqu'il rencontrait des problèmes de recrutement ; ceux-ci résolus, il n'a pas trouvé d'intérêt à conserver les douze heures dans ces services.

L'opposition à l'organisation en 12 heures s'avère en revanche unanime au sein des CTE et CHSCT, nécessairement consultés pour mettre en place ce régime dérogatoire. L'introduction des 12 heures dans le service de réanimation médico-chirurgicale de l'hôpital Tenon a même été contestée devant le tribunal administratif qui a rendu un jugement déboutant la plainte des organisations syndicales.

5.1.6 Un nombre croissant de jours stockés dans les comptes épargne-temps

Les jours déposés sur le compte épargne-temps (CET) ont crû de 80 % entre 2011 et 2016, les infirmiers de spécialité étant particulièrement concernés. Le nombre de jours stockés pour les IDE, qui représentent la grande majorité des effectifs infirmiers, se stabilise depuis 2017. La tendance est beaucoup moins lisible pour les infirmiers de spécialité.

Tableau n° 20 : État des comptes épargne-temps au 31 décembre

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IDE	total	146 913	232 021	229 281	233 654	253 766	265 929	
	jours par agent	8,7	13,4	12,8	12,8	13,8	14,4	14,6
IBODE	total	8 653	14 177	12 060	11 964	12 932	13 424	
	jours par agent	16,4	27,2	23,4	23,7	26,2	27,9	29,6
IADE	total	11 528	15 537	15 757	16 632	7 618	18 302	
	jours par agent	15,4	20,3	21,0	22,6	23,9	24,2	25,4
Puéricultrice	total	6 847	10 194	11 063	11 368	11 693	13 165	
	jours par agent	13,2	17,0	17,6	17,3	17,7	19,8	18,6

Source : AP-HP, calculs de la chambre pour 2011 à 2016

Le constat est relativement similaire pour les heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées, qui augmentent de 77 % sur la période de 2011 à 2016. La tendance a commencé à s'inverser dès 2015 pour les IDE, ainsi que les puéricultrices et les IBODE. À l'inverse la croissance tend à s'accélérer nettement pour les IADE.

Tableau n° 21 : Heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées au 31 décembre

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IDE	total	192 840	263 122	247 061	315 245	368 664	360 487	
	moyenne par agent	10,4	14,1	13,1	17,0	19,8	19,2	18,5
IBODE	total	10 869	9 585	8 658	11 638	11 013	9 954	
	moyenne par agent	22,9	17,9	17,0	22,9	22,8	20,5	20,8
IADE	total	24 197	17 797	13 164	23 639	23 873	30 123	
	moyenne par agent	30,7	23,3	17,3	31,3	30,3	37,3	51,9
puéricultrices	total	14 710	11 398	11 683	21 617	25 894	27 729	
	moyenne par agent	21,5	18,1	17,0	32,5	39,9	39,1	34,7

Source : AP-HP, calculs de la chambre pour 2011 à 2016

Au total, pour les infirmiers, ce sont près de 430 000 heures non récupérées et non rémunérées qui sont recensées en 2016, ce qui est à comparer avec les heures perdues en raison d'une durée du travail inférieure aux horaires légaux (voir supra). L'impact sur le ressenti du personnel est cependant bien différent puisque celui-ci perçoit le surcroît de travail dû aux premières mais pas le gain de temps lié aux secondes.

5.2 Les personnels infirmiers au sein des équipes hospitalières

5.2.1 Les outils de travail

5.2.1.1 Le dossier de soins, un outil suivi, évalué et amélioré

Au cours de la période sous revue, l'AP-HP, via la direction des soins et activités paramédicales, a fourni des efforts notables pour documenter, standardiser et faire évoluer les pratiques infirmières, et a produit des guides de bonnes pratiques pour certains gestes.

Les outils utilisés par les équipes soignantes sont suivis : ainsi la tenue du dossier de soins fait l'objet d'un bilan biennal, portant sur environ 6 000 dossiers aussi bien sous format papier que numérique, tirés au sort dans la quasi-totalité des hôpitaux. Ce bilan détaillé porte sur les six types de prise en charge, à savoir l'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), l'hospitalisation de jour (HdJ), l'hospitalisation à domicile (HAD), l'hospitalisation psychiatrique (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les soins de longue durée (SLD). Pour ce faire, un partenariat avec la haute autorité de santé a été établi. Celle-ci met sa plate-forme à disposition pour le recueil des indicateurs, sans accès ni communication des données. La rigueur et l'exhaustivité de ce bilan riche en données doivent être soulignées, d'autant que la méthodologie employée est détaillée dans le rapport produit. En ce qui concerne le travail spécifiquement ou majoritairement infirmier tel qu'il peut être retracé par certains indicateurs, les résultats de l'enquête de 2016 sont les suivants :

Tableau n° 22 : Tenue du dossier de soins dans ses items infirmiers en 2015

	MCO	SSR	HAD	PSY	SLD	HDJ
transmission ciblée et conforme	69%	70%	69%	87%	60%	37%
identification des professionnels	78%	81%	69%	78%	68%	76%
soins d'hygiène et de confort	84%	85%	98%	93%	79%	87%
soins techniques	98%	95%	99%	97%	91%	97%
soins relationnels	69%	77%	83%	97%	66%	73%
soins éducatifs	68%	82%	93%	96%	57%	74%
information donnée sur la prise en charge	55%	60%	80%	85%	43%	55%
traçabilité médicamenteuse	90% à 94%	90% à 94%	70%	90% à 94%	90% à 94%	81%
justification de la non administration du médicament	35%	30%	49%	50%	15%	23%
synthèse infirmière	21%	21%	40%	29%	/	59%
transmission des informations permettant d'assurer la continuité des soins infirmiers	43%	29%	32%	39%	/	42%

Source : AP-HP, retraitement par la chambre

Si l'on compare les résultats de ces enquêtes depuis 2012, les soins techniques et la dispensation des médicaments font l'objet d'une grande vigilance et sont toujours très correctement retracés. La dispersion entre les hôpitaux est faible, les taux minimaux observés en MCO atteignant 90 %. La traçabilité des soins d'hygiène et de confort, des soins éducatifs et des soins relationnels a très largement progressé puisqu'en 2011 les taux de conformité des dossiers de soins pour ces items s'échelonnaient respectivement (entre les hôpitaux les moins performants et les plus performants) entre 0 % et 31 % pour les premiers, entre 17 % et 37 % pour les deuxièmes et entre 0 % et 25 % pour les derniers. Le taux de conformité s'échelonne désormais entre 0 % et 100 % concernant les soins d'hygiène ainsi que les soins relationnels (entre 36 % et 100 % pour les premiers et entre 27 % et 100 % pour les seconds si l'on exclut les soins en hôpital de jour), et entre 5 % et 100 % pour les soins éducatifs (le taux le plus bas étant cette fois observé en soins de longue durée) : même les établissements les plus en retard ont amélioré le suivi de certains items et certains établissements se situent désormais en pointe pour la tenue des dossiers, atteignant une conformité parfaite susceptible de soutenir l'adoption et la diffusion de bonnes pratiques. Font en revanche encore très souvent défaut les éléments d'information du patient et ceux permettant la continuité des soins hors de l'hôpital.

5.2.1.2 L'appréhension des outils informatiques, une question de maturité des système d'information comme des équipes soignantes

L'appréciation par les personnels infirmiers des outils informatiques dont ils disposent varie fonction de leur âge et du nombre d'applications différentes auxquelles ils sont confrontés. Le degré d'informatisation des hôpitaux, historiquement très hétérogène, converge lentement à mesure que le progiciel patient est déployé dans les différents sites. Le déploiement des différents modules par fonction ou spécialité sur l'ensemble des sites devrait se poursuivre jusqu'en 2021.

Pour les fonctions de base, la quasi-totalité des sites disposent aujourd'hui du module identité (à l'exception de l'hôpital européen Georges Pompidou et de Robert Debré qui utilisent de longue date leur propre logiciel patient) et un nombre à peine moins élevé de sites du module dossier médical. Le module dédié au dossier de soins est nettement moins répandu puisque seulement sept hôpitaux sur 39 (dont Paré et Tenon) en sont équipés. Le déploiement de ce module est prévu jusqu'en 2020 sur les autres sites. Il en résulte une appréciation contrastée de l'apport de l'informatique aux pratiques de soins chez les infirmiers : pour les sites qui ne sont pas encore passés au progiciel patient, et où coexistent une multiplicité d'applications, les infirmières se plaignent de devoir passer d'une application à l'autre pour traiter un même patient et jugent ce basculement permanent chronophage et peu favorable à la concentration

et à l'attention car il fractionne la tâche. Pour les sites où les modules principaux sont employés, l'outil est jugé utile et relativement ergonomique, avec d'importantes différences générationnelles : les infirmiers plus âgés ressentent en moyenne le passage du patient à l'ordinateur comme une coupure et rapportent l'impression d'être interrompus dans leur tâche et de ne plus voir le patient mais des écrans. Ce ressenti est nettement atténué pour les infirmières plus jeunes qui intègrent l'ordinateur au temps du soin et parviennent en quelque sorte à voir simultanément le patient et l'écran et donc à établir immédiatement un lien avec les informations de son dossier.

Les cadres rencontrés au cours des travaux de la chambre apprécient l'apport d'un logiciel patient unique et bien paramétré en termes de sécurité des soins, grâce aux vérifications obligatoires et alertes. Ils aimeraient qu'un certain nombre d'étapes soient bloquantes afin d'imposer le respect des protocoles. Ils appellent de leurs vœux un fonctionnement plus fluide et portable au sein de l'hôpital, autorisant un infirmier à ouvrir une session sur n'importe quel poste de l'hôpital, ce qui faciliterait les remplacements et suppléances. L'ergonomie pourrait être encore améliorée à l'aide d'un système de dictée vocale, car entrer les données manuellement reste chronophage. Enfin de nombreux services conservent une partie du dossier sous format papier, invoquant les habitudes des équipes et la crainte des pannes du logiciel. Le besoin des équipes, dans leur mode d'organisation, de disposer d'un support papier se comprend. Il serait préférable en revanche que les données contenues dans ce dossier papier coïncident avec celles du logiciel et, pour cela, qu'elles proviennent de la même source : une fonctionnalité d'édition des données souhaitées par les équipes pourrait être utilement développée.

5.2.1.3 Les transmissions, réduites donc ciblées

Du fait de la réforme de l'organisation du temps de travail, le temps dévolu aux transmissions a été réduit. L'organisation en 7 h 36/7 h 36/10 heures laisse 72 minutes de chevauchement soit 24 minutes de transmission par équipe, et celle en 7 h 30/7 h 30/10h, 60 minutes soit 20 minutes par équipe. La traditionnelle transmission écrite a pu être informatisée dans certains hôpitaux, notamment ceux ayant déployé le module correspondant du logiciel patient. De plus, elle a été raccourcie au profit d'une transmission orale ciblée sur certains patients et sur les faits significatifs. L'hôpital Mondor indique ainsi avoir travaillé sur l'articulation entre transmissions écrite et orale afin d'éviter les doublons et d'optimiser le temps de transmission. Certains intervenants regrettent néanmoins la contraction d'un temps important pour la vie des équipes soignantes et déplorent par exemple que ces temps de chevauchement entre équipes ne puissent plus être consacrés à la formation au fil de l'eau des équipes soignantes, dispensée par les personnels médicaux.

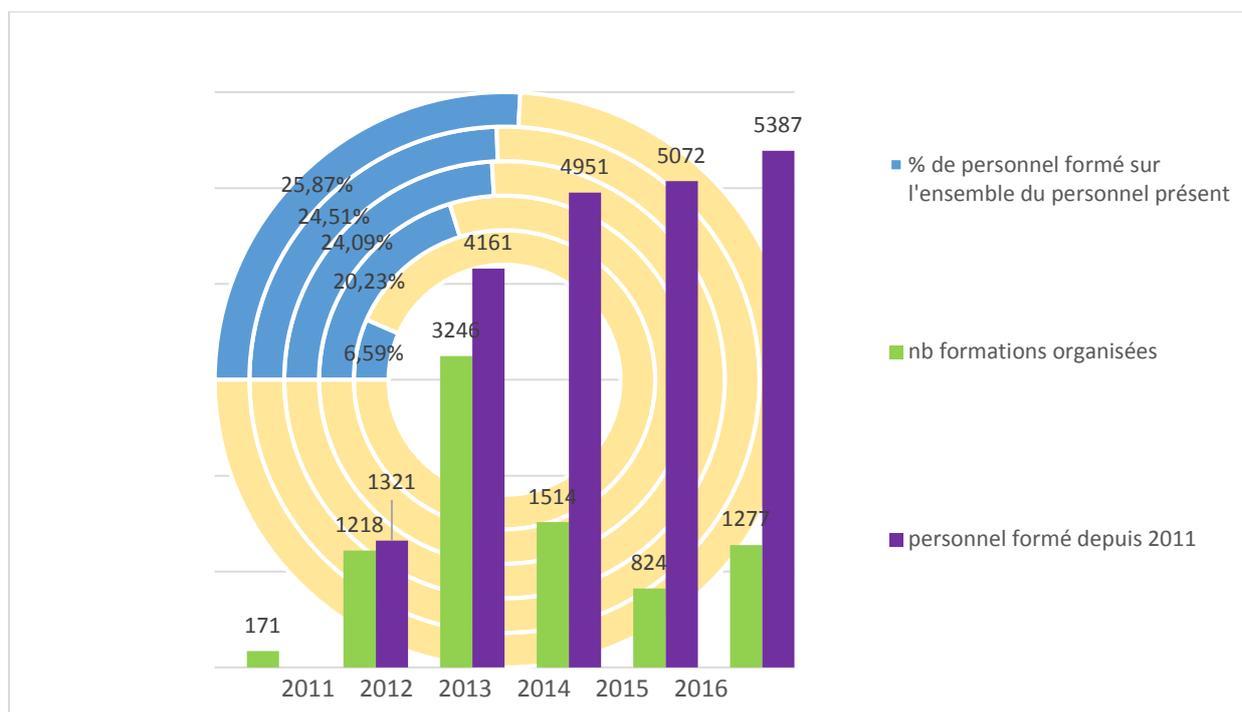
5.2.2 La stratégie de lutte contre les événements indésirables et le développement d'une culture de l'erreur

La sécurisation de la dispensation du médicament est l'un des axes majeurs investis par l'AP-HP pour améliorer les soins. À la suite d'un audit de l'IGAS sur le circuit du médicament à l'AP-HP en 2010 et du constat que les erreurs d'administration médicamenteuse constituaient l'une des causes fréquentes d'événements indésirables liés aux soins, parfois graves, l'AP-HP a, par une note de novembre 2011, rendu exigible la formation à la sécurisation de l'administration médicamenteuse, à l'issue de tests.

5.2.2.1 La sécurisation de la dispensation du médicament : un investissement soutenu pour enrayer un risque majeur

Un effort conséquent de formation a par conséquent été assuré, en particulier durant l'année 2013. La formation ne se destinait pas aux seuls infirmiers mais ceux-ci constituent les trois quarts du public. Un nombre jugé trop important d'infirmiers, notamment d'infirmiers en sortie d'école, ne maîtrisaient pas les règles de calcul de proportionnalité et commettaient par conséquent des erreurs de dosage des médicaments, d'autant que bon nombre n'avaient pas le sens de la mesure et ne détectaient pas les résultats potentiellement aberrants de leurs dosages erronés par simple ordre de grandeur.

Graphique n° 13 : Effectifs infirmiers ayant suivi au moins une formation à la sécurisation de l'administration médicamenteuse.



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Le pourcentage de personnel infirmier formé tend à plafonner dans la mesure où une partie des agents formés quitte ensuite l'AP-HP. En d'autres termes, l'AP-HP est obligée de poursuivre année après année son effort de formation pour répondre au besoin (lequel n'équivaut pas à l'ensemble des infirmiers puisque tous ne nécessitent pas de rattrapage).

L'exigence de formation va de pair avec des outils destinés à accompagner la démarche : des logigrammes ont été élaborés et leur affichage rendu obligatoire à proximité des postes de soins, un film a été réalisé, des recommandations de bonnes pratiques en la matière ont été diffusées. Enfin, un groupe de travail a été constitué en 2011 sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Cependant, ce groupe n'a compris jusqu'en 2014 aucun représentant des infirmiers, les principaux concernés.

5.2.2.2 L'instauration d'une culture de l'erreur positive

Cette action destinée à endiguer les erreurs de dosage participe de la mise en place d'une véritable culture de « l'erreur positive ». Mise en œuvre dans les organisations visant un haut niveau de fiabilité, la culture de l'erreur consiste à ne pas laisser passer une erreur en tant qu'elle est porteuse et révélatrice d'informations capitales, et à appréhender l'erreur non en se focalisant sur la personne et donc sur des notions de faute ou de culpabilité, dans une optique de sanction, mais sur les conditions de survenue de l'erreur, en tant que l'organisation et ses défaillances en ont permis la commission³⁵. Les personnels infirmiers formés disent en effet dans les retours sur lesdites formations qu'ils se sentent « [incités à] oser signaler tous les événements indésirables » et qu'ils aspirent à « développer une culture qualité et la culture du doute³⁶ ».

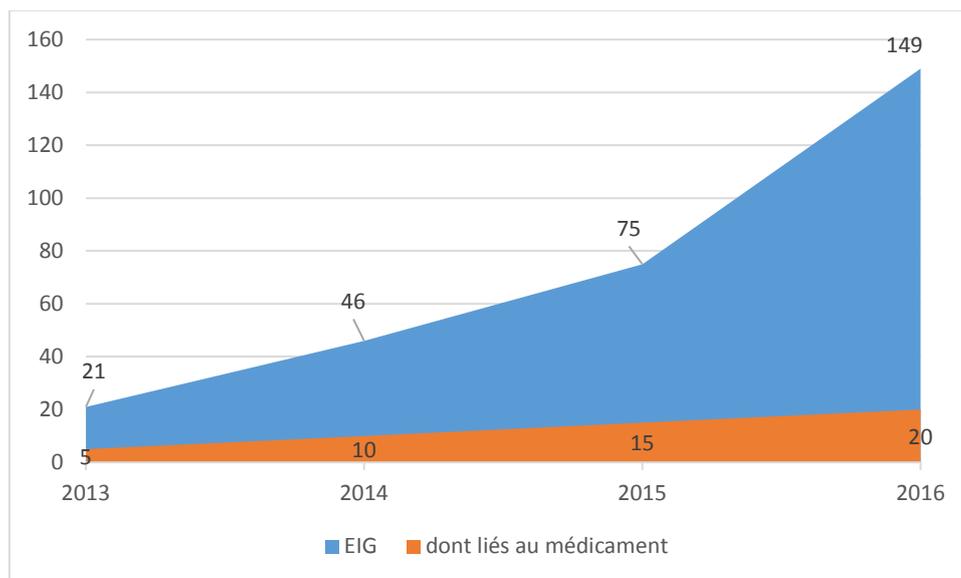
Ainsi a été lancée en 2014 une campagne de sensibilisation à la déclaration des événements indésirables graves (EIG), accompagnée d'un renforcement de l'analyse de ses erreurs et d'un accompagnement des personnes à l'origine de l'erreur, considérées comme « deuxième victime », et le projet de soins 2015-2019 voit inscrit dans ses actions d'augmenter le nombre de signalements. Afin d'assurer l'effectivité de cette incitation, l'APHP a fixé le cadre éthique dans lequel se font ces déclarations : l'institution s'est ainsi engagée à travers une charte à accompagner et à ne pas sanctionner les professionnels de santé qui signalent un incident grave (à condition qu'il n'y ait pas de manquement délibéré aux règles de sécurité), lesquels en contrepartie doivent faire preuve de transparence et d'empathie vis-à-vis du patient comme de ses proches et veiller au respect de ses droits.

Dès lors, la nette augmentation du nombre d'événements indésirables graves ne doit pas être interprétée comme un indice de dégradation de la qualité des soins mais bien comme le signe de l'adhésion à cette démarche. Constitue un événement indésirable grave les événements indésirables classés en gravité trois, quatre ou cinq. La gravité quatre implique une menace sur le pronostic vital, un passage en réanimation et/ou au bloc opératoire ; la gravité cinq est synonyme de décès. Les événements indésirables graves sont déclarés via une application informatique.

³⁵ Également appelée culture de l'erreur positive. L'erreur est bien entendue à distinguer de l'erreur répétée, de la faute grave ou lourde et de la faute intentionnelle, toutes devant continuer d'être sanctionnées.

³⁶ Bilan de formation du 27 juin 2016.

Graphique n° 14 : Nombre d'événements indésirables graves déclarés



Source : AP-HP, calculs de la chambre

La formation aux erreurs de dosage semble porter ses fruits puisque le pourcentage d'événements indésirables graves liés à l'administration (cette catégorie dépassant les seules erreurs de dosage pour inclure les erreurs de produits, les réactions à un médicament comme les chocs anaphylactiques, etc.) d'un médicament diminue drastiquement. De première cause d'événements indésirables graves l'administration médicamenteuse a reculé en 2016 au 3^{ème} rang derrière les incidents de prise en charge et les chutes.

5.2.2.3 Des pratiques infirmières moins sujettes à réclamation

De manière générale les griefs à l'encontre du travail des infirmiers paraissent décroître, si l'on se réfère aux réclamations adressées à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Alors que le nombre de réclamations augmentent sur la période de 22,5 %, plus rapidement que l'activité, les motifs de réclamations en lien avec le travail infirmier diminuent tant en valeur absolue qu'en proportion.

Tableau n° 23 : Motifs de réclamation analysés par la CRUQPC liés ou partiellement liés à la pratique infirmière

		2011	2012	2013	2014	2015
relations avec les soignants	nb de motifs de réclamations	367	432	367	353	419
	% des réclamations	7,3%	7,9%	6,8%	6,2%	6,8%
prise en charge de la douleur	nb de motifs de réclamations		133	157	114	133
	% des réclamations		2,4%	2,9%	2,0%	2,2%
coordination interne dans la chaîne de soins	nb de motifs de réclamations		261	240	124	96
	% des réclamations		4,8%	4,5%	2,2%	1,6%
divergence sur les actes paramédicaux	nb de motifs de réclamations		310	211	47	35
	% des réclamations		5,7%	3,9%	0,8%	0,6%
bienveillance	nb de motifs de réclamations				158	159
	% des réclamations				2,8%	2,6%
respect dignité et intimité	nb de motifs de réclamations			27	29	52
	% des réclamations			0,5%	0,5%	0,8%
Réclamations totales		5009	5455	5373	5683	6136
% des réclamations liés à des motifs infirmiers			20,8%	18,6%	14,5%	14,6%

Source : AP-HP, calculs de la chambre

Les différents outils mis en place et les procédures engagées ont donc vraisemblablement contribué, au regard des indicateurs disponibles, à une amélioration de la prise en charge infirmière.

5.3 L'absentéisme

5.3.1 Un absentéisme en augmentation récente

L'absentéisme a fluctué au cours de la période examinée : d'un niveau relativement élevé en 2011, il diminue sensiblement en 2012 aussi bien en nombre d'agents concernés qu'en jours par agent. Il remonte ensuite progressivement pour retrouver en 2015 le niveau atteint en 2011.

Tableau n° 24 : Absentéisme des infirmières tous motifs confondus

	% d'infirmiers comptabilisant au moins une journée d'absence	nb moyen de jours d'absence par infirmier	Équivalence en ETP ³⁷ des jours d'absentéisme
2011	66%	23,9	59,3
2012	62%	22,3	58,4
2013	64%	23,2	61,5
2014	65%	23,3	62,8
2015	69%	23,6	67
2016	71%	25,1	69,6

Source : AP-HP, calculs de la chambre

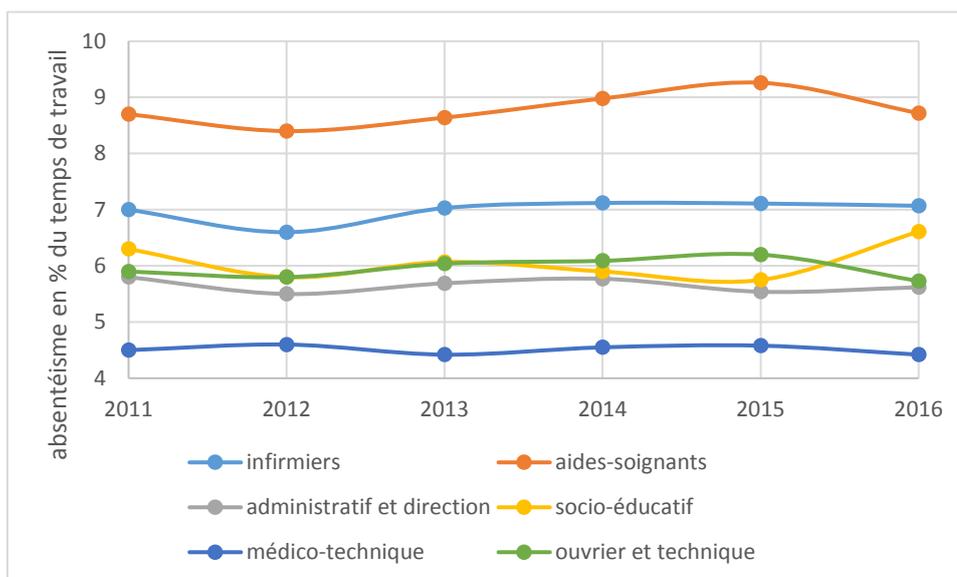
La véritable rupture s'est produite en 2016, année où le nombre de jours d'absence par agent a augmenté nettement. La tendance se confirme en 2017. Rapporté à leur quotité de travail respective, les absences représentent 7,07 % du temps de travail infirmier en 2016, soit un peu plus que la moyenne de l'AP-HP établie à 6,92 %³⁸. Il s'agit de la deuxième catégorie de personnel la plus touchée par l'absentéisme, la première place revenant aux aides-soignants. Tous motifs d'absence confondus et pour l'ensemble du personnel non médical, l'AP-HP se classe 11^{ème} sur 31 CHU en 2017; l'absentéisme y est donc inférieur à la moyenne des CHU³⁹.

³⁷ Sur le fondement de 213 jours de travail annuels, correspondant au régime en 7h30 de jour, le plus courant en 2016.

³⁸ Chiffres du bilan social.

³⁹ Enquête inter-CHU sur l'absentéisme de la commission des DRH de CHU, CHU de Poitiers, 2018

Graphique n° 15 : Absentéisme comparé des différentes catégories de personnel



Source : AP-HP, calculs de la chambre

Si l'écart entre le taux moyen d'absentéisme à l'AP-HP et le taux d'absentéisme propre aux infirmiers de l'AP-HP tient partiellement à la féminisation importante des professions soignantes (puisque l'ensemble des absences, y compris les congés maternité, sont pris en compte), il ne s'y réduit pas : à l'évidence la pénibilité propre aux soins y participe.

Tout au long de la période jusqu'en 2017 inclus, l'augmentation est portée par la croissance de l'absence pour maladie ordinaire ainsi que par les absences de longue durée, pour longue maladie essentiellement. Les pathologies professionnelles (accidents du travail et maladie contractée pendant le service) demeurent quant à elles stables.

Tableau n° 25 : % d'infirmiers ayant posé au moins un jour pour :

	maladie ordinaire	pathologies professionnelles	absences longues	parentalité
2011	46,07%	4,58%	2,11%	13,40%
2012	42,85%	4,14%	1,93%	13,04%
2013	43,75%	4,43%	1,99%	13,44%
2014	45,74%	4,14%	2,41%	12,72%
2015	49,49%	4,36%	2,84%	12,20%
2016	51,22%	4,32%	3,05%	12,46%

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Si l'absentéisme pour maladie ordinaire touche davantage d'agents, en revanche les arrêts se révèlent plus courts.

Tableau n° 26 : Dispersion en jours de l'absentéisme pour maladies ordinaires

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1er quartile	4	4	4	3	3	3
médiane	9	9	9	9	8	8
moyenne	20,5	21,0	21,3	21,0	19,1	19,2
3ème quartile	25	25	27	25	22	23
dernier décile	56	56	61	58	50	53

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

À ce titre, l'instauration entre 2012 et 2014 d'un jour de carence paraît avoir exercé un effet relativement limité : si les arrêts de moins de six jours ont légèrement diminué, les arrêts longs ont crû en proportion.

Tableau n° 27 : Fréquence et durée des absences par catégorie d'infirmières

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	nb absences	1,23	1,21	1,81	1,91	1,92	1,92
	jours d'absence	24,86	23,40	24,13	24,72	24,74	26,65
IBODE	nb absences	1,23	1,26	2,04	2,07	2,22	2,18
	jours d'absence	23,45	22,93	25,42	20,98	25,05	22,66
IADE	nb absences	1,04	1,13	1,83	1,88	1,85	1,93
	jours d'absence	19,09	17,37	20,79	20,45	18,99	20,63
puer	nb absences	1,21	1,30	1,97	2,04	2,05	1,91
	jours d'absence	25,67	28,10	26,85	24,96	27,71	26,07

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

L'absentéisme des IBODE et des IADE est moindre que celui des autres catégories. Le raccourcissement de la durée des absences est tangible pour toutes les catégories d'infirmiers à partir de 2013, qui en revanche ne présentent pas les mêmes évolutions, notamment en 2016 : la recrudescence de l'absentéisme est essentiellement due aux IDE, et secondairement aux IADE. En revanche les IBODE et les puéricultrices voient leur absentéisme diminuer. Il s'agit de catégories dont les modalités d'organisation du temps de travail ont été peu modifiées par l'OTT car déjà relativement à part.

5.3.2 La lutte contre l'absentéisme, une stratégie balbutiante

La recrudescence de l'absentéisme a amené l'AP-HP à élaborer au niveau central son premier plan de lutte contre l'absentéisme. La première étape de ce plan consiste à recenser les outils d'analyse permettant d'établir un diagnostic et d'identifier les déterminants de l'absentéisme. Parmi ceux-ci, font l'objet d'une attention particulière les « déterminants organisationnels et managériaux » de l'absence, que sous-tend l'idée de l'absentéisme comme révélateur. Le plan d'action a été élaboré dans le cadre d'un travail commun prévu initialement avec l'ANACT, puis porté par la seule AP-HP, et présenté en comité technique d'établissement central d'octobre 2018.

L'AP-HP accuse donc un certain retard en la matière et semble n'avoir disposé jusqu'à récemment ni d'une connaissance fine du phénomène ni des outils adéquats : le partage des données fait partie des objectifs affichés et le croisement des bases de données (pourtant fort riches) vient seulement de faire l'objet d'une première étude. Des tableaux de bord de suivi avec un détail par agent ne sont disponibles que depuis 2016. La question de l'absentéisme est abordée avec une méthodologie ouverte : ainsi l'élaboration du plan d'action obéit à une logique du bas vers le haut puisqu'il s'agit de « mettre en commun les initiatives entreprises » et de « diffuser les bonnes pratiques ». De même, les actions à venir seront d'abord expérimentées et évaluées avant d'être généralisées. De fait, l'AP-HP considère que le suivi de l'absentéisme relève des groupes hospitaliers auxquels il appartient d'élaborer des plans d'action locaux.

En effet, les hôpitaux de l'échantillon disposent de plan locaux de lutte contre l'absentéisme. Cependant, au-delà des aspects basiques tels que le suivi des absences injustifiées ou l'accompagnement des agents de retour d'une absence longue, sur les trois hôpitaux visités, deux se trouvent également en phase de diagnostic : le GH de l'Est parisien (Tenon) a mis en place un groupe de travail et l'hôpital Mondor a instauré un comité de pilotage chargé de travailler sur la promotion du présentéisme et de présenter un plan d'action. L'hôpital Paré dispose d'une politique plus aboutie, orientée sur le contrôle des arrêts médicaux et des accidents du travail. En son sein, comme au sein d'autres groupes hospitaliers a été instaurée

une modulation de la prime de service en fonction de l'absentéisme, ou plus exactement du présentéisme des agents. Cette modulation est barémisée à l'hôpital Paré à hauteur de 100 euros pour les agents n'enregistrant aucun jour d'absence sur le semestre de référence.

5.4 La condition infirmière

5.4.1 Les infirmières, une population exposée aux risques professionnels

Les personnels infirmiers constituent une population à risque : les infirmiers de soins généraux sont au deuxième rang des catégories les plus touchées, derrière les aides-soignants, et ont même atteint le premier rang en 2015, atteint également sur la période sous revue si l'on considère l'ensemble des infirmières.

Tableau n° 28 : Nombre de personnels ayant déclaré un accident du travail

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	2814	2492	2663	2880	2879	2540
IBODE	138	141	119	118	115	123
IADE	75	62	63	58	63	133
cadre	116	94	106	92	93	126
puer	39	34	42	44	37	40
total infirmiers	3182	2823	2993	3192	3187	2962
Total APHP	8265	7836	8080	8301	8873	8597
% des AT subis par les infirmiers	38,5%	36,0%	37,0%	38,5%	35,9%	34,5%

Source : AP-HP, calculs de la chambre

Si le nombre d'accidents du travail demeure relativement stable, la durée de l'arrêt correspondant tend à s'accroître légèrement.

Tableau n° 29 : Nombre de jours pris par les infirmières (hors cadres)

	accident du travail	maladie contractée en service
2011	35 470	4 638
2012	30 947	4 063
2013	35 193	3 403
2014	32 332	4 128
2015	35 219	6 141
2016	37 926	6 179
évolution 2011 - 2016	7%	33%

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

5.4.2 La prévention des risques professionnels, une démarche complète et aboutie

En matière de risques professionnels l'employeur est tenu, conformément à l'article L. 4121-1 du code du travail, de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs et à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances, ce qui implique une révision annuelle des documents de prévention que sont le document unique d'évaluation des risques et le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Il est aussi tenu à la production d'un rapport annuel qui fait le bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail et les actions menées au cours de l'année écoulée (articles L. 4612-16 et L. 4612-17 du code du travail). L'actualisation annuelle de ces documents est globalement respectée, avec parfois quelques exceptions : le programme

annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) n'a pas été réactualisé en 2013, et le dernier rapport de la médecine du travail transmis couvre l'année 2015 et le premier semestre de 2016.

Le PAPRIACT s'avère particulièrement complet : il intègre le risque d'exposition aux poussières d'amiante, les troubles musculo-squelettiques (TMS), l'exposition aux risques chimiques, aux risques biologiques, aux risques psychosociaux, aux risques ionisants, aux poussières d'amiante et au risque d'incendie. Il ne comprend pas de volet spécifique aux infirmiers mais procède par type de tâches effectuées, dont quelques-unes peuvent être spécifiquement infirmières.

La prévention des risques professionnels passe également par une contractualisation interne et externe. Parallèlement aux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) promus par les ARS et financés par le fonds régional d'intervention, l'AP-HP a déployé son propre dispositif de contractualisation via un appel à projets, baptisés contrats d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail (CLASS), auquel elle a consacré une enveloppe de 1,5 M€. Les projets sélectionnés sont cofinancés à 50 % par l'AP-HP centrale.

Trois des risques susmentionnés ont été particulièrement investis ces dernières années. Les troubles musculo-squelettiques ressortent des thématiques d'amélioration des conditions de travail privilégiées par l'ARS qui a en conséquence axé son action sur le financement de matériel de prévention. L'AP-HP a ainsi obtenu dans le cadre des CLACT pour l'ensemble des établissements 18 207 tapis de rehaussement, 153 matelas de transfert et 238 timons motorisés afin de soulager les soignants lors du port de charges ou de patients, et des démarches de soins nouvelles visant à limiter la manutention des patients. A également été institué un référent TMS (troubles musculo-squelettiques) pour mener des actions de prévention dans l'ensemble des hôpitaux. L'hôpital Mondor constate que les accidents de travail par effort de soulèvement sans aide mécanique ont diminué et occupent désormais la 3^{ème} place derrière les accidents d'exposition au sang et les chutes et glissades.

Le risque chimique a également été exploré, essentiellement via des actions de formation et des groupes de travail, mais aussi de travaux de mise aux normes pour le stockage des produits chimiques, cofinancé par le contrat d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, à l'hôpital Mondor.

Enfin, les risques psychosociaux ont été largement investis par les hôpitaux avec pour objectif premier de les définir précisément pour en surveiller et anticiper la survenue. Le premier plan de prévention des risques psycho-sociaux (RPS) a été lancé en 2010, centré sur la méthodologie d'identification des RPS. Afin de le mettre en œuvre ont été institués des comités de pilotage central et locaux associant les élus du CHSCT. Ont été ainsi élaborés en amont un référentiel d'indicateurs de diagnostic, un guide d'identification et d'évaluation des RPS ainsi qu'un guide de prévention de la violence, et des plaquettes d'information des personnels indiquant comment réagir lorsque l'on subit un RPS ou qu'on le repère chez un collègue. Deux ateliers de formation sont venus compléter cette démarche, l'un à la sensibilisation aux RPS suivi par 24 équipes, l'autre à la conduite d'un projet de prévention des RPS suivi par 18 équipes, soit la majorité des hôpitaux. Sur ce fondement, les hôpitaux déploient leur politique de prévention, inspirée de ce cadrage central. Ainsi l'hôpital Paré suit-il régulièrement une batterie d'indicateurs relatifs aux accidents du travail, à l'absentéisme pour raisons de santé, aux actes de violence envers le personnel, aux maladies professionnelles, aux visites médicales sollicitées par le personnel et aux déclarations d'événements indésirables. L'hôpital Mondor quant à lui a retenu trois axes qui sont la gestion de l'agressivité et de la violence, la prévention des addictions et la formation pour sensibiliser aux RPS. Une équipe spécifique Ergopact a été créée, que les cadres peuvent solliciter. Tenon enfin a développé et diffusé une procédure de signalement des situations de RPS, et œuvre à créer du lien et de la solidarité au sein des équipes par le biais de financements de projets d'équipes de soins (art-thérapie, shiatsu, boxe...).

Une fois le risque psychosocial réalisé, le service central de santé au travail de l'AP-HP propose des consultations de psychologie clinique (voir ci-après son activité) ainsi qu'une cellule paritaire d'analyse et de prévention des suicides et tentatives de suicide.

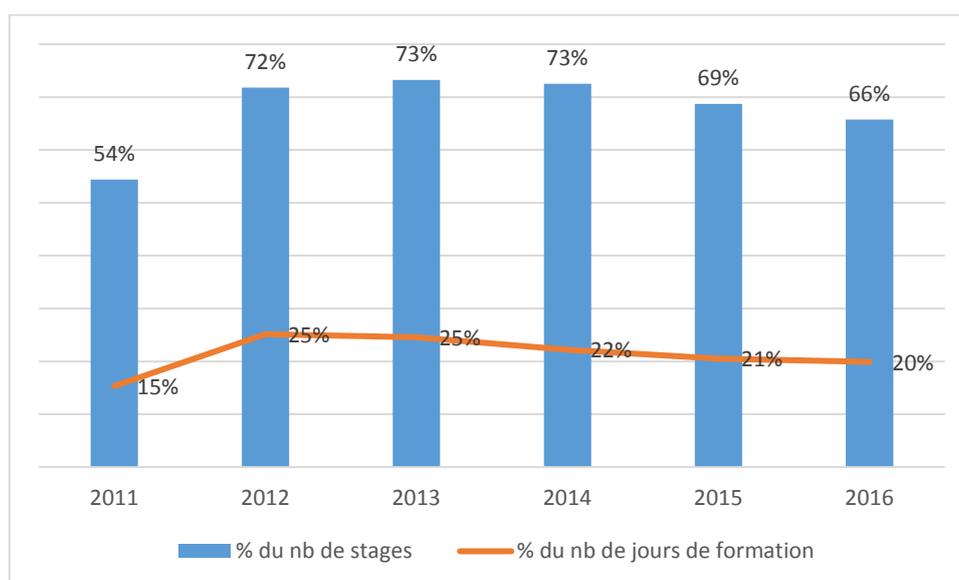
La prévention des risques professionnels ressort comme un exemple d'articulation pertinente entre un niveau central qui définit les cadres et propose des outils, et un niveau local qui fait preuve d'initiatives variées et développe des approches différentes en fonction des établissements. Les interlocuteurs rencontrés témoignent de leur sentiment d'être correctement outillés pour appréhender ces risques.

5.4.3 Le nouveau diplôme infirmier de 2009 et le changement de profil des infirmiers sortis d'école

Le diplôme infirmier a connu une importante réforme en 2009 modifiant le contenu et les attendus de la formation afin de l'insérer dans le cadre européen dit LMD (licence – master – doctorat) et de l'ériger en cursus universitaire. Les premiers infirmiers issus de ce nouveau diplôme sont sortis d'école en 2012 et les interlocuteurs rencontrés s'accordent majoritairement sur le constat d'une différence avec les infirmiers issus de l'ancien diplôme. L'universitarisation a conduit à mettre l'accent davantage sur les savoirs théoriques que sur les savoirs pratiques et à réduire le temps consacré aux mises en situation au cours de la formation. En outre, le nombre de stages a été réduit, en particulier le stage de préprofessionnalisation, qui intervenait en fin de l'ancien cursus, a disparu, tout comme le circuit de stages obligatoires.

De ce fait, les hôpitaux estiment que « les IDE nouvellement diplômés n'ont pas réalisé tout le socle de base des activités techniques nécessaires à la prise en charge des patients » et qu'ils éprouvent des difficultés à établir des liens entre savoirs théoriques et pratiques. Cette moindre employabilité à court terme implique une intégration plus longue et un temps de doublure plus important sur les gestes de base, d'où un surcoût salarial. En d'autres termes, des compétences considérées comme essentielles par les infirmiers issus de l'ancien diplôme et nécessaires dès la prise de poste, telles que la maîtrise du risque transfusionnel, la tenue du dossier de soins ou les calculs de dose, doivent faire l'objet de formations. De fait, le nombre de formations relevant de l'adaptation immédiate au poste a connu un brusque accroissement à compter de 2012 :

Graphique n° 16 : Part des formations d'adaptation immédiate au poste



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

L'adaptation nécessaire des nouveaux infirmiers n'est en outre pas facilitée par la réduction de la durée moyenne de séjour et la densification du temps de travail qui réduisent la disponibilité du reste de l'équipe pour l'accompagnement du nouvel arrivant.

La nouvelle formation, plus théorique, est également davantage centrée qu'auparavant sur le développement de la capacité à apprendre, d'où une plus grande hétérogénéité du niveau de des diplômés. Certains intervenants notent en outre que la détection des erreurs d'orientation est repoussée et que cette prise de conscience peut intervenir après l'obtention du diplôme si l'étudiant présente des aptitudes académiques mais peu d'appétence pour le soin concret.

Si l'employabilité immédiate a pâti de la réforme de la formation infirmière, en revanche les intervenants rencontrés constatent la montée du niveau universitaire qui amène ces jeunes diplômés à envisager plus précocement une promotion et à aspirer plus nombreux aux postes d'encadrement, ainsi qu'à manifester une plus grande appétence pour la recherche. La nouvelle approche de la formation, qui procède non plus par organe mais par symptôme, est également appréciée en tant qu'elle ouvre sur une démarche holistique jugée plus en phase avec les exigences des soins, et contribue au raisonnement clinique partagé apprécié des équipes soignantes.

Aux effets de la réforme s'ajoutent ceux du changement générationnel : les nouveaux infirmiers n'adhèrent plus à la perspective d'occuper un poste à vie et souhaitent élargir leur panel de compétence, d'où une mobilité accrue. Par conséquent, en raison de la rotation croissante des personnels, le temps passé à former les nouveaux arrivants augmente, ce qui peut se révéler démotivant pour les infirmiers en place depuis longtemps.

Enfin, si le modèle sacerdotal de l'infirmière entièrement dévouée aux soins n'a plus cours, aucune baisse de la vocation ou de la conscience professionnelle des nouveaux infirmiers par rapport aux anciens n'est rapportée.

5.4.4 Le « malaise » infirmier, patent pour une minorité et latent pour la profession

La question de l'existence éventuelle d'un malaise infirmier, selon l'expression médiatiquement consacrée, a été posée sous une formulation identique⁴⁰ à l'ensemble des interlocuteurs rencontrés. Deux d'entre eux ont répondu par la négative, un par l'affirmative, tous les autres ont produit une réponse nuancée. Pour plusieurs d'entre eux le malaise concerne moins les infirmiers que d'autres catégories de soignants, en particulier les aides-soignants pour lesquels se poseraient des problèmes de recrutement, de moindre compétence, d'absentéisme et parfois de motivation, problèmes qui rejailliraient sur les infirmiers en fatigant les équipes. D'autres évoquent un malaise hospitalier en général et incriminent le système de financement productiviste instauré par la T2A et le gel des salaires.

Différentes causes ont été avancées au cours des entretiens pour expliquer, sinon le malaise infirmier, du moins le malaise ressenti par certains infirmiers. Reviennent fréquemment la pression permanente induite par la contrainte budgétaire ubiquitaire et la densification du temps de travail. En raison de mesures d'économie, les postes ont été rendus ou gelés, mais l'AP-HP a tenu à préserver les postes présents au lit du malade : les compressions d'effectifs se sont donc portées sur les postes des services support. Dès lors, les problèmes matériels du quotidien, peu ou pas graves mais répétés et ressentis comme croissants, exaspèrent d'autant plus les équipes soignantes (infirmiers compris) que le temps est contraint.

Certains interlocuteurs perçoivent la question du malaise comme locale et conjoncturelle, étroitement dépendante de l'ambiance au sein de chaque équipe de soins et de la qualité du management ; ils soulignent cependant que du fait de la rationalisation des effectifs, il n'existe plus de postes où isoler les personnalités difficiles, de voies de garage en quelque sorte.

⁴⁰ « Y a-t-il selon vous un malaise infirmier ? »

La modification des conditions d'exercice est souvent évoquée comme source d'une perte du sens du métier infirmier : les infirmières passent moins de temps non seulement avec le malade, à écouter et accompagner les patients, du fait de la réduction des durées moyennes de séjours et de l'augmentation ressentie des tâches annexes, mais aussi moins de temps avec le même malade, qu'ils n'ont plus l'opportunité de suivre : tandis que les infirmiers changent de poste d'un jour sur l'autre, les patients tournent, passent plus vite d'un service à l'autre, de même qu'ils changent continuellement de chambre du fait de l'impératif de taux d'occupation élevés. Distendue, la relation avec le patient se fait aussi tendue : les patients sont perçus comme moins patients, plus exigeants et moins enclins à manifester leur reconnaissance. L'impression se dégage chez les soignants que les patients attendraient un niveau de service comparable à des prestations hôtelières. L'ambulatoire présente à cet égard l'avantage de laisser le patient libre de ses mouvements, donc moins contrarié.

S'ajoutent à cela des causes spécifiques à l'AP-HP que sont les contraintes de la vie francilienne et la perception de restructurations incessantes. À cet égard, la réforme de l'organisation du temps de travail a suscité des récriminations qui se traduisent par des grèves et manifestations de mécontentement (voir infra). Les cadres infirmiers rapportent que la réduction du nombre de jours de RTT induite par les nouveaux horaires, rend plus difficile pour les agents de prendre deux jours de repos consécutifs lorsqu'ils travaillent le week-end.

Ce malaise évoqué et invoqué se laisse appréhender de manière objective à travers un faisceau d'indices dont l'évolution du nombre de jours de grève, les heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées, l'évolution de l'absentéisme et l'activité du service de santé au travail.

Quoique la grève puisse constituer un signal de malaise, l'explosion de la conflictualité en 2015 et 2016 tient essentiellement aux mouvements de protestation massifs contre la réforme de l'OTT.

Tableau n° 30 : Jours de grève recensés par la DRH centrale de l'AP-HP

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
mouvement national	grévistés absents	15			71	306	724
	assignés	91			110	342	1242
	présents	7231			488	2832	13183
mouvement central	grévistés absents					201	
	assignés					1031	
	présents					10469	
mouvement local	grévistés absents					2	5
	assignés					7	10
	présents					10	21

Source AP-HP

Les données ci-dessus ne sont pas exhaustives : en effet les services centraux comptabilisent les jours de grève mais ne suivent pas nécessairement les grévistes par catégorie. Cette information serait pourtant pertinente pour suivre plus finement la conflictualité et donc les sujets sensibles en fonction des catégories.

L'augmentation de l'absentéisme relèvent, tout comme le taux de rotation, de signaux diffus. À ce titre les puéricultrices conjuguent un absentéisme plus élevé et un taux de rotation rapide, ce qui peut être interprété comme un signal d'alerte.

Ces signaux diffus trouvent occasionnellement à se cristalliser dans des situations de forte tension individuelle, sur lesquelles les bilans de l'unité de psychologie clinique du service central de santé au travail offrent un aperçu partiel qui, au demeurant, ne se limite pas aux seuls infirmiers.

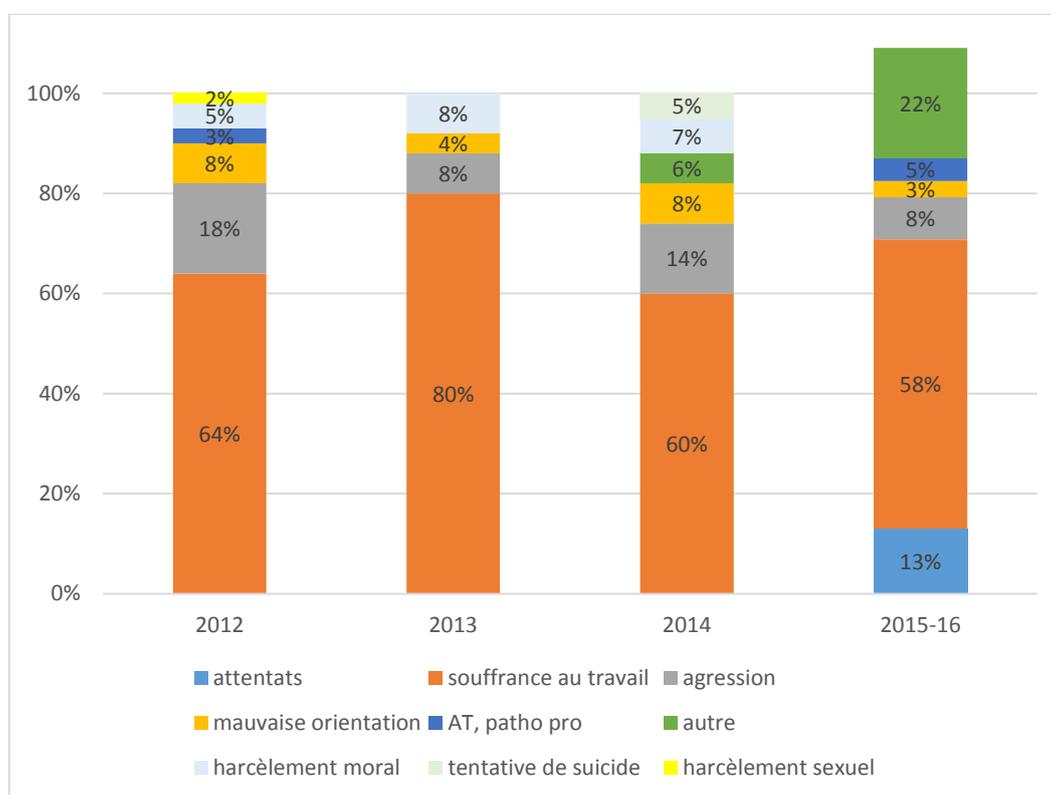
Tableau n° 31 : Bilan du service central de santé au travail – unité de psychologie clinique

		2012	2013	2014	2015-16
entretiens individuels	nb agents concernés	83	48	70	154
	nb séances	203	151	234	355
débriefing	nb agents concernés	82	98	41	133
	nb séances	1	3	3	1
groupes de parole	nb agents concernés	33	14	11	30

Source : AP-HP, calculs de la chambre

Comme mentionné précédemment, le rapport 2015 porte sur l'année 2015 et le premier semestre de 2016. Nonobstant, une nette augmentation des consultations individuelles se manifeste. L'activité des groupes de paroles et débriefings est plus erratique et davantage liée à des événements ponctuels. Les chiffres des années 2015-2016 reflètent certes l'impact des attentats de 2015, mais ces derniers n'ont été le motif que d'un nombre relativement limité de consultations.

Graphique n° 17 : Motifs des entretiens individuels menés par l'unité de psychologie clinique



Source : AP-HP, calculs de la chambre

Le total peut dépasser 100% si la consultation présente plusieurs motifs

La souffrance au travail demeure donc le premier motif de consultation, et sa stabilité en termes de pourcentage ne masque pas son augmentation absolue. Rien n'indique que la hausse soit liée à une promotion de ce service. Il existe donc un véritable malaise pour un nombre certes réduit mais croissant d'agents, et des sources de tension qui se cumulent et s'accroissent à l'échelle de l'ensemble des infirmiers. L'AP-HP attribue ces tensions à trois facteurs : ceux propres à l'AP-HP (réforme de l'OTT, révision des dotations en effectifs), ceux liés à l'évolution de l'univers hospitalier (raccourcissement des durées moyennes de séjour, alourdissement des prises en charge), enfin ceux relatifs aux conditions de vie en région parisienne (logement, temps de transports), tous ces facteurs « [pesant] aussi sur l'exercice

professionnel d'agents dont le niveau de rémunération est comparativement plus faible et pour lesquels les leviers de valorisation financière sont quasiment inexistantes ».

6 LA FORMATION DES PERSONNELS INFIRMIERS

6.1 La formation professionnelle

Conformément au décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, chaque établissement hospitalier doit élaborer un document pluriannuel d'orientation de la formation. Cette obligation est assurée à l'AP-HP par le niveau central.

Le décret précité prévoit que ce document d'orientation « est fondé sur l'analyse de l'évolution des effectifs, des emplois, des compétences et des missions de l'établissement, en lien avec le projet d'établissement et son volet social. Il porte sur les priorités, les objectifs et les moyens de la formation professionnelle des agents au regard de ces évolutions ». Les orientations pluriannuelles de formation 2013-2015 comme celles pour 2016-2019 sont bien articulées aux priorités nationales et à celles du projet d'établissement, en particulier le projet de soins. Les dispositifs de formation sont hiérarchisés en trois priorités que sont les formations institutionnelles exigibles, relatives à un sujet défini comme stratégique, les formations à recommandation institutionnelle qui « concernent le développement du professionnalisme, en lien avec le cœur de métier, le maintien des compétences fondamentales » et les formations à initiative des établissements : selon leurs propres besoins et priorités. Ces dernières incluent les formations réglementaires obligatoires dont le respect dépend des établissements, ainsi que les actions de remise à niveau.

Si les priorités sont identifiées et définies, en revanche les orientations de formation ne comprennent aucune partie consacrée au diagnostic et à l'analyse de l'existant. L'AP-HP envisage d'intégrer ce travail d'analyse au volet formation du prochain projet social.

Ce document de cadrage généraliste trouve sa déclinaison opérationnelle dans les plans locaux de formation propres à chaque groupe hospitalier (GH). Les plans des GH des hôpitaux Tenon, Mondor et Paré définissent clairement des priorités, les formations exigibles et les formations recommandées. En revanche, le plan local du groupe hospitalier Mondor n'identifie pas le public cible des formations, lacune qui devrait être résorbée dans le plan de formation 2019 selon l'AP-HP.

Le décret précité dispose enfin que le document pluriannuel d'orientation de la formation « prend en compte la situation comparée des hommes et des femmes et l'accès de tous les agents à la formation », problématique que les orientations pluriannuelles (centrales) de l'AP-HP n'évoquent jamais, alors même que le sujet de l'égalité de genre se pose par exemple pour les promotions professionnelles. L'AP-HP convient que « l'absence de données chiffrées ne permet pas d'analyser les inégalités de genre » et envisage « d'articuler cette analyse quantitative à des éléments qualitatifs : les éléments sociologiques de compréhension des inégalités de genre, d'une part, et les pratiques en vigueur à l'AP-HP, d'autre part ».

6.1.1 L'effort de formation conséquent consenti par l'AP-HP

L'AP-HP fournit un effort de formation de ses agents infirmiers conséquent. Les infirmiers formés, soit 81 % des infirmiers en 2016, participent en moyenne à près de 3 stages par an pour un nombre total de jours de formation atteignant près de 7 jours par an.

Tableau n° 32 : Nombre et jours de formation par infirmière

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	evol
nb agents total	19 068	20 052	20 564	20 552	20 694	20 821	9,19%
nb agents formés	12 977	14 951	16 364	16 771	16 189	16 957	30,67%
nb de stages suivis	26 565	36 619	43 178	44 640	40 953	46 828	76,28%
jours de formation totaux	78 117	80 323	92 918	103 390	106 681	114 170	46,15%
nb de stages suivis en moyenne par agent	1,39	1,83	2,10	2,17	1,98	2,25	61,44%
nb de jours de formation par agent	4,10	4,01	4,52	5,03	5,16	5,48	33,85%
nb de stages suivis par agent formé	2,05	2,45	2,64	2,66	2,53	2,76	34,90%
nb de jours de formation par agent formé	6,02	5,37	5,68	6,16	6,59	6,73	11,85%

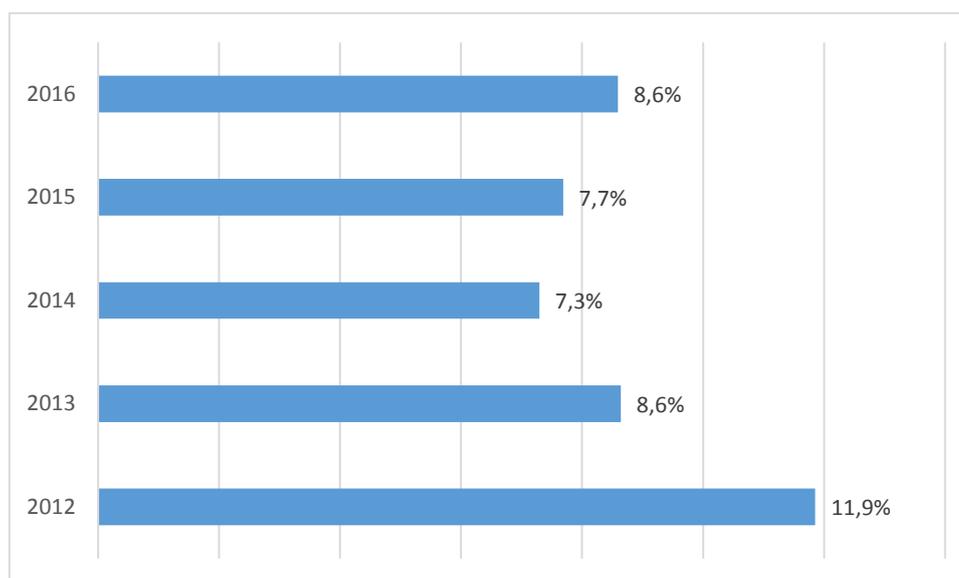
Source : AP-HP - traitement des données par la chambre

Le constat opéré par les orientations pluriannuelles de formation d'une raréfaction du temps disponible pour la formation se confirme : la durée moyenne des stages se réduit de trois jours en 2011 à 2,4 jours en 2016.

L'AP-HP envisage de développer des modalités de formation telles que l'autoformation en ligne (e-learning), les simulations, les tutorats, les espaces de travail collaboratifs, les forums, les analyse de pratiques...

L'effort de formation s'est, quoi qu'il en soit accru, aussi bien en intensité qu'en amplitude. Sont classiquement qualifiés d'oubliés de la formation les agents n'en ayant suivi aucune au cours des deux années précédentes (volontairement ou non) ; leur proportion diminue nettement :

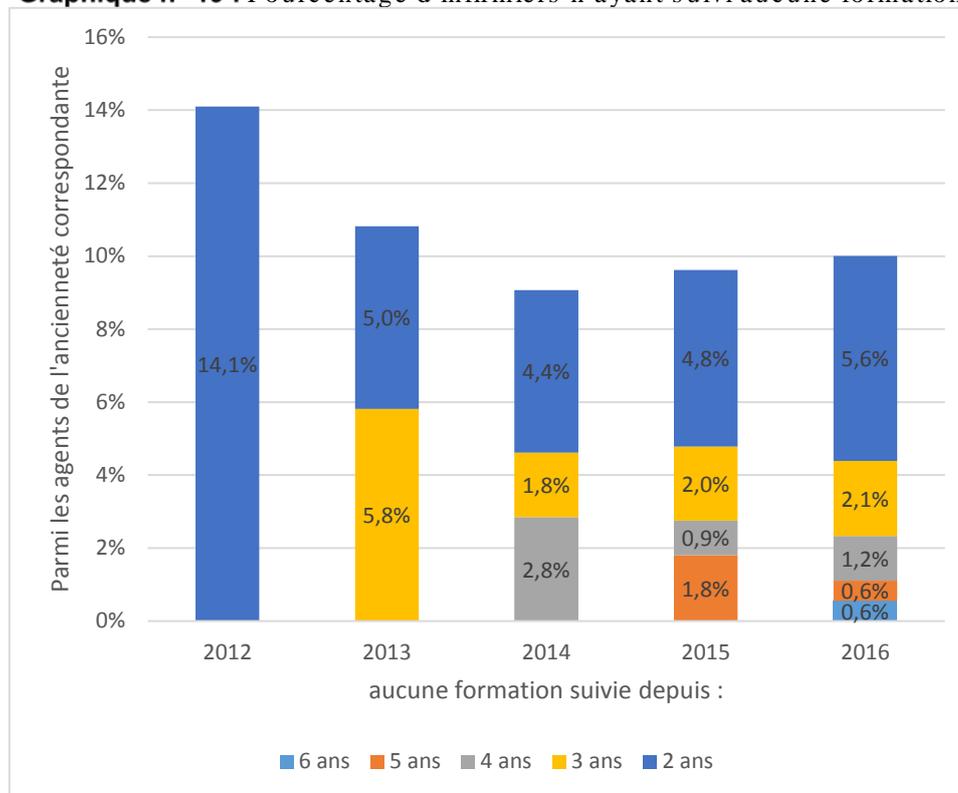
Graphique n° 18 : Pourcentage d'infirmiers n'ayant suivi aucune formation au cours des deux précédentes années sur l'ensemble du personnel



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

En outre le taux de rattrapage est élevé : 60 % de ces « oubliés » de la formation ont suivi une formation l'année suivante. Le nombre de réfractaires à toute formation ne dépasse pas 250 infirmiers, soit à peine 1 % des effectifs.

Graphique n° 19 : Pourcentage d'infirmiers n'ayant suivi aucune formation



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

L'effort de formation est cependant plus ou moins intense selon la catégorie d'infirmiers : les IADE se distinguent tout au long de la période examinée par un pourcentage de personnel formé dans l'année ainsi que par un nombre moyen de jours de formation faibles et en repli. Le phénomène peut être lié à leur taux de départ important dans leurs premières années d'exercice à l'AP-HP, mais il ne saurait servir d'unique explication car les puéricultrices, dont le turn-over est encore plus élevé, se forment en nombre et en durée.

Tableau n° 33 : Pourcentage d'infirmières formés dans l'année, moyenne du nombre de formations suivies et du nombre de jours de formation par infirmière formé

	2011			2012			2013			2014			2015			2016		
	%	stag es	jou rs															
IBODE	57	1,7	5,0	59	1,7	6,5	75	1,9	5,1	62	2,2	7,2	59	2,0	7,3	75	2,3	8,6
IADE	64	1,8	4,6	63	1,9	4,4	66	2,0	5,2	68	2,1	5,8	67	2,0	4,6	69	2,0	4,2
IDE	68	2,1	6,1	75	2,5	5,4	80	2,7	5,7	83	2,7	6,1	79	2,6	6,7	82	2,8	6,8
puer	71	2,3	5,7	83	2,7	5,5	77	2,8	5,8	85	3,0	6,4	87	2,7	6,2	83	3,4	7,2

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Les disparités se constatent également entre groupes hospitaliers : seuls les GH Paris ouest et Est parisien maintiennent un effort de formation élevé sur l'ensemble de la période. Un tiers des GH présente un effort de formation constamment inférieur à la moyenne, le niveau moyen le plus faible étant atteint par le GH Paris Seine-Saint-Denis, qui est cependant le seul de ce groupe à se rapprocher quelque peu de la moyenne en 2016, les autres GH (Saint-Louis – Lariboisière – Widal ; Paris – Ile de France ouest et Mondor) s'en éloignant depuis 2013. Le

sous-investissement dans la formation tend donc à persister et à se cristalliser. Enfin nombre de GH font varier considérablement l'effort de formation d'une année à l'autre et pratiquent une forme de politique de « stop and go », ce qui ne favorise pas la construction de parcours pluriannuels. La dispersion s'était contractée entre 2013 et 2015, ce qui reflète l'investissement dans la sécurisation de l'administration médicamenteuse puis s'accroît à nouveau mais, à la différence de la situation de 2011, trois GH seulement tirent la moyenne vers le haut. Le détail de l'effort de formation par GH se trouve en annexe n°5.

6.1.2 Le droit individuel à la formation (devenu compte personnel de formation), peu mobilisé car subsidiaire

Du fait de l'effort de formation réalisé par l'AP-HP, le droit individuel à la formation (DIF), désormais compte personnel de formation, occupe une place relativement marginale, représentant 2 % à 4 % du total des jours de formation professionnelle et 3 % à 5 % du total des dépenses. Un peu moins d'un infirmier sur vingt l'a mobilisé en 2016, vraisemblablement parce que les possibilités de formation et de promotion professionnelle abondent.

Tableau n° 34 : État de mise en œuvre du DIF

	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	jours	agents	jours	agents	jours	agents	jours	agents	jours	agents	jours	agents
IDE	2 059	960	1 243	365	1 691	521	3 252	505	3 768	640	4 175	757
IBODE	116	44	56	24	46	22	138	26	111	32	187	35
IADE	114	50	129	48	118	25	158	35	222	77	185	63
puer	47	41	84	14	57	18	109	21	222	47	194	37
total	2 336	1 095	1 511	451	1 913	586	3 657	587	4 323	796	4 741	892
dépenses de DIF (hors PP)	680 765 €		721 144 €		665 906 €		1 264 294 €		1 267 599 €		1 368 916 €	

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

6.1.3 Des dépenses de formation supérieures aux obligations réglementaires

Les établissements publics de santé ont l'obligation, conformément au décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, de consacrer 2,1 % de leur masse salariale à la formation, financement qui comprend « le coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, leurs déplacements et leur hébergement ». S'y ajoute une contribution spécifique pour le financement des études promotionnelles à hauteur de 0,6 % de la masse salariale ainsi qu'au titre du congé de formation professionnelle (0,2 %), soit 2,9 % de la masse salariale au total.

Le pourcentage est certes apprécié au niveau de l'ensemble des agents et non du seul personnel infirmier ; néanmoins l'AP-HP consacre à la formation des personnels infirmiers des moyens très supérieurs aux obligations réglementaires.

Tableau n° 35 : Dépenses de formation pour le personnel infirmier

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
dépenses de formation	16 201 640,02	16 487 195,79	21 370 655,92	23 734 270,55	24 754 799,25	25 909 645,93
masse salariale	891 554 212,45	916 977 037,00	956 070 307,15	980 919 409,78	987 583 818,76	1 006 768 119,74
% de la masse salariale	1,82%	1,80%	2,24%	2,42%	2,51%	2,57%
estimation des dépenses de rémunération	17 778 180,07	18 288 389,81	21 280 171,67	23 975 983,41	24 802 102,60	26 851 771,68
% de la masse salariale	3,81%	3,79%	4,46%	4,86%	5,02%	5,24%

Source ; AP-HP, calculs de la chambre

D'après la DRH de l'AP-HP, les dépenses de formation communiquées (1^{ère} ligne du tableau) intègrent les coûts pédagogiques, la rémunération des agents formés et les frais de déplacement. Elles correspondent donc à des dépenses de formation « chargées » et se situent ainsi en-deçà des normes réglementaires, à tout le moins en début de période.

Ces montants paraissent cependant faibles au regard du coût de la rémunération des agents en formation tel qu'il peut être estimé. Cet effort de formation, déjà important en début de période, n'a cessé de progresser pour atteindre en 2016 quasiment le double des obligations légales.

L'AP-HP organise la très grande majorité de ses formations en régie, soit localement soit sous l'égide du centre de formation et de développement des compétences au niveau central. Elle n'entretient de relations avec l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), qui est l'organisme collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière, que depuis 2013, via le fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle (FMEP). La montée en charge de son rôle dans le financement des études promotionnelles est cependant rapide⁴¹.

6.1.4 D'importantes lacunes dans le suivi des formations obligatoires

6.1.4.1 La sécurité incendie

A l'instar de l'ensemble des personnels hospitaliers, les infirmières doivent bénéficier d'une formation à la sécurité incendie. En effet l'hôpital constitue une catégorie particulière d'établissement recevant du public, soumis aux obligations de droit commun résultant des articles R. 123-2 à R. 123-11 du code de la construction et de l'habitation et à des obligations renforcées aux termes de l'arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions

⁴¹ 650 273 € versés en 2013 ; 1 542 750 € en 2014 ; 3 597 894 € en 2015 et 5 260 501 € en 2016.

générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, lequel dispose à son article U 43 que « le personnel du service doit être formé à l'exploitation du système de sécurité incendie et au transfert horizontal ou à l'évacuation des malades avant l'arrivée des secours ». Afin d'être effective, cette formation doit être renouvelée régulièrement, une périodicité annuelle étant généralement retenue. Cette fréquence n'est atteinte que par une minorité des personnels infirmiers de l'AP-HP, même si le ratio s'est amélioré au cours de la période la plus récente.

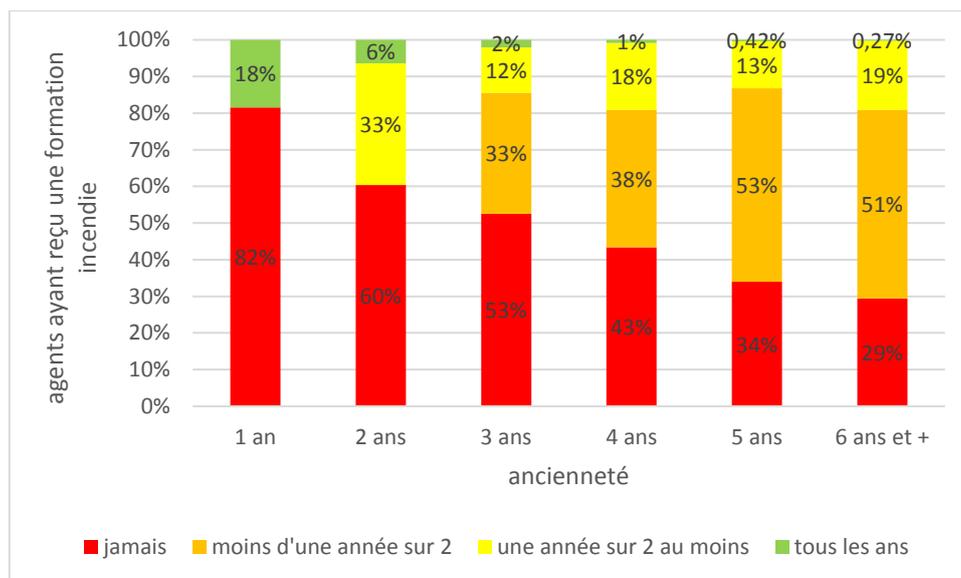
Graphique n° 20 : Proportion d'infirmiers ayant reçu une formation à la sécurité incendie dans l'année



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Au cours de la période 2011-2016, non seulement les deux tiers des infirmiers en moyenne n'ont pas reçu de formation à la sécurité incendie dans l'année mais de surcroît un grand nombre a passé une année supplémentaire sans formation si bien que près de 30 % des agents présents sur toute la période n'ont suivi aucune formation.

Graphique n° 21 : Fréquence de la formation incendie dans la carrière des infirmiers



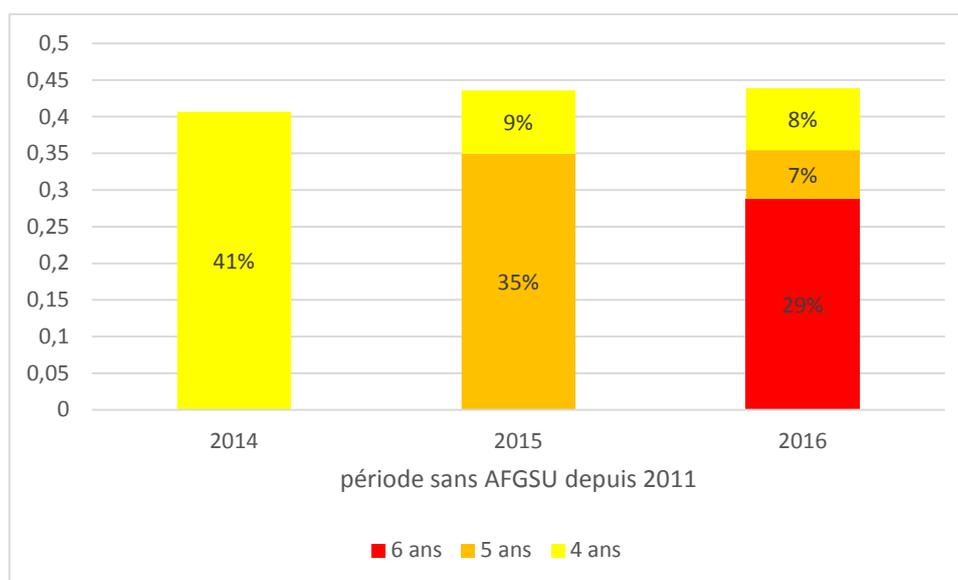
Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Or, conformément à l'article 5 de l'arrêté du 6 août 1996 relatif à la protection contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements publics de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques, « pendant l'exploitation de l'établissement, l'application des dispositions relatives à la sécurité et au risque de panique est assurée sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Le directeur de l'établissement doit : [...] prendre toutes les dispositions pour faire assurer la formation des personnels à la lutte contre l'incendie ». Dès lors, la responsabilité du directeur de l'AP-HP et/ou des directeurs de site serait susceptible d'être engagée en cas d'incendie si la présence d'agents non formés régulièrement n'a pas permis la correcte évacuation du personnel et du public. Un patient est décédé à la suite d'un incendie en 2011⁴², le risque est donc réel. À la suite des observations de la chambre, l'AP-HP a annoncé inscrire prochainement le sujet à l'ordre du jour du comité des DRH et du réseau des référents formation.

6.1.4.2 L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

Pour les personnels de soins, infirmières comprises, l'attestation de formation aux gestes et gestes d'urgence (AFGSU), s'avère également obligatoire, conformément à l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, applicable jusqu'en 2015, puis à l'arrêté du 30 décembre 2014 qui en reprend les dispositions à partir de 2016. Cette réglementation impose un recyclage de la formation opéré tous les quatre ans, sans quoi la formation doit être recommencée. Là encore, environ 43 % des infirmiers ne se conforment pas à cette obligation.

Graphique n° 22 : Fréquence de l'AFGSU dans la carrière des infirmiers



Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

Le taux de rattrapage de cette obligation demeure faible puisque 84 % des infirmiers ne suivent aucune formation aux gestes d'urgence l'année suivante. Par conséquent la rémanence des réfractaires ne permet pas à l'AP-HP de garantir la correcte intervention en cas d'urgence, ce qui peut engager sa responsabilité. A ce titre, l'AP-HP a retenu la thématique de formation « gestes d'urgence » dans la liste des formations prioritaires pour la période 2016-2019 et dans la liste des formations exigibles. Suite aux observations de la chambre, la DRH centrale de l'AP-HP a diffusé le 28 mai 2018 une note aux directeurs d'hôpitaux, de groupes hospitaliers, des pôles d'intérêt commun et du siège, qui rappelle la nécessité de suivre les formations s'inscrivant dans cette thématique. Cependant, la thématique de formation « gestes d'urgence » à laquelle se réfère l'AP-HP comprend notamment l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence qui, comme son nom l'indique, implique la délivrance d'une

⁴² D'après les EIG

attestation, seule à même de satisfaire l'obligation réglementaire. Les autres formations aux gestes d'urgence lui sont complémentaires mais non substituables.

6.1.4.3 Le développement professionnel continu (DPC)

Le développement professionnel continu (DPC) a été introduit en 2009 dans le code de la santé publique par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009. Il consiste en une obligation de formation pour analyser les pratiques professionnelles et acquérir ou développer des compétences. Les thématiques abordées s'inscrivent dans des priorités définies nationalement ou régionalement. Annuelle de 2013 à 2015, cette obligation est devenue triennale depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et s'applique à tous les professionnels de santé, dont les infirmiers. La mise en œuvre du DPC figure parmi les priorités du plan stratégique 2011-2015 et constitue l'un des axes des orientations pluriannuelles de formation.

La mise en œuvre de l'obligation de DPC s'avère pourtant très en retrait de ces priorités affichées, au moins pour ce qui concerne les personnels infirmiers : une infime minorité d'infirmières a suivi une formation labellisée DPC entre 2013 et 2016 et rempli l'obligation annuelle. La quasi-totalité des personnels infirmiers se trouvait donc en infraction.

Tableau n° 36 : Nombre d'infirmiers ayant suivi une formation DPC

2013	2014	2015	2016
3	10	4	124

Source : AP-HP, traitement des données par la chambre

A partir de 2016, le nombre de formations de développement professionnel continu (DPC) suivies augmente sensiblement mais demeure très éloigné de l'enjeu d'une formation triennale de l'ensemble des infirmiers. L'effort est par conséquent reporté sur les années 2017 et 2018, puisque 10 000 infirmiers devraient suivre une formation labellisée DPC chacune de ces années pour assurer le respect de l'obligation. Or un nombre très limité de formations labellisées DPC est proposé, ce qui rend matériellement difficile le respect de l'obligation : le GH Mondor en propose quatre, le GH Paris Ile-de-France ouest deux et le GH Est parisien une seule, les neuf autres GH n'en proposent aucune.

L'AP-HP doit donc, dans un premier temps, organiser le rattrapage des formations obligatoires pour les infirmiers qui ne satisfont pas à ces obligations, comme d'ailleurs pour les autres agents concernés, et dans un second temps, s'assurer du suivi régulier des formations obligatoires par l'ensemble des agents. La chambre note que, depuis décembre 2017, l'AP-HP est agréé comme organisme de DPC et qu'un site dédié au DPC a été mis en place en avril 2018. À la suite des observations de la chambre, une note a été diffusée aux directeurs de GH, d'hôpitaux et des services du siège « afin d'améliorer le taux de suivi et de veiller à la traçabilité des formations obligatoires ».

Rappel au droit n° 7 : Veiller au respect par les infirmiers des formations obligatoires que sont la formation à la sécurité incendie et l'AFGSU à la fréquence requise, en assurant le suivi de ces formations et en formant au plus vite les infirmiers contrevenant actuellement à la réglementation.

Recommandation n° 4 : Accroître le nombre de formations labellisées DPC afin d'assurer l'obligation de formation triennale de tous les infirmiers.

6.2 Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)

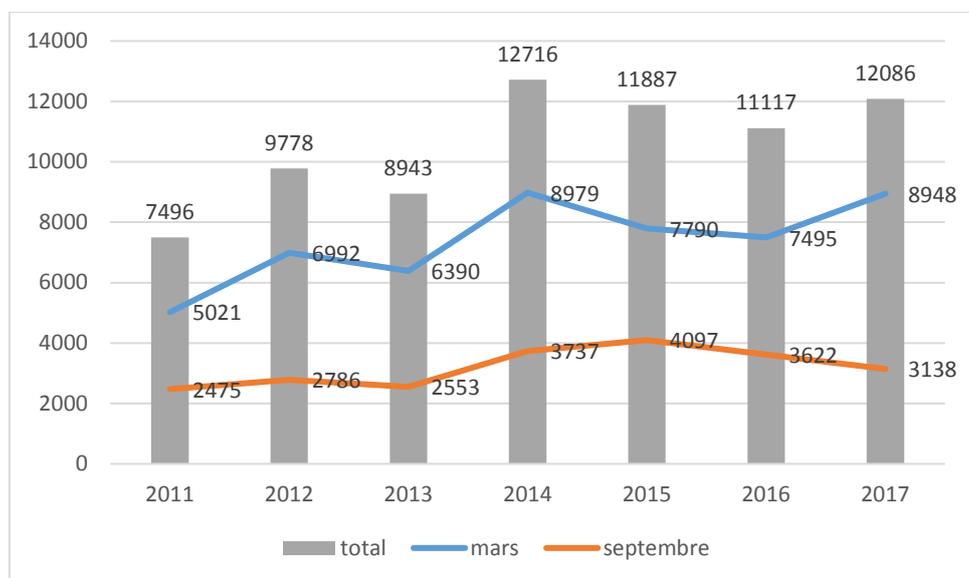
La gouvernance des IFSI implique quatre parties : l'État, l'université, la région et l'établissement de santé support de l'IFSI. L'État, via l'ARS et le conseiller pédagogique compétent, assure le suivi des programmes et le contrôle de la qualité globale de la formation. L'université de rattachement assure une partie des enseignements, confère le grade de licence au diplôme de l'IFSI et délivre les crédits européens de formation (dits ECTS). La région est le principal partenaire financier des IFSI depuis la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. La région décide de la création ou de la fermeture des IFSI sur avis de l'ARS, répartit le quota régional de places ouvertes entre les IFSI et agréé leurs directeurs. La région Île-de-France prend également en charge les frais de scolarité de certains étudiants répondant à des critères d'éligibilité⁴³. Enfin, l'établissement de santé qui porte l'IFSI, ce dernier n'ayant pas de personnalité morale autonome, recrute et gère le personnel. Les relations entre ces partenaires sont formalisées par convention⁴⁴ et font l'objet d'une réunion périodique d'un comité de suivi.

Il existe 17 IFSI au sein de l'AP-HP, rattachés à sept universités franciliennes. Les IFSI de l'AP-HP disposent d'une cellule de coordination au sein du centre de formation et de développement des compétences, l'un des services centraux de l'AP-HP.

6.2.1 Des effectifs stables et une sélectivité accrue

Les 17 IFSI de l'AP-HP totalisent 2 200 places. Les capacités autorisées, délivrées par le conseil régional, ont diminué de 2 815 places en 2011 à 2 267 en 2017 afin de se rapprocher du nombre réel d'étudiants. Un concours d'entrée commun aux IFSI est organisé en deux sessions, l'une en mars pour une rentrée en septembre et l'autre en septembre pour une rentrée en février de l'année suivante qui ne concerne que six des IFSI. Le concours ne connaît aucune désaffection et a vu le nombre de candidats augmenter fortement à compter de 2014, essentiellement du fait de la session de mars.

Graphique n° 23 : Candidats aux concours d'entrée des IFSI de l'AP-HP



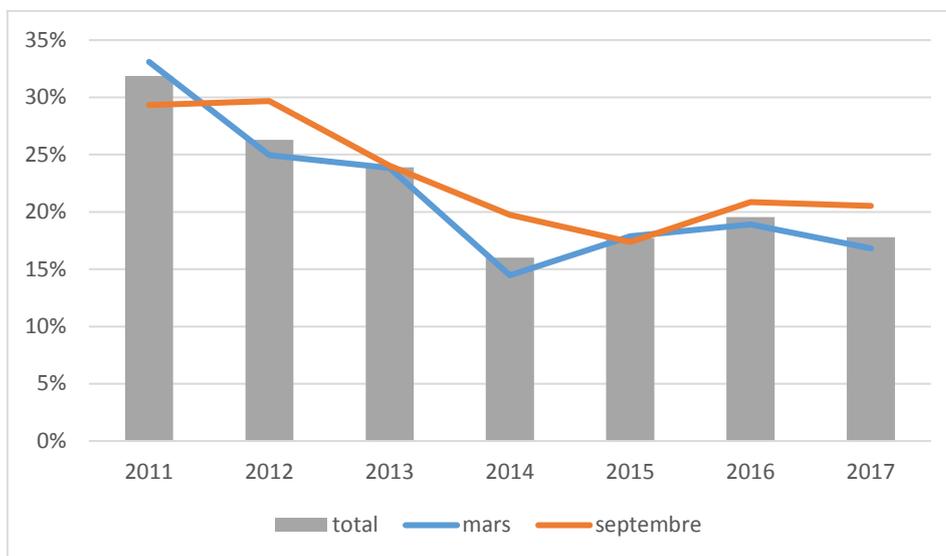
Source : AP-HP

⁴³ Étudiants en formation initiale, jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire depuis plus d'un an et suivis par une mission locale demandeurs d'emploi dont la formation n'est pas ou pas intégralement prise en charge par Pôle Emploi, les bénéficiaires de contrats aidés ou du RSA.

⁴⁴ Convention tripartite Région-Université-AP-HP pour l'ensemble des IFSI de l'AP-HP du 19 février 2016.

Par conséquent la sélectivité du concours a doublé sur la période, sans différence marquée en moyenne entre les deux sessions en dépit de publics au profil différent, comportant davantage d'étudiants en formation initiale pour la session de mars.

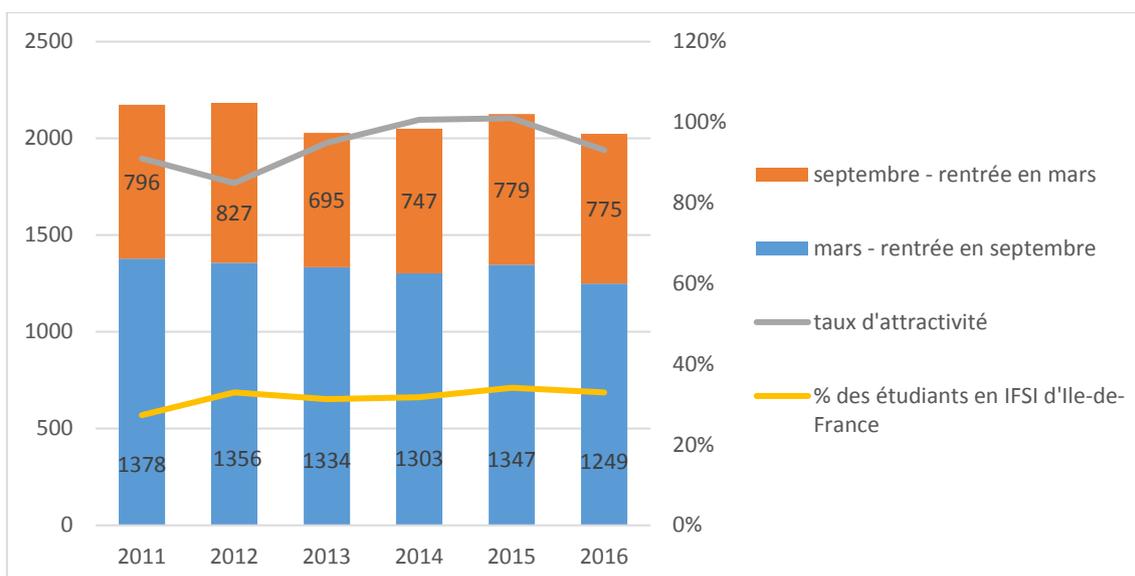
Graphique n° 24 : Taux de réussite au concours d'entrée des IFSI de l'AP-HP



Source : AP-HP

Le nombre d'entrants dans les IFSI demeure plutôt stable, autour de 2 100 étudiants infirmiers par an, du fait de l'attractivité en hausse des IFSI de l'AP-HP à compter de 2013. Parallèlement le nombre d'étudiants au sein de l'ensemble des IFSI d'Île-de-France a diminué de 23 %, passant de 7 954 en 2011 à 6 136 en 2016, si bien que les IFSI de l'AP-HP en accueillent désormais un tiers. Le différentiel entre les deux sessions annuelles est plus marqué : peu d'IFSI au niveau national organisent ou conservent une rentrée de février (et donc organisent un concours en septembre), si bien que la quasi-totalité des lauréats de cette session de concours, sur les listes principales comme complémentaires, rejoignent les IFSI de l'AP-HP. La rentrée de février correspond en effet à un public pour partie différent, comprenant moins de primo-formés et davantage de personnes plus âgées et/ou déjà entrées sur le marché du travail. La concurrence entre IFSI s'avère plus vive pour la rentrée de septembre, d'autant que nombre de candidats, en particulier les candidats non franciliens, passent plusieurs concours.

Graphique n° 25 : Effectifs intégrant les IFSI de l'AP-HP



Source : AP-HP, Conseil régional d'Île-de-France

L'AP-HP suit le taux de réussite par cohorte : pour les cohortes entrées de 2009 à 2013, le taux de réussite en trois ans, correspondant au cursus normal sans interruption ni redoublement, s'établit à 61 % en moyenne, les taux de réussite des promotions successives étant très stables. Ce taux atteint 64,5 % en quatre ans⁴⁵. Les étudiants infirmiers en promotion professionnelle, qui comptent pour 5 % environ des effectifs, présentent un taux de redoublement en 3^{ème} année deux fois supérieur au reste des étudiants. Aux dires des directrices d'IFSI rencontrées, ces difficultés seraient attribuables à une aisance limitée à l'écrit qui contrarie la rédaction du mémoire demandé.

6.2.2 Des relations suivies entre chaque IFSI et son hôpital de rattachement mais lâches au niveau de l'ensemble de l'AP-HP

Les IFSI entretiennent des relations privilégiées avec leur hôpital de rattachement, principalement comme terrain de stage accueillant environ la moitié des étudiants. Certains hôpitaux profitent de la présence de l'IFSI pour proposer des simulations pratiques. En revanche, les relations avec les autres hôpitaux de l'AP-HP s'avèrent plutôt ténues, du fait de la présence concurrente d'autres IFSI. Chaque IFSI tend à s'adresser à des hôpitaux hors AP-HP pour trouver les terrains de stage que son hôpital de rattachement ne peut proposer, en particulier pour la psychiatrie, la gériatrie et les lieux de vie. Plus généralement, les IFSI soulignent l'impact de la diminution des durées moyennes de séjour (DMS) et le développement de l'ambulatoire dans la diminution du nombre de terrains de stage proposés, diminution sensible notamment en chirurgie.

La proportion d'étudiants infirmiers recrutés par l'AP-HP est estimée entre 50 % et 60 % d'une promotion mais ce chiffre n'est pas connu avec précision. Le plan d'attractivité de 2014 proposait pourtant de suivre cette donnée dans le système d'information. Seule l'affectation des infirmières en promotion professionnelle est connue, en raison de l'obligation de servir dans l'hôpital financeur. Les directrices d'IFSI essaient de suivre l'affectation des autres étudiants via des questionnaires mais ces derniers ne sont pas tenus d'y répondre.

6.2.3 La gouvernance des IFSI

L'AP-HP constitue le plus grand pôle de formation paramédicale français. Outre ses 17 IFSI, l'établissement compte 10 instituts de formation des aides-soignants, une école d'IADE et d'IBODE, un institut de formation des cadres de santé, une école de puériculture, des écoles de sage-femme, des instituts de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale, de technicien de laboratoire médical, de masseurs-kinésithérapeutes et des instituts de formation en travail social. Ces différentes écoles sont regroupées au sein du budget annexe C, qui représente 55 M€ de recettes et 54 M€ de dépenses en 2016, et gérées au niveau central par le centre de formation et de développement continu (CFDC) qui élabore le cadrage général des formations et organise les concours d'entrée.

Tableau n° 37 : Résultats du budget annexe C de 2011 à 2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
charges	54 373 765,09 €	54 145 757,97 €	57 706 991,87 €	59 317 847,60 €	56 875 028,50 €	54 902 984,57 €
produits	55 849 381,14 €	54 512 221,10 €	53 260 890,66 €	55 365 577,26 €	53 190 239,27 €	55 517 992,57 €
résultat	1 475 616,05 €	366 463,13 €	-4 446 101,21 €	-3 952 270,34 €	-3 684 789,23 €	615 008,00 €

Source : AP-HP, CRPA budget C

⁴⁵ D'après le Conseil régional, le taux de réussite régional s'établit à 70,4% en trois ans et 83,4% en quatre ans. La chambre ne peut cependant confirmer la concordance des périmètres.

Au sein du budget C, les 17 IFSI représentaient en 2016 un budget global de 30 M€. Les dépenses étaient constituées à 90 % de dépenses de personnel. Les IFSI employaient en effet 456,45 ETP, dont les deux tiers (306,23 ETP) correspondaient à des personnels enseignants.

Les régions se sont vues confier dans le cadre de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (qualifiée fréquemment d'acte II de la décentralisation) une compétence partagée en matière de formation professionnelle, dont ressort le financement des écoles paramédicales. La subvention régionale est versée pour l'ensemble du budget annexe C, l'AP-HP répartissant ensuite cette subvention entre les différentes écoles au prorata du nombre d'étudiants éligibles. La part non attribuée aux IFSI finance les autres écoles paramédicales (aides-soignants, IBODE, IADE, cadres de santé, manipulateurs radio, etc...).

Tableau n° 38 : Subvention régionale attribuée à l'AP-HP

	2014	2015	2016	2017
subvention régionale totale	42 236 150 €	42 771 150 €	45 454 465 €	44 748 145 €
dont subvention pour les IFSI	33 237 264 €	35 937 859 €	37 942 739 €	37 172 089 €

Source : AP-HP, Conseil régional

La région considère que la subvention « profite à tous les instituts ». Toutefois, jusqu'en 2017 le budget C n'était pas subdivisé par école. À partir de l'exercice 2017, chaque IFSI dispose de sa propre maquette budgétaire. Or la gestion n'est pas encore complètement individualisée, puisque le budget (aussi bien en prévisionnel qu'en exécuté) de huit IFSI n'intègre pas la subvention régionale, laquelle représente au niveau global 86% des recettes des IFSI. Le cumul des fractions de subvention régionale figurant dans le budget de chacun des IFSI n'atteint que 23 millions d'euros ; demeurent donc 15 millions d'euros à l'emploi non retracé.

Tableau n° 39 : Répartition de la subvention régionale entre les IFSI en 2017

	subvention régionale	résultat
Auffray		-763 951,85 €
Avicenne	1 511 049 €	-122 532,39 €
Béclère		-1 608 743,05 €
Bicêtre	3 008 844 €	620 058,33 €
Bichat		-1 811 456,59 €
Brousse	1 411 638 €	319 428,07 €
Foix	2 491 906 €	627 862,70 €
Mondor		-2 699 428,68 €
Mourier		-1 247 728,07 €
Paré		-1 504 122,88 €
Pitié	4 413 855 €	784 917,95 €
Poincaré		-1 758 225,80 €
Roux		-1 918 630,51 €
Saint Antoine	2 140 653 €	784 081,48 €
Saint Louis	2 074 379 €	721 061,44 €
Tenon	4 367 463 €	2 058 504,05 €
Verdier	1 636 970 €	331 597,95 €
Total	23 056 757 €	-7 187 307,85 €

Source : AP-HP, retraitement par la chambre

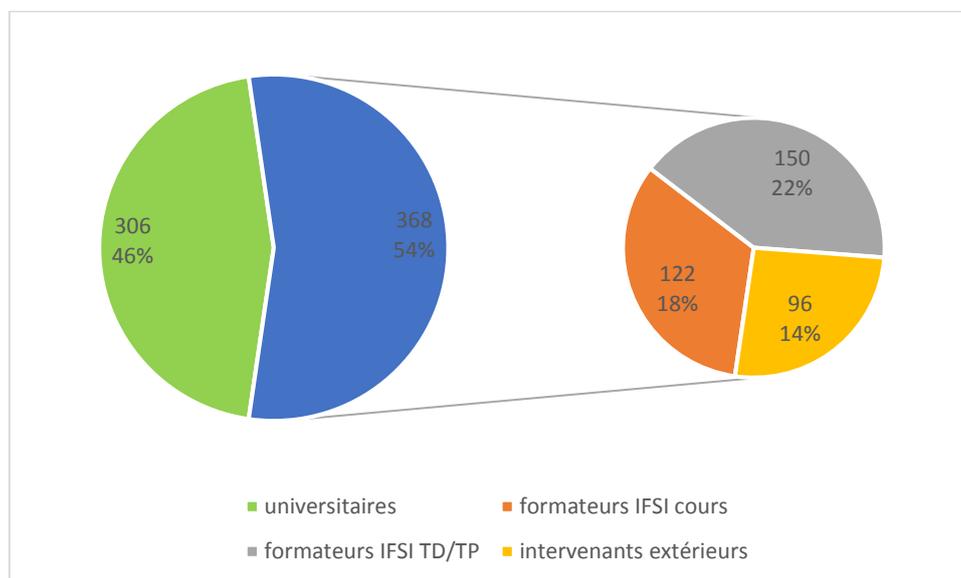
L'inscription d'une part de la subvention dans le budget de l'IFSI détermine en grande partie son résultat. L'AP-HP affirme avoir mis en place une comptabilité analytique dès 2016, mais les maquettes budgétaires 2017 des IFSI ne répondent pas aux exigences d'une comptabilité analytique. Ces maquettes budgétaires ne sont certes pas juridiquement des budgets dans la mesure où elles n'emportent pas d'autorisation budgétaire, mais constituent un outil de gestion permettant à chaque IFSI de suivre ses recettes et ses dépenses. L'incomplétude des recettes ôte à l'exercice budgétaire au niveau de chaque IFSI une grande partie de sa portée et en fausse la signification. La région estime que « la comptabilité analytique inscrite dans la convention d'objectifs et de moyens [...] concerne les formations et non les sites de formation ». La chambre rappelle que la mise en place d'un budget par établissement retraçant l'ensemble des dépenses et des recettes encourues est une bonne pratique de nature à responsabiliser les gestionnaires, à assurer une complète transparence sur leur mode de fonctionnement et de financement et à permettre des analyses de leur efficacité et efficacité au regard des étudiants formés.

Recommandation n° 5 : Finaliser la mise en place d'un budget par IFSI comprenant l'ensemble des recettes et des dépenses de celui-ci.

6.2.4 Une « universitarisation » inachevée

Dans le cadre des accords de Bologne du 19 juin 1999 qui instaurent un système universitaire européen unique structuré autour des grades de la licence, du master et du doctorat, la formation infirmière a été universitarisée par l'arrêté du 31 juillet 2009. Dorénavant, le diplôme d'État infirmier équivaut à une licence, et des enseignements universitaires sont intégrés à la formation, dont ils représentent théoriquement un peu moins de la moitié des heures.

Graphique n° 26 : Maquette des heures d'enseignement assurées respectivement par l'université et par l'IFSI



Source : APHP

Chaque université entretient des relations avec plusieurs IFSI, publics ou privés.

Tableau n° 40 : Nombre d'IFSI par université

	Autres IFSI			Total
	APHP	publics	IFSI privés	
université de Versailles - Saint-Quentin	2	4	2	8
université Pierre et Marie Curie	4	2	5	11
université Paris est Créteil	2	8		10

Source : AP-HP

L'universitarisation apparaît cependant inachevée. En premier lieu les enseignements de sciences humaines et de sciences biologiques et médicales relevant de l'université ne sont pas systématiquement assurés par elle. Fréquemment l'université n'assure que les cours magistraux (notamment en sciences humaines) et non les travaux dirigés ou pratiques afférents, pris en charge par des formateurs des IFSI agréés ou non par l'université. La convention-type liant les IFSI à leur université de rattachement et à la région est à cet égard assez floue, stipulant que « l'Université s'engage à mettre en place les enseignements des domaines sous responsabilité universitaire » mais qu'[elle en] est responsable en lien avec les IFSI ». Par conséquent le partage des responsabilités de chacune des parties n'est pas explicitement arrêté par la convention, d'où un retour dans certains IFSI à la situation antérieure, lorsque ces cours étaient délivrés par des formateurs dont la compétence dans leur domaine n'est nullement en cause, mais non universitaires et non spécialistes desdites matières.

Les modalités d'évaluation des modules sous responsabilité universitaire adoptent en outre la seule forme de questionnaires à choix multiples : sans être illégales, elles s'éloignent des exigences de construction intellectuelle et de regard critique attendues d'une formation universitaire. Les trois directrices d'IFSI rencontrées témoignent des injonctions des universités à n'organiser que des QCM, dont la correction est plus rapide que d'autres modalités d'évaluation, voire peut être informatisée. Les cas cliniques et autres modalités d'évaluation impliquant une rédaction relèvent dès lors de l'initiative de l'IFSI, qui prend à sa charge leur correction.

Inachevée dans les modalités de formation, l'universitarisation l'est également dans l'absence de construction d'un cursus complet. Seule la collation du grade licence est actuellement en place, mais les infirmières diplômées ne se voient pas systématiquement proposer la poursuite de leur parcours en master puis en doctorat. Cette question est abordée par les conventions-types tripartites mais là encore sans engagement contraignant : « l'Université s'engage à étudier la prise en compte de la formation en soins infirmiers dans la recherche, dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs de l'activité universitaire » et « étudie la possibilité de mettre en place des masters ouverts notamment aux titulaires du diplôme d'État infirmier ». Les universités de Versailles-Saint-Quentin et Pierre et Marie Curie ont institué chacune un master ouvert aux infirmiers, en revanche l'université Paris est Créteil ne propose que des diplômes universitaires et des diplômes interuniversitaires, qui ne sont pas des diplômes reconnus nationalement et qui n'entrent pas dans le système LMD. Quoi qu'il en soit, peu d'infirmières poursuivent leurs études au-delà du diplôme. Le décret du 18 juillet 2018 relatif à la pratique avancée instaure un diplôme d'infirmier de pratique avancée conférant à son titulaire le grade de master, ce qui pourrait faire évoluer cette situation.

6.2.5 Une facturation insuffisamment cadrée et contrôlée

Les prestations des universités sont facturées aux IFSI. Ces frais ne sont cependant identifiés par l'AP-HP au sein du progiciel de gestion que depuis 2014. Ils représentent 11 % des dépenses des IFSI en 2017.

Tableau n° 41 : Facturation des frais universitaires à l'ensemble des IFSI

2014	2015	2016	2017
424 339,16 €	423 104,76 €	431 869,61 €	354 564,79 €

Source : AP-HP

La facturation n'est pas suffisamment cadrée. Les conventions types triparties conclues avec les universités demeurent floues sur les modalités de facturation et elles ne détaillent pas leur mode de calcul, stipulant simplement que « la prise en charge de l'intervention de l'université et des heures d'enseignement universitaire au diplôme d'État d'infirmier est négociée dans le cadre des budgets des IFSI » et que « les heures d'enseignement universitaire sont facturées en fonction de la nature de l'enseignement et du statut des intervenants ». La métrique prescrite par le cadre contractuel semble donc être l'heure d'enseignement.

Or les factures ne correspondent pas à ce cadre et adoptent une métrique différente selon les universités. La facturation de l'université de Versailles-Saint-Quentin est la plus laconique et ne comprend qu'une seule ligne par semestre, correspondant à un montant global dont les composantes ne sont pas précisées. L'université de Paris est Créteil adopte la même logique implicitement forfaitaire, en précisant les sommes dues au titre de l'enseignement en présentiel, de l'enseignement à distance, de prestations spécifiques, et de la coordination administrative et pédagogique. Celle-ci représente 44 % du montant total facturé à l'IFSI Mondor pour l'année 2017. Sur la période 2013-2017 ces frais demeurent très stables, autour de 10 500 €, quelle que soit la fluctuation des frais d'enseignement qui varient de un à huit. Enfin l'université Pierre et Marie Curie adopte une facturation à l'étudiant. Cependant, le tarif n'est pas différencié selon les années alors que les enseignements assurés en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années ne sont pas identiques et il n'est pas fixe par étudiant. Il évolue de 26,62 € par étudiant pour 637 étudiants au premier semestre 2017 à 25,31 € par étudiant pour 578 étudiants au second semestre, traduisant une apparente absence d'économies d'échelle.

Quoi qu'il en soit, les factures produites par les universités ne permettent pas aux IFSI de vérifier les montants qui leur sont facturés et de s'assurer de leur correcte liquidation, en l'absence d'indication des heures d'enseignement dispensées. Les IFSI rencontrés confirment suivre le nombre d'heures effectuées par les intervenants et leur niveau de rémunération (alors que cette tâche incombe normalement à la coordination administrative et pédagogique effectuée par les universités, qui est par ailleurs facturée) mais n'obtenir que peu de précisions sur le détail des factures qui leur sont adressées. Le centre de formation et de développement des compétences corrobore l'opacité du calcul des coûts par les universités et prévoit de procéder à un bilan économique des conventions, qui arrivent à échéance en 2019. Suite aux observations de la chambre, l'AP-HP s'est engagée à réclamer les éléments de liquidation des factures aux universités dès la fin de l'exercice 2018. Elle estime que si « les IFSI ne sont pas toujours en position de force pour négocier avec les Universités », « la montée en compétence des intendants des IFSI, organisée par le service des finances du Centre de formation et de développement des compétences, et la renégociation des conventions en 2019 permettront d'améliorer ces points ». La région de son côté a élaboré une fiche pratique sur la justification des surcoûts liés aux enseignements universitaires.

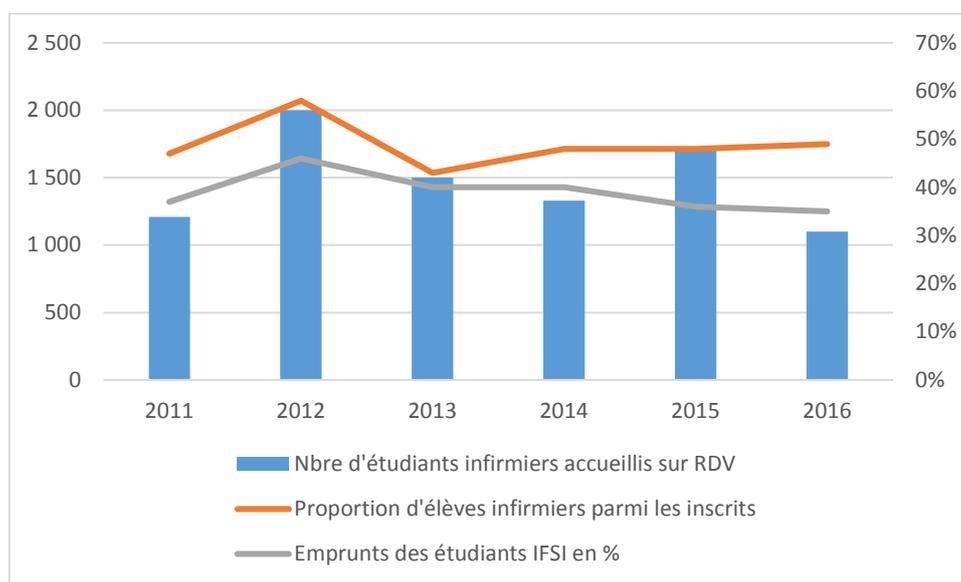
Rappel au droit n° 8 : Définir avec les universités une métrique de facturation transparente et mettre en œuvre une facturation détaillée afin d'assurer la correcte liquidation.

6.2.6 Des conditions d'études inégales selon les IFSI

Les étudiants infirmiers bénéficient, outre les aides financières nationales (bourses, financements de Pôle Emploi, aides de LADOM...) et régionales (bourses du conseil régional) d'indemnités de stage unifiées à l'échelle de l'AP-HP qui s'élèvent respectivement à 23 €, 30 € et 40 € par semaine en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année. La situation des étudiants en promotion professionnelle diffère légèrement lors du stage de première année comme aide-soignant, puisqu'ils retournent dans leur service d'origine. Ils reprennent également leur service durant une partie des vacances d'été de l'IFSI, puisqu'ils n'ont droit en tant qu'agents titulaires qu'à cinq semaines de congés annuels et ne bénéficient pas de RTT pendant leur formation.

L'AP-HP fournit également une aide pédagogique via le centre de documentation, dont la fréquentation est constituée pour moitié d'élèves infirmières et qui reçoit environ un quart des effectifs en rendez-vous d'aide à la recherche documentaire, notamment dans l'optique du mémoire.

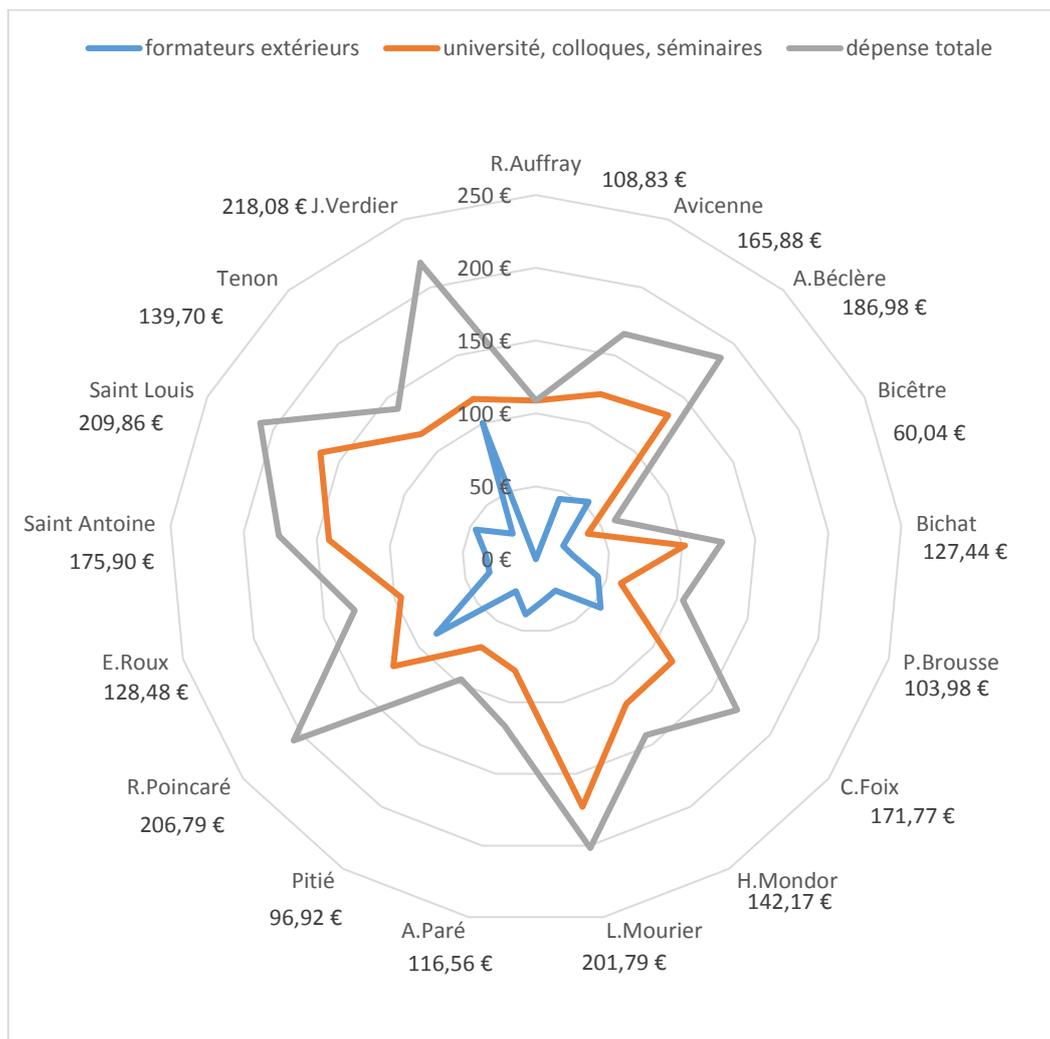
Graphique n° 27 : Activité du centre de documentation à destination des étudiantes infirmières



Source : AP-HP

Pour autant, tous les IFSI de l'AP-HP n'offrent pas des conditions d'études homogènes : en particulier les modalités d'intervention des universités et la fréquence des prestations d'intervenants extérieurs dans le cursus varient. Ainsi, les cours universitaires sont tantôt dispensés par un médecin PUPH en présentiel directement à l'IFSI (Mondor), tantôt dispensés mais à l'université (Tenon), tantôt diffusés par vidéo (Paré), voire ne font l'objet que d'un document PowerPoint mis en ligne sans enregistrement vidéo de la prestation. Si les directrices d'IFSI rencontrées confirment que toute prestation supplémentaire sollicitée auprès des universités est facturée, chaque IFSI n'en choisit pas moins la forme souhaitée des interventions, ce que la facturation reflète : le montant facturé au second semestre 2017 s'établit à des niveaux proches pour les IFSI Tenon et Paré, respectivement 32,95 € et 28,99 € par étudiant, mais triple pour l'IFSI Mondor qui atteint 97,50 € par étudiant. Le même constat d'hétérogénéité peut être opéré en ce qui concerne les dépenses allouées aux intervenants extérieurs. Les IFSI mènent donc une politique propre de formation à laquelle ils affectent des ressources variables. L'AP-HP attribue d'ailleurs pour partie aux modalités différentes de mise en œuvre de l'universitarisation l'hétérogénéité des infirmiers diplômés sortant d'IFSI. Elle qualifie la coordination avec six universités différentes d'« indispensable mais compliquée », quoiqu'elle travaille sur les outils d'uniformisation que sont le projet pédagogique, le règlement interne, les conférences internes budgétaires ainsi que la formation en contrôle de gestion des intendants et secrétaires.

Graphique n° 28 : Dépenses de formation hors formateurs permanents par étudiant en 2017, en euros



Source : AP-HP, calculs de la chambre

Recommandation n° 6 : Renforcer au sein du centre de formation et de développement des compétences la coordination entre les IFSI pour harmoniser les conditions d'études et affermir le positionnement des IFSI face aux universités.

ANNEXES

Annexe n° 1. Composition des services de l'AP-HP	85
Annexe n° 2. Dépenses de remplacement par hôpital et groupe hospitalier.....	86
Annexe n° 3. Temps de travail perdu selon les régimes horaires.....	87
Annexe n° 4. Les régimes horaires des différentes catégories d'infirmiers.....	88
Annexe n° 5. Évolution du nombre de jour de formation par agent en % de la moyenne des hôpitaux de l'AP-HP.....	89
Annexe n° 6. Glossaire des sigles.....	90

Annexe n° 1. Composition des services de l'AP-HP

	HÔPITAL UNIVERSITAIRES PARIS OUEST		HÔPITAL UNIVERSITAIRES PARIS ÎLE-DE-FRANCE OUEST		HÔPITAL UNIVERSITAIRES PARIS SEINE-SAINT-DENIS		HÔPITAL UNIVERSITAIRES PARIS NORDVAL DE SEINE		HÔPITAL UNIVERSITAIRES PARIS SUD		HÔPITAL UNIVERSITAIRES PARIS CENTRE		HÔPITAL UNIVERSITAIRES HENRI LAMONDOR		HÔPITAL UNIVERSITAIRE NICOLAS-ENFANTS MALADES		HÔPITAL UNIVERSITAIRES PYTE-SALPÊTRIÈRE - CHARLES-FOIX		HÔPITAL UNIVERSITAIRE ROBERT-DEBRÉ		HÔPITAL UNIVERSITAIRES EST PARISIEN		HÔPITAL UNIVERSITAIRES SAINT-LOUIS - LARIBOISIÈRE - FERDINAND-WIDAL		HÔPITAL UNIVERSITAIRES HOUSSEAU - HOUSSEAU		HOSPITALISATION A DOMICILE																			
	Coventin Colton	HEGP	Vaugrand - Gabriel Pallez	Antoine-Pare	Rivmond-Poincaré-Berck	St-Jacques - Jardon-Lagade - Robert	Avicenne	Jean Verdier	Firé - Muret	Blaizot	Eichat - Claude-Bernard	Baptonneau	Louise Moutier	Adolphe-Haury	Bicêtre	Fleur-Brousse	Antoine-Bécot	Cochin	Brousse	Hôtel-Dieu	Hierat-Morand - Albert-Chevrier	Emile Roux	Georges-Clemenceau	Joffre-Dupuytren	Nicolas - Enfants Malades	Plûe-Salpêtrière	Charles-Foix	Robert-Debré	Saint-Antoine	Rothschild	Armand-Trousseau / La Roche-Guyon	Ternon	Saint-Louis	Lariboisière - Fernand-Widal	Fleur-Doumer	Saint-Salvador	Herdrye	Patients Soins des services publics								
Anesthésie/Réanimation		●		●	●		●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				
Cancérologie		●		●	●		●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			
Chirurgie digestive et vasculaire		●		●			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
Chirurgie générale				●			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
Chirurgie orthopédique et traumatologique		●		●	●		●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
Gériatrie/Gérontologie	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			
Gynécologie-obstétrique	●	●					●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
Greffe		●					●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Hépatogastro-entérologie		●		●			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Maternité/Néonatalogie							●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Médecine Interne		●		●	●		●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Médecine physique et réadaptation	●				●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Neurologie						●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Odontologie		●	●				●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ophthalmologie	●	●		●			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ORL		●					●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pédiatrie				●	●		●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Psychiatrie/addictologie	●	●		●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Soins palliatifs/ Traitement de la douleur	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Urgences		●		●			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Annexe n° 2. Dépenses de remplacement par hôpital et groupe hospitalier

	2011	2016
HU PARIS SEINE-SAINT-DENIS	0,10%	3,90%
AVICENNE	0,04%	4,31%
JEAN VERDIER	0,15%	3,75%
RENE MURET	0,22%	2,49%
HU SAINT-LOUIS LARIBOISIERE F.-WIDAL	0,07%	1,97%
LARIBOISIERE	0,04%	2,68%
SAINT LOUIS	0,09%	1,29%
HU PARIS NORD VAL-DE-SEINE	0,12%	4,60%
ADELAIDE HAUTVAL	0,17%	5,62%
BEAUJON	0,09%	2,69%
BICHAT	0,06%	5,98%
BRETONNEAU	0,00%	4,31%
LOUIS MOURIER	0,32%	3,66%
HU PITIE-SALPETRIERE CHARLES-FOIX	0,06%	0,16%
CHARLES FOIX	0,36%	1,42%
PITIE SALPETRIERE	0,03%	0,04%
HU EST PARISIEN	0,17%	1,04%
ROTHSCHILD	0,08%	0,84%
SAINT ANTOINE	0,24%	1,00%
TENON	0,24%	0,79%
TROUSSEAU	0,00%	1,42%
HU PARIS SUD	0,07%	2,92%
ANTOINE BECLERE	0,18%	2,78%
BICETRE	0,02%	3,29%
PAUL BROUSSE	0,04%	2,08%
HU HENRI-MONDOR	0,06%	2,57%
EMILE ROUX	0,38%	1,18%
GEORGES CLEMENCEAU	0,00%	0,92%
HENRI MONDOR	0,02%	3,02%
JOFFRE DUPUYTREN	0,00%	1,71%
HU PARIS CENTRE	0,15%	0,62%
BROCA	0,00%	0,37%
COCHIN-ST VT DE PAUL	0,18%	0,62%
HOTEL DIEU	0,13%	0,91%
HU PARIS OUEST	0,12%	2,75%
CORENTIN CELTON	0,10%	3,39%
GEORGES POMPIDOU	0,12%	2,61%
VAUGIRARD	0,21%	2,61%
HU PARIS ILE-DE-FRANCE OUEST	0,49%	5,02%
AMBROISE PARE	0,36%	5,28%
RAYMOND POINCARE	0,40%	5,01%
SAINTE PERINE	1,36%	4,03%
H.A.D.	0,04%	1,72%
HENDAYE	0,22%	7,36%
NECKER	0,00%	0,46%
PAUL DOUMER	0,00%	0,94%
ROBERT DEBRE	0,02%	1,20%
SAN SALVADOUR	0,18%	0,14%

Source : AP-HP, calculs de la chambre. Les données regroupent Berck avec Poincaré et Doumer avec Trousseau.

Légende

Vert : moins de 75% de la moyenne des hôpitaux de l'APHP

Orange : entre 75% et 125% de la moyenne des hôpitaux de l'APHP

Rouge : plus de 125% de la moyenne des hôpitaux de l'APHP

Annexe n° 3. Temps de travail perdu selon les régimes horaires

	organisation de travail	type de repos	jours travaillés/ans	heures travaillées/an	horaire légal	différentiel	
de jour	7h	fixe	227	1596	1607	11	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	225	1582	1582	0	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	223	1568	1568	0	
	7h30	fixe	213	1597,5	1607	9,5	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	211	1582,5	1582	-0,5	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	209	1567,5	1568	0,5	
	7h36	fixe	210	1596	1607	11	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	208	1580,8	1582	1,2	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	206	1565,6	1568	2,4	
	8h45	fixe	182,4	1596	1607	11	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	180,8	1582	1582	0	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	179,2	1568	1568	0	
	9h	fixe	177,3	1596	1607	11	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	175,8	1582	1582	0	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	174,2	1568	1568	0	
	10h	fixe	159,6	1596	1607	11	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	158,2	1582	1582	0	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	156,8	1568	1568	0	
	12h	fixe	133	1596	1607	11	
		variable moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés	131,8	1582	1582	0	
		variable 20 et + dimanches et jours fériés travaillés	130,7	1568	1568	0	
	de nuit	10h	variable	146,9	1469	1476	7
		12h	variable	122,4	1469	1476	7

Source : AP-HP

Annexe n° 4. Les régimes horaires des différentes catégories d’infirmiers

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
IBODE	7h36 Gde éq. de J	31%	27%	25%	23%	18%	41%
	7h50 De Jour	34%	33%	33%	30%	29%	3%
	7h De Jour	7%	8%	7%	9%	9%	11%
	12h	6%	6%	7%	7%	8%	9%
	horaires de nuit	13%	14%	13%	15%	14%	13%
	horaires de nuit partiels	1%	2%	2%	2%	2%	2%
IADE	7h36 Gde éq. de J	3%	2%	2%	3%	3%	5%
	7h50 De Jour	11%	10%	9%	8%	10%	3%
	7h De Jour	34%	34%	34%	31%	32%	31%
	12h	20%	21%	19%	20%	19%	18%
	horaires de nuit	28%	28%	29%	30%	28%	28%
	horaires de nuit partiels	7%	7%	7%	7%	9%	9%
IDE	7h36 Gde éq. de J	32%	33%	32%	32%	33%	52%
	7h50 De Jour	24%	22%	21%	20%	19%	0%
	12h	17%	18%	19%	20%	20%	20%
	horaires de nuit	23%	24%	24%	24%	24%	25%
	horaires de nuit partiels	6%	7%	7%	7%	7%	7%
puer	7h36 Gde éq. de J	24%	24%	18%	18%	18%	27%
	7h50 De Jour	18%	15%	12%	11%	11%	0%
	12h	37%	41%	46%	48%	48%	48%
	horaires de nuit	28%	28%	29%	30%	28%	28%
	horaires de nuit partiels	21%	22%	24%	27%	27%	26%

Source : AP-HP, calculs de la chambre

Total supérieur à 100% car les infirmières peuvent entrer dans plusieurs catégories

Annexe n° 6. Glossaire des sigles

AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
ANFH	Agence Nationale pour la Formation Permanente du personnel hospitalier
APHP	Assistance Publique - Hôpitaux
ARS	Agence régionale de santé
CAP	Commission administrative paritaire
CCSIRMT	Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques
CDD	Contrat à durée déterminée
CESDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme
CET	Compte épargne temps
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement - confédération générale des cadres
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGS	Coordinateur Générale des Soins
CGT	Confédération Générale du Travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLASS	Contrats d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CRUQPC	Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CTEC	Comité technique d'établissement central
CTEL	Comité technique d'établissement local
DH	Directeur d'hôpital
DIF	Droit individuel à la formation
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement professionnel continu
DRH	Direction des ressources humaines
DSAP	Direction des soins et des activités paramédicales
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EIG	Évènement Indésirable Grave
ETPR	Equivalent temps plein rémunéré
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés
FIR	Fonds d'intervention régional
FMEP	Fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle
FO	Force ouvrière
GH	Groupe hospitalier
GVT	Glissement vieillissement-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile

HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hospitalisation de jour
HPST	Loi hôpital- patients-santé-territoire (promulguée le 21/07/2009)
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEC	Infirmière de coordination
IDELIA	Infirmière de liaison
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISG	Infirmier de soins généraux
JF	Juridictions financières (Cour des Comptes, Chambres régionales et territoriales des comptes)
LADOM	Agence de l'outre-mer pour la mobilité
LMD	Licence-Master-Doctorat
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
ONI	Ordre national infirmier
OTT	Réforme de l'organisation du temps de travail à l'AP-HP
PAPRI PAC T	Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPCR	Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations
PSY	Psychiatrie
PUER	Puéricultrice
PUPH	Professeur des universités-praticien hospitalier
PV	Procès-verbal
QCM	Questionnaire à choix multiples
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RTT	Réduction du temps de travail
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SLD	Soins de longue durée
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNCH	Syndicat National des Cadres Hospitaliers
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TDS	Tableau de service
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
USC	Unité de soins continus

REPONSE

de Monsieur le Directeur général de l'AP-HP (*)

() Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.*



Paris, le - 7 JAN. 2019

Monsieur Gérard TERRIEN
Président
Chambre Régionales des Comptes d'Île de France
6, Cours des Roches
BP 187 Noisiel
77315 Marne-la-Vallée cedex 2

3 avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 55 77
secretariat.dg.sap@aphp.fr

LE DIRECTEUR GENERAL

Ref : D2018 - 5164

Monsieur le Président,

Vous m'avez adressé en date du 7 décembre 2018 le rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion de l'Assistance-Publique – Hôpitaux de Paris – Enquête sur les « personnels infirmiers ». Ce rapport appelle de ma part les observations suivantes :

En premier lieu, je vous remercie d'avoir pris en compte une partie des remarques que je vous ai précédemment adressées en réponse au rapport d'observations provisoires.

Je note également le retour positif qui figure dans le rapport sur les dispositifs mis en œuvre par l'AP-HP en matière de pratiques de soins, d'informatisation des procédures et de sécurisation des circuits. L'ampleur de la démarche de prévention des risques professionnels est également soulignée.

S'agissant des rappels au droit, certains ont déjà donné lieu à des mesures correctrices comme le changement des critères retenus pour l'attribution des logements temporaires du dispositif « Infirmière Capitale » ou le rappel à la vigilance pour l'organisation des formations obligatoires. De la même façon, la recommandation concernant l'adaptation des ratios de personnel aux capacités a été largement étendue au-delà des services de médecine et, de façon générale, les recommandations figurant dans le rapport feront l'objet d'un suivi précis.

Je souhaite également rappeler toute l'importance qu'attache l'AP-HP à son personnel infirmier et infirmier spécialisé compte tenu, en particulier, de son rôle dans la prise en charge des patients. Dans une période de forte pénurie d'infirmiers spécialisés mais aussi de tension sur les recrutements de personnels

infirmiers, l'AP-HP a engagé la mise en œuvre d'un plan d'attractivité ambitieux. Il consiste, d'une part, à établir une relation privilégiée entre l'institution et les étudiants susceptibles d'intégrer ses écoles en augmentant les partenariats avec les lycées pour l'offre de stages, en renforçant sa présence dans les salons infirmiers, développant la visibilité de l'offre par l'intermédiaire de la plateforme d'orientation « Parcoursup » et en lançant une campagne de communication sur le recrutement dans les IFSI de l'AP-HP.

S'agissant, d'autre part, des recrutements de personnels infirmiers et infirmiers spécialisés, l'objectif du plan d'attractivité est de souligner les opportunités qu'offre l'AP-HP en termes de variété d'exercice professionnel au sein de services et plateaux techniques performants, de possibilité d'être associés à des programmes de recherche paramédicale, à des protocoles de coopération entre professionnels de santé ou à l'exercice de la pratique avancée. De même, le Centre de Formation Continue interne à l'AP-HP contribue activement au développement des compétences de nos professionnels. Enfin, la politique sociale de l'institution, par le biais d'un accès facilité au logement par exemple (habituellement si difficile en Ile de France) ou la politique de promotion professionnelle fléchée sur les métiers en tension, jouent également un rôle essentiel dans ce dispositif.

Il convient, par ailleurs, de rappeler la place importante faite, à l'AP-HP, à l'amélioration des conditions d'exercice du personnel infirmier et infirmier spécialisé. Le rapport souligne à juste titre la qualité du travail engagé sur le dossier de soins qui permet une meilleure visibilité de la prise en charge des patients et traçabilité des soins prodigués. Le travail entrepris dans ce domaine a permis une réflexion sur les pratiques et la coordination des différents acteurs intervenant dans ces processus. La généralisation de l'outil ORBIS à l'ensemble des sites contribue également à l'harmonisation des pratiques soignantes et à la possible utilisation des données produites dans le cadre de la recherche paramédicale qui se développe avec le soutien de la fondation « recherche ».

De la même façon, la politique de prévention des risques professionnels s'est accompagnée d'une politique de prévention plus large de l'absentéisme à l'échelle institutionnelle qui s'est déployée dans l'ensemble des Groupes Hospitaliers. Ce travail commence à porter ses fruits avec une baisse significative du taux d'absentéisme des infirmiers qui est passé, tous motifs confondus, de 8,15% à 7,6% entre octobre 2017 et octobre 2018.

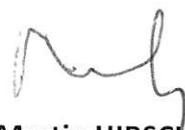
Enfin, l'AP-HP s'est engagée avec résolution, dans le cadre de son plan de transformation, dans une démarche d'augmentation du nombre de professionnels infirmiers impliqués dans des protocoles de coopération entre professionnels de santé pour les porter à 1.000. Elle s'investit aussi pleinement dans le dispositif de reconnaissance d'infirmières en pratique avancée dont le nouveau statut a été récemment présenté par les pouvoirs publics et qui doit

permettre d'ouvrir de nouveaux champs d'exercice pour nos professionnels paramédicaux en partenariat avec les universités qui en assurent la formation.

De la même façon, l'institution souhaite être partie prenante de l'évolution des textes annoncée dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » qui concernera en particulier les personnels infirmiers. Ainsi, au-delà du sujet de l'évolution des rémunérations des personnels infirmiers et infirmiers spécialisés, comparativement faibles par rapport à ce qui se pratique dans les autres pays de l'Union européenne, a fortiori compte tenu du coût de la vie en région parisienne, l'évolution du régime indemnitaire des personnels apparaît indispensable. Les mesures du plan « Ma santé 2022 » destinées à favoriser les mécanismes de reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié aux projets d'amélioration de la qualité de service ou la mise en place d'entretiens annuels d'appréciation basés sur des objectifs renouvelés afin de renforcer la reconnaissance individuelle, constituent une évolution intéressante.

Il apparaît indispensable en effet de reconnaître aujourd'hui à son juste niveau l'engagement des professionnels infirmiers et des personnels d'encadrement qui s'impliquent dans la qualité des soins mais aussi dans l'exercice de missions transversales ou à responsabilité accrue au bénéfice de leur institution et des patients qui y sont soignés.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Martin HIRSCH

Chambre régionale
des comptes
Île-de-France



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes Île-de-France :
www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france

Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france