TRANSITIONS DEMOGRAPHIQUES
TRANSITIONS ECONOMIQUES

Comment rebâtir des carrières attractives dans l'accompagnement des personnes âgées ?

28 Février 2023

Clara HORKAY
Chargée de recherche

TRANSITIONS DEMOGRAPHIQUES
TRANSITIONS ECONOMIQUES

Table des matières

Introduction 2

I. Des métiers peu attractifs 3

1. Les métiers d'aides soignants et d'infirmier 3
2. Des métiers essentiellement féminin 5
3. Les conditions se dégradent en EHPAD 6
4. Les EHPAD à but lucratifs : des profits au détriment des résidents ? 7

II. Des conditions de travail dégradées 8

1. Un manque de moyens 8
2. La sinistralité
9
3. La perte du sens du travail 10
4. Salaires insuffisants 11

III. Rebâtir des carrières attractives 11

1. De l'attractivité à la fidélisation 11
2. Des besoins très importants 12
3. Propositions de mesures 13

Conclusion 14

Bibliographie 15

Annexe 18

Introduction

Selon la DARES(1), les difficultés de recrutement en France sont à des niveaux inégalés. Il y avait 368 000 emplois vacants au premier trimestre 2022, soit une hausse de 75% par rapport au quatrième trimestre 2019. Comme l'explique la note du Think Tank Matières Grises(2) sur l'attractivité des métiers, des nouvelles visions du travail se sont développées depuis la crise du Covid, avec la popularisation du télétravail, mais aussi à travers de nouvelles considérations concernant le sens du travail. Ces réflexions sur la qualité du travail entraînées par la pandémie se sont couplées à des problèmes structurels latents : selon la DARES, les tensions de recrutement pré-pandémie étaient dûes à la précarité de l'emploi et aux conditions de travail difficiles. Les difficultés de recrutement touchent de nombreux secteurs, tels que la restauration, ou la logistique mais aussi les secteurs de la santé et des services d'aide à la personne, notamment les aides-soignants et les infirmiers en EHPAD ou à l'hôpital. La pandémie à permis de mettre en lumière les conditions de travail très difficiles, le manque de considération et le rôle important que jouent les soignants dans la vie de nombreux seniors.

Or la France connaît aujourd'hui un vieillissement de sa population : selon le dernier rapport du Haut Commissaire au Plan(3), au 1er janvier 2022, la France compte 6,5 millions âgés de 75 ans et plus. En 2050, la population des 75 ans et plus atteindra 11,3 millions de personnes dont 2,9 millions de personnes dépendantes. En effet, un vieillissement de la population mènera à terme à une augmentation du nombre de personnes dépendantes. Selon le rapport Libault(4), le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait augmenter de 20 000 personnes chaque année à l'horizon 2030. Une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie signifie que les professions du grand âge et de la santé, comme les aides soignants et les infirmiers, seront encore plus demandées qu'aujourd'hui. Selon le rapport El Khomri(5), en prenant compte des 60 000 postes vacants d'aujourd'hui, il faudra former 350 000 personnes aux métiers du grand âge pour faire face aux besoins de ces prochaines années.

En effet, ces métiers souffrent dès à présent d'un manque de financement, d'attractivité et de reconnaissance, et leurs conditions de travail se sont nettement dégradées ces dernières années. La surcharge de travail, les cadences effrénées et le manque de ressources ont causé un absentéisme élevé et poussé de nombreux professionnels à abandonner leurs métiers, que ce soit à l'hôpital ou en EHPAD. Il est donc important de comprendre comment et pourquoi les conditions sont devenues si difficiles, mais aussi quelles mesures prendre pour redonner de l'attractivité à ces métiers. Cette étude cherche à comprendre pourquoi les conditions de travail sont si difficiles pour ces métiers, notamment en EHPAD. La Chaire TDTE a précédemment réalisé une étude sur l'amélioration de la prise en charge de la dépendance, et sur les coûts que cela engendrerait, compte tenu du vieillissement démographique. Dans cette étude, la Chaire préconise une augmentation de 50% du taux d'encadrement en EHPAD, d'une revalorisation des salaires, d'une création de 410 000 emplois, et enfin un amélioration de l'Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA). Cela impliqueraient une hausse de près de 22 milliards d'euros d'ici 2030, soit plus du double de ce qui est préconisé par le rapport Libault (augmentation de 9,2 milliards pour 2030). Dans

la continuité de l'étude de la Chaire TDTE(6) sur l'amélioration de la prise en charge de la dépendance, nous visons ici à proposer des mesures pour bâtir des carrières soignantes plus attractives afin d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées.

I. Des métiers peu attractifs

1. Les métiers d'aides soignants et d'infirmier

Il existe une multitude de métiers au sein des hôpitaux. Les métiers médicaux regroupent les médecins et toutes leurs spécialités, ainsi que les sages-femmes et les pharmaciens. Les métiers paramédicaux réunissent des professions tels que les kinésithérapeutes, les techniciens de laboratoire , mais aussi les infirmiers et aides-soignants. Il y a enfin les métiers sociaux (psychologues, assistant social, animateur) et les métiers de l'administratif, de la logistique et de la technique (cadre de santé, ambulancier et standardiste).
En EHPAD, on y retrouve aussi des médecins et infirmiers coordinateurs, des aides soignants, et des paramédicaux (kinésithérapeutes, psychomotriciens) ainsi que des métiers plus sociaux tels que les animateurs.

Le métier d'infirmier exige une formation de 3 ans, qui débouche sur un Diplôme d'Etat d'infirmier, et permet d'exercer à l'hôpital,dans des entreprises, des associations, en EHPAD, ou en libéral. Les soins infirmiers ont pour objet, entre autres, de contribuer à la mise en œuvre des traitements, à l'application de prescriptions médicales, et aussi à surveiller et restaurer l'état physique et mental des patients. Les missions des infirmiers incluent la préparation et la distribution de médicaments, les prélèvements sanguins et les injections, la prise de tension, ou encore les changements de pansements. Les infirmiers peuvent aussi pratiquer des soins d'hygiène et faire la toilette des patients.

Bien que le métier d'aide-soignant présente des points communs avec celui d'infirmier, la formation et les missions sont différentes. La formation dure 1 an, elle est sans condition de diplôme, et représente l'équivalent d'un CAP. Cette dernière est donc moins longue que celle d'infirmière, et conduit à effectuer des missions qui ne relèvent pas du médical, mais de la vie quotidienne et du "nursing" : habillage, toilette, et transfert de personnes notamment. Étant donné leur présence quotidienne au chevet des patients, le lien humain et le relationnel avec les patients représentent une part importante du métier. L'aide soignant est sous la responsabilité de l'infirmier, et en collaboration avec ce dernier.

Il existe une certaine relation hiérarchique entre les deux professions, qui peuvent être en réalité perçus comme deux catégories, inférieure et supérieure, du même métier. En effet, l'infirmier est formé pour savoir effectuer les tâches des aides soignants, mais pas l'inverse. L'infirmier délègue donc certaines tâches, pour pratiquer les missions plus médicales, et donc réalise le travail qui est le plus socialement valorisé.

Les deux métiers sont, dans tous les cas, parmi les plus bas dans la hiérarchie des métiers de la santé, en ce qui concerne le salaire, la durée de formation, et la complexité du travail demandé. Cette hiérarchie est aussi visible quand l'on observe les passerelles entre le

métier d'infirmier et celui de médecin par exemple : un étudiant en médecine peut obtenir l'autorisation de pratiquer en tant qu'infirmier au bout de sa quatrième année d'étude, alors qu'un étudiant infirmier doit obtenir son DE (Diplôme d'Etat) et pratiquer pendant au moins deux ans pour espérer passer le concours après la première année de médecine (PASS).

Ces métiers manquent de reconnaissance au sein de la société, malgré leur grande utilité. Dans une étude canadienne(7), des infirmières rapportaient le sentiment d'avoir beaucoup de responsabilités concernant l'état des patients, mais malgré cela elles n'ont aucune autonomie ni pouvoir sur les décisions qui concernent les soins qu'elles doivent effectuer. Cela induit le sentiment de ne pas être reconnu comme étant de réel professionnel du soin, notamment par leurs supérieurs hiérarchiques, tels que les médecins. De plus, l'organisation du travail et l'absence de temps font que les infirmières se regroupent peu souvent pour communiquer et échanger, ce qui limite l'entraide et la solidarité entre elles, ne contribue pas au développement d'une certaine fierté à l'égard de leur profession, et ne permet pas d'organiser des démarches collectives pour faire face à leur souffrances au travail.

Les aides soignants sont eux aussi en bas de la hiérarchie des métiers de la santé et sont en plus soumis à l'autorité des infirmiers. Le "sale boulot"(8) leur est donc délégué : les tâches effectuées par les aides soignants sont considérées comme étant les moins désirables et les moins valorisées, ce qui aboutit à un manque de reconnaissance sociale de l'importance des soins effectuées par les aides soignants, qui sont en réalité indispensables pour assurer le bon état des patients.

En plus d'être dénigré, le travail des aides soignants est invisibilisé car il n'est pas perçu comme prestigieux. Particulièrement en EHPAD, car les aides soignants travaillent aux côtés de personnes malades et en fin de vie, ce qui renvoie directement aux tabous sociétaux et à nos propres angoisses liées au grand âge, à la maladie, et à la mort. Il y a donc une distance qui est prise face à ces métiers, et un manque de communication sur le bon déroulement de soins en EHPAD.

Le manque de reconnaissance et de compréhension du métier se manifeste aussi par des mauvaises relations avec les familles des patients. Les soignants ne se sentent pas perçus comme des professionnels de santé et des experts dans leurs domaines par les proches des résidents, mais plutôt comme des « serveurs ». Le manque de financement et les choix récents concernant la gestion des hôpitaux et des EHPADs a entraîné à une dégradation considérable des conditions de travail, accentuant ce sentiment d'invisibilité et d'absence de reconnaissance des infirmiers et aides soignants, qui ont l'impression que leurs doléances ne sont pas entendues.

Les conditions de travail de ces métiers sont par nature difficiles et éprouvantes. Ces dernières imposent de nombreuses contraintes physiques : les soignants sont debout durant la quasi-totalité du poste de travail, parcourent de grandes distances à pied, montent des escaliers, doivent porter des charges lourdes et effectuer des mouvements répétitifs et

possiblement douloureux. La nature de ces tâches restent, malgré leur formation, difficiles à pratiquer et demandent beaucoup de concentration. Les horaires sont longs et atypiques. Les patients doivent être surveillés en continu, ce qui nécessite que les soignants soient aussi présents tard le soir ou durant la nuit.

Ces conditions sont aussi psychologiquement rudes : contact avec des personnes qui peuvent être malades, en détresse, ou mourantes, ce qui nécessite de savoir prendre du recul, gérer ses émotions face à la souffrance, et aussi faire face à des patients qui peuvent être désagréables, insultants ou violents. De plus, les aides soignants et infirmiers en EHPAD sont souvent confrontés à la mort de leurs résidents avec qui ils ont possiblement pu tisser des liens, et peuvent se retrouver confrontés au deuil face à ces décès.

En raison du changement démographique et de l'augmentation de l'espérance de vie, l'âge et l'état général des résidents d'EHPAD a évolué ces dernières années, au détriment des conditions de travail. L'étude de Renaud Petit et Véronique Zardet(9) portant sur l'attractivité des métiers résument bien cette situation : "L'âge moyen d'entrée des personnes âgées dépendantes dans les structures EHPAD s'accroît inexorablement (86,16 ans en 2012, contre 85 en 2008). Si bien que les situations sanitaires et sociales sont chaque jour plus complexes, avec des syndromes démentiels, une grande dépendance, des pathologies chroniques... auxquels les professionnels ne sont pas toujours bien préparés ni formés."

Depuis de nombreuses années, le personnel soignant et médico-social se plaint d'un manque de moyens dans les EHPAD. La crise du Covid a mis en lumière ce manque de financement qui a dégradé les conditions de travail du personnel. Quand bien même la situation sanitaire a permis de placer ce sujet au sein du débat public, les conditions de travail des soignants demeurent très difficiles.

2. Des métiers essentiellement féminin

Les corps de métier d'infirmiers et d'aides soignants sont constitués très majoritairement, voire quasi exclusivement de femmes. La profession d'infirmier est composée à 88% de femmes(10), et à près de 92% pour les aides-soignantes(11). La tendance ne semble pas s'inverser pour les prochaines années : en 2018, les promotions des études de santé étaient elles aussi constituées majoritairement de femmes (84% dans l'ensemble), avec la formation d'aide soignantes qui était composée à 90% de femmes(10).

Les conditions de travail dégradées et la faible rémunération de ces professions sont non seulement une problématique pour le secteur de la santé, mais c'est aussi un sujet d'égalité entre les hommes et les femmes. En effet, selon le rapport El Khomri(5), les faibles rémunérations des infirmières et aides-soignants s'expliquent partiellement en raison des inégalités salariales, présentes dans toutes professions. Les métiers très féminisés souffrent donc trop souvent de rémunérations insuffisantes. L'amélioration des conditions de travail de ces femmes est aussi importante pour préserver leur santé, car comme le rappelle le rapport El Khomri(5), ces femmes sont "en moyenne plus âgées que l'ensemble des salariés et en situation sociale précaire pour les travailleurs à domicile" et ont donc un "risque plus important de développer des pathologies" si les conditions ne s'améliorent pas.

De plus, la grande proportion de femmes dans ces métiers explique en partie leur manque de reconnaissance. Le rapport El Khomri(5) explique que tout comme le tabou sociétal autour du vieillissement qui explique les conditions de vie médiocres des personnes dépendantes, c'est le désintéressement général des droits des femmes qui entraine ce manque de reconnaissance des métiers dits ‘féminins’.

Ces métiers sont vus comme féminins car ils font appel à des compétences et qualités dites ‘féminines’ (soin, accueil, aide, patience, etc…). Le développement de la demande du ‘care’(12) des personnes âgées notamment en raison de l'augmentation de l'espérance de vie a permis à de nombreuses femmes à la fin du XXème d'accéder à ces métiers qui leur demandaient de pratiquer des tâches déjà effectuées dans la sphère familiale. Ce phénomène a en partie permis aux femmes d'accéder au marché du travail et de faire reconnaître leur activité domestique comme un réel savoir-faire.

Cependant, ce transfert de compétences de la sphère familiale à la sphère du travail a aussi contribué à confiner ces femmes dans des métiers peu rémunérés, pas assez reconnus et de plus en plus précaires. Car premièrement ce travail est déjà pratiqué gratuitement dans le foyer, mais aussi car ces tâches sont attendues de la part des femmes, puisque celles-ci sont perçues par la société comme des soignantes et aidantes innées.

3. Les conditions se dégradent en EHPAD

En France, les EHPAD peuvent appartenir à quatres statuts juridiques : les EHPAD publics hospitaliers, les EHPAD publics non hospitaliers, les EHPAD privés à but non lucratif, généralement tenus par une association, et les EHPAD privés à but lucratif, appartenant à des groupes privés, qui peuvent être cotés en Bourse. L’Etat et l’Assurance maladie financent le personnel médical et les équipements médicaux des EHPAD publics. Les dépenses concernant l’encadrement de la perte d’autonomie, y compris les salaires des aides soignants, sont prises en charge par les conseils départementaux (à travers l’Allocation Autonomie Personnalisée (APA)). L'hébergement, la restauration et les animations sont à la charge des résidents.

Les EHPAD publics sont confrontés à une situation budgétaire et financière fragile, surtout depuis la crise du Covid, qui a conduit à la fermeture de services en raison du manque de personnel, mais aussi en raison de l’inflation, qui conduit à la hausse des prix d’hébergement et de soins. Selon une enquête de la Fédération Hospitalière de France(14), 60 % des EHPAD rencontrent des difficultés de trésorerie en 2022 et 90 % des EHPAD indiquent une baisse de la capacité d’investissement entre 2019 et 2022. Pour cause, des recettes non indexées sur des dépenses qui croissent d’année en année en raison du vieillissement démographique et des situations sanitaires de plus en plus complexes. Un manque de financement synonyme d’une insuffisance de ressources, et un taux d’encadrement trop faible pour répondre aux besoins des résidents provoquent ainsi une grande souffrance pour les infirmiers et aides-soignants, incapables de correctement faire leur travail et contraints de subir des cadences effrénées.

4. Les EHPAD à but lucratifs : des profits au détriment des résidents ?

Les EHPAD publics et privés à but non lucratif sont majoritaires : en 2015, on recensait 997 établissements publics et 2 208 privés à but non lucratif , contre 1 756 EHPAD privé à but lucratif(15). Cependant, on observe depuis ces dernières années une croissance plus rapide de ces derniers, non sans conséquences sur les conditions de vie des résidents et sur les conditions de travail des employés de ces établissements.

Le financement des EHPAD privés est lui aussi divisé dans ces trois sections : le soin, la perte d'autonomie, et l'hébergement. Comme dans un EHPAD public, les soins et la dépendance sont pris en charge par l'Etat ou les collectivités territoriales, tandis que l'hébergement est à la charge des résidents. Le budget alloué par l'Etat pour les soins de santé et d'encadrement de la dépenses aux EHPAD privées se fait en fonction du nombre de résidents et de leur niveau de dépendance, et donc des besoins nécessaires. Cependant, aucun dispositif n'est mis en place pour permettre un contrôle a posteriori et vérifier si l'EHPAD fournit effectivement les services pour lesquels il a été financé. Selon la sociologue Jingyue Xing-Bongioanni(16), il y a très peu de contrôles sur le terrain effectués par les Agences Régionales de Santé (ARS) en raison du manque de personnel.

De plus, le tarif de l'hébergement est beaucoup plus élevé dans les établissements privés (le tarif médian d'un EHPAD public étant de 1801 €, contre 2620 € pour un EHPAD privé(17)). Contrairement aux établissements publics, les tarifs sont entièrement libres et les EHPAD privés ne sont pas soumis à des nombres de places obligatoires pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement. C'est là que les EHPAD privés à but lucratif font la majorité de leurs profits.

Cependant, la possibilité qu'un EHPAD soit lucratif peut mener à bien des dérives. Premièrement, les coûts d'hébergement en moyenne plus élevés n'assurent pas un meilleur accompagnement, car rien n'oblige les EHPAD privés commerciaux d'assurer un certain niveau de soin. De plus, le manque de contrôle dans les EHPAD privés n'incite pas ces derniers à utiliser le financement reçu par l'Etat et les collectivités territoriales pour améliorer la prise en charge des résidents(18). En effet, les EHPAD privées à but lucratifs sont les structures où le taux d'encadrement est le plus bas, avec 53 ETP pour 100 résidents, contre 68 ETP dans les EHPAD publics hospitaliers(19).

D'ailleurs, les salaires des infirmiers et aides soignants sont plus bas dans les EHPAD privés : selon le CNSA(20), ils touchent en moyenne 4000 € de moins par an que les infirmiers et aides soignants du public. La crise du Covid aurait aussi révélé une surmortalité dans les EHPAD privés commerciaux. Selon la DREES(21), les Ehpad privés à but lucratifs ont été significativement plus touchés par des cas et des décès liés au Covid-19 que les autres structures, possiblement en raison du taux d'encadrement plus faible et d'un recours plus fréquent à la sous traitance, ce qui mène à un turnover du personnel plus élevé.

L'ouvrage "Les Fossoyeurs"(22), qui dénonce certaines pratiques du groupe de maisons de retraite Orpea, a permis de mettre en lumière les éventuelles conséquences néfastes liées à la nature même des EHPAD privés à but lucratif. En effet, le groupe Orpea à été accusé

d'avoir au sein de ses EHPAD plusieurs pratiques problématiques au niveau éthique et sanitaire. Parmi de nombreuses accusations, il est principalement reproché au groupe d'avoir priorisé ses profits, au détriment de la santé et de l'encadrement des résidents : le soins d'hygiène, de santé, mais aussi les repas auraient été rationnés afin d'améliorer la rentabilité du groupe.

Le nombre croissant d'EHPAD privés montrent une volonté de faire basculer la prise en charge des personnes dépendantes d'une branche de la protection sociale vers un autre secteur de l'économie(23). En effet, l'Etat encourage le processus de privatisation des EHPADs. La loi du 24 janvier 1997 permet aux établissements privés de recevoir des financements publics, et d'accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ce qui a permis aux établissements privés de se développer. De plus, on observe un ralentissement de la création de places, ce qui crée un rationnement.

En parallèle, des outils de comparaisons entre différents EHPAD ont été introduits, (notamment des palmarès des meilleures maisons de retraite publiés dans des journaux spécialisés). Cela crée une situation de mise en concurrence, donnant l'impression aux patients de pouvoir choisir l'EHPAD le plus adapté, alors que le rationnement de places ne leur donne en réalité aucun libre choix, car ces patients finissent par entrer dans le premier EHPAD où ils sont acceptés. Les pouvoirs publics ont introduit des indicateurs permettant de mesurer la performance et les résultats des EHPAD, poussant encore plus loin cette vision à seul but lucratif des EHPAD. Cette vision de plus en plus économique des EHPAD a amené le soin et la prise en charge de la dépendance à passer derrière la rentabilité, au détriment des résidents, mais aussi du personnel, qui finissent par se retrouver maltraitants contre leur gré.

II. Des conditions de travail dégradées

1. Un manque de moyens

L'absence de moyens et la recherche de la rentabilité deviennent donc les principaux coupables de la dégradation des conditions de travail des aides soignants et infirmiers.

Le manque de personnel mène à une surcharge de travail, car il y a donc trop de patients ou résidents par soignant. Et cette surcharge de travail entraîne les soignants dans une spirale négative : les infirmiers et aides soignants effectuent un travail à la chaîne, sont extrêmement pressés et ne peuvent effectuer correctement leurs tâches. Le rapport Libault(4) décrit par exemple des situations où les toilettes des résidents d'EHPAD sont écourtées dû au manque de temps. Un témoignage d'aide soignante décrit qu'elle se retrouvait contrainte de donner environ 15 douches en l'espace de quatre heures. Impossible donc de prendre soin et de s'adapter aux besoins de patients séniles ou atteints d'Alzheimer. Le rationnement de ressources à conduit à des situations où, par manque de protections adéquates, certains résidents passaient la nuit dans des draps souillés.

Concernant les hôpitaux, les évolutions récentes ont mis la pression sur les services d'urgences, tout en encourageant les séjours courts. Les infirmiers et aides soignants deviennent obligés de se concentrer sur la réduction du temps d'hospitalisation au lieu de

réfléchir à quels soins sont les plus adaptés. Le manque de personnel à l'hôpital rend également la cadence du travail intenable.

Les conditions de travail de ces métiers, qui sont par nature éprouvantes, deviennent en réalité insupportables quand les soignants sont dans l'incapacité de réaliser leur travail correctement. Ces derniers se retrouvent dans des situations d'épuisement, ce qui peut mener à des erreurs et des oublis. Cela peut aussi produire un stress aigu car les enjeux sont de taille : mal faire son travail peut engendrer des complications voire la mort des patients.

La détresse psychologique causée aux soignants peut mener au burn out, c'est-à-dire un épuisement professionnel qui peut se révéler sous formes de symptômes physiques et psychiques (fatigue, migraines, insomnies, anxiété). Les symptômes de burn out seraient très prévalents et en augmentation chez les soignants selon une étude récente : deux tiers des médecins et infirmiers interrogés souffriraient d'un sentiment d'épuisement professionnel. Bien que le syndrome du burn out puisse être présent dans toutes professions, il se distingue dans les cas des soignants car il semble souvent se développer en raison de la déshumanisation de la relation avec les patients, alors que cette relation est initialement au cœur de ces métiers.

2. La sinistralité

Les conditions de travail très difficiles auxquelles les infirmiers et aides-soignants font face engendrent de lourdes conséquences. En plus des risques psychiques tels que le syndrome de burn out qui sont très prévalents, les soignants sont aussi sujet à des accidents du travail physiques : le secteur de l'hébergement des personnes âgées est celui qui enregistre le taux de lombalgies le plus élevé. Le secteur de la dépendance (EHPAD ou à domicile) fait face à une sinistralité record, avec un taux trois fois supérieur à la moyenne national, et supérieur d'un tiers aux taux du secteur des Bâtiments et Travaux Publics (BTP)(5).

La sinistralité importante cause ensuite un fort taux d'absentéisme et de turnover, coûteux pour les employeurs. La sinistralité élevée engendre aussi une augmentation des taux de cotisations prévoyance. Le fort taux d'absentéisme bouscule l'organisation des EHPAD et génère de nombreux changements de planning, ce qui, à son tour, favorise encore plus l'absentéisme et le turnover, générant encore plus de coûts. Afin de respecter le minimum légal de soignants par résident, la direction des établissements peut se retrouver à embaucher des contractuels en utilisant le budget qui devait originellement servir à financer des projets de développement des EHPADs(9).

Concernant l'hôpital, le nombre d'arrêts maladies est en moyenne plus élevé que dans les autres secteurs professionnels, avec un absentéisme significativement plus élevé pour les infirmiers et aides soignants que pour les médecins, en raison des conditions de travail plus éprouvantes physiquement.

3. La perte du sens du travail

Le sentiment d'utilité ne résume pas entièrement la définition du sens du travail, même s'il en fait partie. La crise sanitaire à mis en lumière l'importance et l'utilité des métiers de la santé, considérées comme "professions essentielles", mais a aussi relevé des "conflits éthiques aggravés", faisant perdre du sens au travail de ces derniers, comme l'explique l'ouvrage de Thomas Coutrot et Coralie Perez(24). Les auteurs différencient le sens de l'emploi, qui est l'institution encadrante du travail, et le sens du travail. Le sens de l'emploi englobe le salaire, les possibilités de progression de carrière, ou encore la convivialité du lieu de travail.

Le travail, que les auteurs définissent comme l'action d'engager son corps et son esprit dans l'acte de produire, trouve son sens dans trois dimensions : (1) le sentiment d'utilité sociale, obtenu en complétant différentes missions et en atteignant des objectifs, (2) la cohérence éthique, à savoir réaliser correctement son travail dans les règles de l'art, et (3) la capacité de développement, autrement dit la possibilité de grandir et d'apprendre en travaillant.

Les infirmiers et aides soignants ont peut être joui d'une reconnaissance de leur travail lors de la crise sanitaire, mais leur travail reste la majorité de temps dans l'ombre, limitant cette impression d'utilité sociale, tandis que les cadences infernales et le manque de moyens restreignent la possibilité de compléter tous les objectifs fixés. De plus, cette surcharge de travail et l'insuffisance de ressources contraignent les aides soignants et infirmiers à bâcler leur travail, ou tout simplement à ne pas prodiguer de soins nécessaires, limitant la cohérence éthique de leur travail. Finalement, la détresse psychologique et le sentiment du travail mal fait peuvent devenir des facteurs qui freinent ce sentiment de progression du savoir faire et de ses connaissances.

Coutrot et Perez décrivent aussi le phénomène du remplacement d'un travail vivant où les travailleurs font preuve de leur intelligence et entretiennent des rapports sociaux avec les autres, par le travail mort, incorporé par les machines, les logiciels, les consignes et procédures. Ce phénomène peut être observé à l'hôpital, ou les soignants et infirmiers se sentent submergés par les nouvelles procédures managériales tel que la T2A. (voir annexe (1))

Les aides soignants en EHPAD, souvent intéressés par le métier en raison du côté relationnel, le contact avec les résidents, et l'aspect lieu de vie de l'EHPAD, font aussi face à ce "travail mort", où ces derniers se retrouvent à enchaîner les soins des résidents, et où les rapports affectifs avec les résidents sont de plus en plus limités.

Le sentiment de ne pas faire correctement, de ne pas avoir le temps, de ne pas développer ses compétences : le travail des infirmiers et aides soignants a donc perdu son sens, mais le sens de ces emplois en tant qu'institution semble se perdre aussi, avec l'absence de progression de carrière et des rémunérations insuffisantes.

4. Salaires insuffisants

Le manque d'attractivité des métiers d'infirmiers et d'aides soignants reposent aussi sur leurs salaires jugés trop faibles. De l'ordre de 1700€ brut par mois pour un infirmier débutant de la fonction publique avant 2022, il est passé à 1800€ brut depuis les mesures du Ségur de la Santé(25). C'est un salaire relativement bas : une étude de l'OCDE(26) de 2019 situe le salaire des infirmiers français au 28ème rang sur les 32 pays qui composent l'OCDE.

Le salaire d'aide soignant, revalorisé suite au Ségur de la Santé, demeure relativement faible et se situe en dessous de celui des infirmiers, avec une rémunération de 1682€ brut par mois pour un aide-soignant en début de carrière. En raison du type de taxation[1],il est préférable pour les employeurs d'avoir une rotation de plusieurs employés à temps partiel plutôt qu'un seul employé à temps complet, afin d'éviter les taux majorés, ceci encourage le recours au temps partiel, au détriment des souhaits des employés et de leur rémunération.

Les aides soignantes à domicile aussi font face à des temps partiel subis : leur contrat ne rémunère que les interventions, sans prendre en compte les temps de trajet, ou les coupures méridiennes. Le quotidien des aides soignantes à domicile est donc caractérisé par un enchaînement d'interventions, et du travail le weekend et la nuit, souvent pour un salaire inférieur à mille euros. Que ce soit pour les infirmiers ou les aides-soignants, la progression salariale est relativement faible tout au long de la carrière. Au-delà de la nécessité d'augmenter l'attractivité de ces métiers, une revalorisation salariale est primordiale en raison de la pénibilité intrinsèque de ces métiers mais aussi de leur utilité publique.

III. Rebâtir des carrières attractives

1. De l'attractivité à la fidélisation

Qu'est ce qui détermine l'attractivité d'un métier ? Selon l'étude de Petit et Zardet (2017)(9), l'attractivité ne se résume pas à la promotion d'une image positive de l'entreprise par l'employeur afin d'accroître sa notoriété. Bien que la notoriété puisse jouer un rôle, d'autres facteurs entrent en jeu : le salaire, les horaires, les responsabilités, les conditions de travail, mais aussi les équipements, ou les moyens de transport à proximité.

Le concept d'attractivité est fortement lié à celui de fidélisation. En effet, un travailleur est fidèle à son organisation si ce dernier s'investit pour améliorer la performance de

[1] Rapport Libault : " La taxe [sur les salaires] est calculée à partir d'un barème progressif qui s'applique aux rémunérations individuelles annuelles versées sans tenir compte de la quotité de travail. Le barème a été fixé par les lois des 9 octobre et 29 novembre 1968 et n'a quasiment pas été modifié depuis. Dès lors, la majorité des salaires est désormais assujettie au taux maximal. Comme le note la Cour des Comptes dans un référé de juillet 2018 : « [...] Le barème de la taxe sur les salaires s'applique par salarié en fonction de seuils de rémunérations annuelles, non proratisés en fonction de la durée dans l'emploi. Recourir à des salariés à temps partiel ou employer plusieurs salariés successivement sur le même poste dans l'année permet ainsi d'éviter ou de limiter l'application des taux majorés»"

l'entreprise, et ne cherche pas à la quitter. La fidélisation peut se mesurer en partie par les taux de turnover. Un faible taux de turnover montre que les employés sont fidèles, augmentant ainsi l'attractivité de l'emploi. Afin de fidéliser le personnel, des mesures multidimensionnelles et qui affectent le système dans sa globalité sont nécessaires.

Concernant les hôpitaux et les EHPADs, les difficultés de recrutement sont liées à cette faible fidélisation du personnel, qui ne parvient pas à se maintenir de manière durable en raison des conditions de travail trop difficiles. De plus, la crise de l'hôpital et la pandémie de COVID ont contribué à dégrader encore plus l'image des métiers d'aides soignants et d'infirmiers.

2. Des besoins très importants

Les conditions de travail hostiles encouragent les démissions, et diminuent l'attractivité de ces métiers, augmentant ainsi les tensions de recrutement, causant à leur tour des conditions encore plus dures pour les soignants qui restent et qui souffrent du trop faible effectif et de la surcharge de travail.

Juste avant la crise sanitaire, en janvier 2020, plus de 1000 médecins hospitaliers, dont 600 chefs de service, ont envoyé une lettre de démission collective à l'ancienne Ministre de la Santé Agnès Buzyn(27). Côté infirmiers, ils seraient 1 245 à avoir démissionné entre 2020 et 2021(28).

Les difficultés de recrutement s'accentuent : 34 000 postes d'infirmières et 24 000 postes d'aides-soignantes étaient non pourvus en septembre 2021 en France(29). Pour Thierry Amouroux, président du Syndicat National de la Profession d'Infirmier, il manque 60 000 postes d'infirmiers dans les hôpitaux aujourd'hui(30). Selon le rapport de la Dares « Les métiers en 2022 »(31), les métiers d'infirmiers et d'aide-soignants font partie des cinq métiers les plus recherchés, et selon une enquête de la Fédération hospitalière de France menée entre avril et mai, la quasi-totalité des hôpitaux et EHPAD connaissent des difficultés pour recruter des paramédicaux(32). Or, les besoins en EHPAD ne font qu'augmenter d'année en année : en cause, le vieillissement démographique, mais aussi la nécessité d'améliorer l'encadrement des personnes dépendantes. L'étude de la Chaire TDTE(6) sur les coûts de la dépendance explique qu'il faudrait augmenter le taux d'encadrement de 50%, pour qu'il passe de 64 ETP pour 100 résidents, à 93 ETP pour 100 résidents, impliquant la création de 410 000 emplois pour le grand âge.

Malgré les mesures proposées et les réformes mises en place par le gouvernement, les métiers de la santé continuent de souffrir d'un manque d'attractivité considérable, comme en témoignent les démissions et les postes vacants. Si des mesures fortes ne sont pas mis en place pour remédier aux problème, il ne fera que s'empirer, causant un cercle vicieux : le manque de personnel rend d'ores et déjà les conditions de travails difficiles, ce qui diminue l'attractivité du métier, rendant le recrutement difficile, empirant encore plus les conditions de travail.

3. Propositions de mesures

Bien que l'exécutif ait proposé ces dernières années des mesures visant à améliorer les conditions de travail des soignants, ces propositions ne semblent pas être à la hauteur des enjeux actuels. (voir annexe (2))

Ainsi, cette étude propose des mesures supplémentaires pour améliorer les conditions de travail des professionnels, en s'inspirant des travaux antérieurs de la Chaire(6), mais aussi de nombreux rapports, notamment du rapport Libault(4) et El Khomri(5) et de l'étude de Petit et Zardet (2017)(9).

3.1.Améliorer les conditions de travail :

- Augmenter les salaires des infirmiers et aides-soignants de 20%, comme le préconise le rapport El Khomri.
- Établir un taux de taxation unique peu importe les salaires pour réduire le recours au temps partiel et ainsi éviter les temps partiels subis.
- Mettre en place un référentiel sur le temps nécessaire à un aide soignant ou infirmier pour chaque intervention.
- Augmenter le taux d'encadrement de 50% en EHPAD pour atteindre 93 ETP pour 100 résidents, c'est-à-dire 0,6 aides soignants et infirmiers par résident.
- Mettre en place une cellule psychologique permanente, gratuite et facilement accessible aux soignants, comme l'avait mis en place l'ordre des infirmiers durant la crise sanitaire.
- Généraliser l'utilisation de robots d'assistance pour soulager le personnel.
- Développer les programmes de prévention pour diminuer les accidents de travail.

3.2. Améliorer la formation :

Une formation plus adaptée permet de mieux préparer les professionnels aux réalités et aux exigences de leur travail, ce qui aura un impact positif sur leur qualité de vie au travail.

- Proposer au sein des formations d'aide soignants et d'infirmiers des cours et activités qui développe l'empathie et l'écoute des patients, et adapter les critères de sélection des concours pour mettre en valeur les compétences relationnelles autant que les connaissances pratiques.

- Faciliter les passerelles entre les métiers du grand âge et du handicap pour permettre d'avoir d'autres perspectives.

- Développer les formations de bientraitance, telle que la formation Humanitude, qui se concentre sur le bienveillance et sur le respect des envies des résidents, et à la particularité de proposer une formation à tout le personnel des équipes des établissements médico-sociaux.

3.3 Adapter le management des EHPAD :

Les techniques managériales adaptées et bien appliquées sont essentielles pour améliorer les conditions de travail des aides-soignants et infirmiers en EHPAD, favorisant ainsi leur bien-être, leur motivation et leur engagement dans leur travail auprès des résidents.

- Généraliser les entretiens individuels entre les managers et les professionnels pour adapter l'organisation du travail, et permettre notamment un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle.

- Inclure les infirmiers et aides soignants dans l'organisation de l'EHPAD et dans les prises de décisions.

- Favoriser les échanges entre les résidents, les familles, et les professionnels.

- Instaurer des protocoles pour faciliter l'arrivée des nouveaux professionnels.

Conclusion

Améliorer les conditions de travail des aides-soignants et infirmiers en EHPAD et à l'hôpital est un enjeu crucial pour garantir la qualité des soins et le bien-être des patients, ainsi que pour assurer la satisfaction et la rétention du personnel de santé. Pour y parvenir, il est essentiel de prendre en compte les besoins et les attentes des professionnels de santé, en leur offrant des formations, des moyens matériels adéquats, des horaires de travail adaptés, des salaires justes et des perspectives de carrière attractives.

Rappelons l'importance des besoins personnels : l'étude de la Chaire TDTE(6) sur les coûts d'une amélioration de la prise en charge de la dépendance démontre qu'il faudra accorder des moyens considérables pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées, notamment en augmentant le taux d'encadrement de 64 à 93 ETP par résidents, et en créant 410 000 nouveaux emplois pour le grand âge. Le financement additionel serait de l'ordre de 22 milliards d'euros d'ici 2030, soit plus du double de ce qui est préconisé par le rapport Libault. Sans ces ressources humaines supplémentaires, ces métiers resteront des métiers pénibles et peu attractifs. Mais il est aussi indispensable d'agir sur d'autres leviers : la formation doit être adaptée pour être plus humaine et favoriser les passerelles entre le

grand âge et le handicap, tandis que le management des EHPAD doit s'adapter pour favoriser les échanges entre les professionnels, les résidents et les familles.

Il est également important de souligner que les politiques choisies par les gouvernements jouent un rôle majeur dans la qualité des conditions de travail des professionnels de santé en EHPAD et à l'hôpital. Des politiques de financement suffisantes pour les établissements de santé, ainsi que la promotion d'une culture de bientraitance, sont essentielles pour attirer et retenir des professionnels de santé compétents et fidèles.

En outre, la qualité des soins prodigués est étroitement liée à la culture de bientraitance et à la qualité des conditions de travail. Les établissements de santé où règne une culture de bientraitance et qui disposent d'un financement suffisant sont synonymes de carrières attractives et de professionnels fidèles. Sans le premier, le second ne se fera pas. En investissant dans les professionnels de santé, nous investissons également dans la santé et le bien-être de nos communautés.

Bibliographie

(1) Lagouge, Adrien, Ismaël Ramajo et Victor Barry. *"La France vit-elle une "Grande démission" ?" DARES,* octobre 2022

(2) Fanfelle, Thomas. *"Attractivité des métiers : Comment renforcer et soutenir les innovations des acteurs"*, Matières Grises, février 2023

(3) Bayrou, François et Luc Broussy. *"Quand les babyboomers auront 85 ans : Projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050",* Haut-Commissariat au Plan

(4) Libault, Dominique. "Concertation Grand âge et autonomie." 2019

(5) El Khomri, Myriam. "Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge." *Ministère de la Santé*, octobre 2019

(6) Couture, Emilie et Clara Horkay. *"Un effort très important en faveur de la perte d'autonomie : estimations, bénéfices, financement et harmonie entre générations"*, Chaire TDTE, octobre 2022

(7) Alderson, Marie. *« Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance »*, Recherche en soins infirmiers, 2005

(8) Arborio, Anne-Marie. *"Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital"*, Sciences Sociales et Santé, 1995

(9) Petit, Renaud, et Véronique Zardet. *« Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management »*, 2017

(10) BARLET,Muriel et Marie Cavillon. *"La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles"*, DRESS, 2020

(11) Brendler, Jonathan et Pauline Roger. *"Crise sanitaire de Covid-19 : les femmes nettement majoritaires dans les métiers-clés en Normandie"*, INSEE, 2021

(12) Cresson, Geneviève, et Nicole Gadrey. *« Entre famille et métier : le travail du care »*, Nouvelles Questions Féministes, 2004.

(14) Enquête FHF. *"Situation budgétaire des EHPAD publics en fin d'exercice 2022",* 2022

(15) *"Les établissements de santé"*, DRESS, 2021.

(16) Xing-Bongioanni, Jingyue. *« Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : le cas des EHPAD »*, Revue Française de Socio-Économie, 2021

(17) Logement Seniors. *"La tarification des EHPAD en France : focus sur les systèmes actuels et tarifs appliqués"*,2019

(18) Capital. *"Affaire Orpéa : ce qui explique les dérives dans les Ehpad privés à but lucratif",* 2022

(19) DREES. *"Le taux d'encadrement dans les Ehpad : Ses déterminants et ses alternatives"*, 2020

(20) CNSA *"La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2017"*, 2020

(21) DREES, *"En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19"*, 2021

(22) Castanet, Victor. "Les Fossoyeurs", Editions Fayard, 2022

(23) Delouette, Ilona, et Laura Nirello. *« Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »*, Journal de gestion et d'économie médicales, 2016.

(24) Perez, Coralie et Thomas Coutrot, *"Redonner du sens au travail: Une aspiration révolutionnaire"*, Editions du Seuil, 2022

(25) Matmut. *"Quel est le salaire moyen d'un infirmier travaillant en hôpital ?"*, Octobre 2020

(26) OCDE. *"Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students"*, Éditions OCDE, 2019

(27) BFMTV. "Plus de 1000 médecins hospitaliers ont envoyé une lettre de démission collective à Agnès Buzyn", janvier 2020

(28) Ouest France. *"Covid-19. Combien de soignants ont quitté l'hôpital depuis la crise ?"* , février 2022

(29) Egora. *"Olivier Véran en appelle aux dizaines de milliers d'infirmières qui ont quitté l'hôpital"*, Février 2021

(30) SNPI. ***"****Infirmiers : 30 % des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5 ans"*, Février 2019

(31) Argouarc'h Julie ,Sandrine Aboubadra-Pauly, Frédéric Lainé, Cécile Jolly *"Les métiers en 2022 :Prospective par domaine professionnel"*, DARES, avril 2015

(32) FHF. *"Enquete RH 2022"*, mai 2022

(33) Orange, Sophie et Fanny Renard. *"Et pourtant elles restent… Ce qui fait tenir les aides-soignantes"*, AOC, juin 2022

(34) Couty, Édouard. *« Hôpital public : le grand virage »,* Les Tribunes de la santé, 2010

(35) Arborio, Anne-Marie et Sophie Divay. "*Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital."* Sciences humaines, 2019.

(36) Jounin, Nicolas et Loup Wolff. *"Entre fonctions et statuts,les relations hiérarchiques dans les établissements de santé."* 2006

(37) Canouï, Pierre. *« La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques »*, InfoKara, 2003.

(38) Dominique Méda . *« Il pourrait être nécessaire de recruter jusqu'à 100 000 infirmiers pour un montant de 5 milliards d'euros »*, Le Monde, 2022

(39) Pollak, Catherine, et Layla Ricroch. *« Les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ? »*, Revue française d'économie, 2016.

(40) France Info. *"Affaire Orpea. Une ancienne aide-soignante témoigne"*, 2022

(41) Les Echos. *"Dépendance : alerte sur les finances des Ehpad publics",* Janvier 2023

Annexe

(1) La T2A : le point de départ d'une politique de réduction des coûts aux effets pervers

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, une nouvelle forme de financement des hôpitaux est introduite : la tarification à l'activité (T2A). La T2A consiste à créer des classification de différents profils de malades, qui sont ensuite sous divisées en catégories de diagnostics et de soins pratiqués. Chaque acte ou soin effectué est associé à un tarif, avec une grille tarifaire mise à jour chaque année.

La quantité d'actes fois leur prix détermine le financement accordé à l'hôpital. Il y a cependant une inadéquation entre les tarifs déterminés et les ressources réellement nécessaires pour traiter certaines pathologies. Elles peuvent nécessiter plus de personnel, d'équipements, et un séjour d'hospitalisation plus long, ce qui n'est pas forcément pris en compte dans la grille de tarification de l'ATIH. Pour obtenir plus de financement dans l'exercice de leur métier, la T2A a incité certains comportements qui ne s'alignent pas avec l'objectif premier de l'hôpital, de prodiguer les soins nécessaires.

Il y a premièrement une priorisation des actes les plus rentables comme la chirurgie, aux détriments de la psychiatrie, des maladies chroniques, ou des soins aux personnes âgées, qui nécessitent des traitements lourds, beaucoup d'accompagnement, et un séjour de long terme. Ceci est considéré comme trop coûteux et n'est pas valorisé par la grille de tarification. L'hôpital ne peut donc pas se permettre d'accueillir ces patients, aux problèmes souvent chroniques, gériatriques et psychiatriques. Ces derniers ne peuvent pas non plus rentrer chez eux, du fait de leur grande dépendance et se retrouvent à attendre aux urgences, parfois plusieurs jours, avant d'être admis dans un service hospitalier.

Quand ce profil de patients est admis en hôpital, le personnel est encouragé par le système de la T2A à raccourcir le plus possible leur séjour, probablement au détriment de leur santé, afin de libérer des lits et que le soin de ces patients ne soit pas trop coûteux. En effet, la quantité de jours d'hospitalisation est fixée à l'avance par l'ATIH, mais chaque cas varie et pour un patient qui pourrait perdre son autonomie cela nécessitera d'occuper un lit pendant une période prolongée.

Cependant, la compensation prévue ne contrebalance pas le coût réel d'une journée d'hospitalisation. Il n'y a donc plus le temps ni les moyens de fournir un réel accompagnement du patient, avec une éducation thérapeutique, de la prévention des complications, ou un temps pour le patient d' accepter sa maladie. Les actes les plus rentables sont en réalité souvent pratiqués dans des cliniques privées : en 2012 23% des lits

d'hospitalisation en France se trouvaient dans des établissements privés, ce qui était le taux le plus élevé en Europe.

En raison de la T2A, les structures privées délaissent tous les soins peu profitables. Il y a donc une mise en concurrence entre les différentes structures privées et publiques. Mais ces patients aux pathologies lourdes se retrouvent finalement dans un hôpital public, qui peine à les soigner correctement, et se retrouve avec un déficit encore plus creusé. Il y a aussi un autre effet pervers causé par la T2A : le personnel peut être enclin à surcoder des complications et morbidités de certaines pathologies qui sont mieux rémunérés par le système. Cette augmentation de certaines complications à été observée statistiquement entre 2004 et 2008, ce qui laisserait croire que cette pratique a été encouragée par la T2A, qui a été implémentée durant ces années-là.

En gérant l'hôpital comme une entreprise, l'objectif premier est devenu la minimisation des dépenses et de maximiser les actes considérés comme lucratifs. Le personnel hospitalier est contraint de se focaliser dorénavant sur la quantité et la rentabilité des actes, au détriment des réels besoins des patients qui ne sont pas considérés comme rentables.

De plus, il est devenu très difficile de traiter ces patients non rentables à cause de la diminution progressive du financement de l'hôpital public. En effet, les tarifs établis par la T2A n'ont fait que baisser année après année entre 2010 et 2018 afin de diminuer le déficit et maintenir un équilibre budgétaire, notamment via les "Plans de Retour à l'équilibre", et favoriser des investissements dans l'innovation médicale (Médecine du Futur). Mais ces baisses de financement conduisent inévitablement à une baisse de moyens : entre 2003 et 2018, 72 000 lits d'hospitalisation à temps complet, tous établissements, et secteurs confondus ont été supprimés, avec un développement de la médecine ambulatoire (sans nuitée à l'hôpital).

De plus, on constate une baisse du nombre d'hôpitaux publics, de 1420 en 2013 à 1354 en 2019, soit une baisse de près de 5%. On observe, entre 2010 et 2017, un augmentation de la production de soins de 14,6%, tandis que les effectifs n'ont augmenté que de 2% durant cette même période. Ces chiffres indiquent donc une augmentation de la productivité des soignants, qui pourrait être interprétée comme positive. Mais, en observant les politiques publiques et les réformes concernant le financement de l'hôpital public ces dernières décennies qui se concentrent essentiellement sur une nécessité de réduire le déficit et non d'améliorer l'offre de soins, cette hausse de la productivité laisse plus croire à une surcharge de travail, et une pression accrue sur les soignants qui se retrouvent obligés de travailler beaucoup plus avec moins de moyens.

(2) Des réponses pas assez ambitieuses au problèmes auxquels les soignants font face

Ma santé 2022

La ministre de la santé Agnès Buzyn présente en début 2019 “Ma santé 2022, un engagement collectif”, un projet de réforme ambitieux qui compte restructurer et trouver des réponses aux défaillances du système de santé. Cette réforme se concentrait notamment sur une organisation des hôpitaux, avec la création des “hôpitaux de proximité” qui se concentrerait sur la médecine générale et la gériatrie. Elle comptait aussi lutter contre les déserts médicaux, et supprimer le numérus clausus afin d'augmenter le nombre de soignants. Mais cette réforme est critiquée car elle reste dans la continuité des réformes précédentes, et se concentre essentiellement sur les alternatives à l’hospitalisation, et n’est tout simplement pas adaptée aux attentes des soignants, car elle ne propose rien pour améliorer les conditions de travail. Cette réforme a suscité colère et contestations des soignants jusqu'en début 2020, avant que la crise sanitaire débute.

Le Ségur de la Santé

La pandémie mondiale de Covid-19 a donc mis en lumière la destruction graduelle de l'hôpital public, mais aussi des EHPAD, qui ont enregistré des taux de mortalité extrêmement élevés lors de cette période. Suite à cela, une consultation des acteurs du système sanitaire nommée ‘Ségur de la Santé’ a eu lieu pour tenter de trouver des solutions plus adaptées que la stratégie adopté par la réforme Ma Santé 2022, lancée en 2019, dont l’ampleur ne semblait pas assez importante pour profondément réformer l'hôpital et le domaine de la santé. Durant le Ségur, le ministre de la Santé et des Solidarités, Olivier Véran, et les partenaires sociaux ont négocié et se sont mis d’accord sur 33 propositions.

L’accord le plus remarqué est l'enveloppe de 8,2 milliards accordé au hôpitaux pour permettre la revalorisation salariale de tout le personnel des établissements de santé et des EHPAD publics et privés non lucratifs, correspondant à une augmentation de salaire de 183€ net par mois. Le Ségur a aussi permis de changer l'organisation de la direction d' hôpitaux, (qui était dirigée par un seul directeur depuis la loi HPST de 2009) en incluant les médecins et les paramédicaux dans les prises de décisions.

Le Ségur est critiqué par certains soignants et syndicats, car il ne semble être en réalité qu’un simple accélérateur du plan Ma Santé 2022, sans toucher aux problèmes de fond. Le Ségur propose d’ouvrir 4000 lits temporaires, alors qu’entre 2003 et 2018, 72 000 lits d’hospitalisation à temps complet, tous établissements, et secteurs confondus ont été supprimés.

De plus, le Ségur est critiqué pour avoir exclu des revalorisations salariales certains travailleurs, notamment les travailleurs sociaux dans les secteurs de l'accompagnement du handicap ou de la petite enfance, qui souffrent aussi de conditions difficiles et de rémunérations trop faibles. Cette augmentation salariale, même si elle représente une avancée importante, demeure trop faible pour certains représentants syndicaux, qui espéraient une revalorisation de 300€, pour se rapprocher des salaires de leurs homologues européens. En effet, une étude de l’OCDE indique que le salaire des infirmiers français se situe au 28ème rang sur 32 pays.

En mars 2022, le sénat remet une commission d'enquête sur “La situation de l'hôpital et le système de santé en France" qui critique fortement le Ségur, qui n’aurait pas traité les vrais problèmes concernant le système de santé, notamment la nécessité de mettre en place un ratio de soignants par patient, et le besoin de réduire la part de la T2A dans le financement de l'hôpital pour limiter les effets néfastes qu'elle induit.

Projet de Loi du financement de la Sécurité Sociale

Chaque année, la loi du financement de la sécurité sociale détermine un Objectif National de Dépenses de l’Assurance Maladie (ONDAM) , qui encadre le budget alloué aux hôpitaux et aux EHPADs. Après les promesses jugées décevantes du Ségur, le projet de loi du financement de la sécurité sociale (PLFSS) de 2023 paraît prometteur aux premiers abords. En effet, ce dernier annonce une hausse de l’objectif national de dépenses de 3,7%, taux exceptionnellement haut, la progression de l’ONDAM ayant été plafonnée à + 2,5% cette dernière décennie, ce qui a conduit à la dégradation des conditions de travail dans les hôpitaux. Cette hausse de l’ONDAM correspond à un hausse du budget de près de 9 milliards d’euros, dont 4 milliards d’euros pour les hôpitaux.

Mais ces 4 milliards doivent servir à financer la hausse du point d’indice de la fonction publique,les augmentations dans le privé, les revalorisations salariales promises par le Ségur, et l’inflation. Selon le Collectif inter-hôpitaux, il faudrait 2 milliards rien que pour financer les augmentations dans le public et le privé, alors que le gouvernement n’a prévu qu'une enveloppe de 1,1 milliard.

L’inflation est elle aussi pas pleinement compensée, avec un un montant prévu de 800 millions d’euros, alors que le coût de l'inflation est en réalité estimé à 1,9 milliards. Malgré l’augmentation exceptionnelle de l’Ondam pour cette année, il est prévu que ce dernier retrouve un taux de progression de l'ordre de 2,6% dès 2024, alors que la hausse tendancielle est en réalité estimée à 4,4%. De plus, le PLFSS distingue le budget hors crise, et le budget de crise. Ce dernier prévoit un financement de l'ordre de 1 milliards pour les tests et les vaccins contre le Covid-19, ce qui ne semble pas être une provision réaliste selon la Cour des Comptes, et représente une diminution considérable par rapport au financement de l'ordre de 12 milliards en 2022.

Concernant les EHPAD, les mesures sont insuffisantes : une enveloppe de 100 millions d’euros est prévue pour compenser l'inflation de l'ensemble du secteur du médico-social. Or, selon la Fédération hospitalière de France, le coût de l’inflation est de l'ordre de 217 millions pour les EHPAD publics seulement. De plus, la hausse du budget ne permet que la création de 3000 nouveaux postes, alors que que le gouvernement avait promis de financer la création de 50 000 postes dans les cinq prochaines années.